LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

PARIS

IMPRIMERIE F. LEVÉ

17, RUE CASSETTE, 17

LANCETTE FRANÇAISE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

SOIXANTE-SEPTIÈME ANNÉE

1894

PARIS

BUREAUX D'ABONNEMENT : RUE DE L'ODÉON, 4

PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

1894

N° 1. — MARDI 2 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 2 JANVIER 1894. — N° 1.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : **20 c.** — Avec Supplément : **30 c.**

Paris, le 1er janvier 1894.

L'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, sur l'exercice de la médecine, est ainsi conçu :

« Tout docteur, officier de santé, sage-femme, est tenu de faire à l'autorité publique, son diagnostic établi, la déclaration des maladies épidémiques tombées sous son observation et visées dans le paragraphe suivant.

La liste des maladies épidémiques dont la divulgation n'engage pas le secret professionnel, sera dressée par arrêté du ministre de l'Intérieur, après avis de l'Académie de médecine et du comité consultatif d'hygiène publique de France, le même arrêté fixe le mode de déclaration desdites maladies. »

Nos lecteurs ont suivi la discussion académique fixant la liste des maladies épidémiques qui doivent être déclarées. Nous publions aujourd'hui l'arrêté ministériel qui règle cette déclaration :

« L'autorité publique, qui doit, aux termes de l'article 15 sus-visé, recevoir la déclaration des maladies épidémiques, est représentée par le sous-préfet et par le maire. Les praticiens mentionnés dans ledit article 15 devront faire la déclaration à l'un et à l'autre, aussitôt le diagnostic établi.

La déclaration se fait à l'aide de cartes détachées d'un carnet à souche, qui portent nécessairement la date de la déclaration, l'indication de l'habitation contaminée, la nature de la maladie désignée par un numéro d'ordre suivant la nomenclature inscrite à la première page du carnet. Elles peuvent contenir, en outre, l'indication des mesures prophylactiques jugées utiles.

Les carnets sont mis gratuitement à la disposition de tous les docteurs, officiers de santé et sages-femmes.

La liste des maladies épidémiques prévues par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, est dressée de la manière suivante :

1° La fièvre typhoïde; 2° le typhus exanthématique; 3° la variole et la varioloïde; 4° la scarlatine; 5° la diphtérie (croup et angine couenneuse); 6° la suette miliaire; 7° le choléra et les maladies cholériformes; 8° la peste; 9° la fièvre jaune; 10° la dysenterie; 11° les infections puerpérales, lorsque le secret au sujet de la grossesse n'aura pas été réclamé; 12° l'ophtalmie des nouveau-nés. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TILLAUX.

Sur une tumeur de la face palmaire d'un doigt.

(Leçon recueillie par M. P. LAUNAY, interne du service.)

J'ai à vous parler aujourd'hui d'une malade qui présente un cas intéressant et rare de tumeur des doigts. Voici l'histoire de cette malade :

Agée de vingt-cinq ans, domestique, elle entre le 23 novembre salle Gosselin, au n° 19. Ses antécédents héréditaires sont excellents, rien à y noter.

Elle porte à l'annulaire gauche une tumeur dont elle ne connaît pas exactement le début, mais qui remonte probablement à dix-huit ou dix-neuf ans. C'est donc vers l'âge de six ou sept ans qu'elle dut s'en apercevoir. Cette tumeur augmenta lentement de volume ; et, lors de son mariage, à l'âge de vingt ans, la malade éprouva quelque difficulté à mettre son alliance. A vingt-deux ans, il lui devint impossible de porter cette bague.

Elle vint à ce moment consulter un médecin qui, après quelques frictions d'onguent napolitain, faites sans résultat, trouvant une tumeur très fluctuante, crut à un abcès et pratiqua deux incisions dont les cicatrices sont encore visibles. Il ne sortit que très peu de sang.

De ce moment, l'accroissement de la tumeur fut un peu plus rapide.

Voyons aujourd'hui les caractères de cette tumeur. Sur une coupe longitudinale du doigt, je vous représente les trois phalanges et le tendon fléchisseur profond qui vient s'insérer à l'extrémité supérieure de la troisième phalange. Il est enveloppé de sa gaine dont l'extrémité supérieure se trouve au niveau de l'articulation métacarpo-phalangienne.

La tumeur siège au niveau de la deuxième phalange et se termine au niveau de l'insertion du tendon fléchisseur sur la troisième phalange. C'est donc une tumeur de la face antérieure du doigt annulaire, occupant l'étendue de la deuxième phalange et une partie de la troisième.

Sur une coupe transversale, vous voyez l'os entouré de son périoste; des deux bords de la phalange se détache la gaine fibreuse très résistante, qui contribue à former le fort tunnel ostéo-fibreux. Dans ce canal, le ou les tendons fléchisseurs suivant le niveau auquel on se place.

Notre tumeur est de forme olivaire, allongée selon l'axe du doigt, à base supérieure un peu élargie. Elle n'est pas régulière mais manifestement bosselée; deux bosselures sont surtout sensibles, aux extrémités de la tumeur.

Si nous saisissons la peau, nous la trouvons nettement mobile, non adhérente aux parties sous-jacentes.

Sa consistance est remarquable : irrégulière, elle présente un noyau ferme à côté duquel se trouvent des parties rénitentes, presque fluctuantes. En prenant la tumeur entre les doigts par ses parties latérales, j'ai trouvé nettement une sorte de pointe faisant suite à une masse transversale, le tout traversant la tumeur et mobilisable d'un côté à l'autre. Cette pointe soulève presque la peau, comme le ferait un corps étranger. Et certainement, si je trouvais dans toute autre région cette sensation, avec la notion de pénétration d'un corps étranger, je n'hésiterais pas à le croire entre mes doigts. Je ne dis pas que ce soit ici un corps étranger, car sa pénétration serait passée inaperçue, il ne provoquerait aucune douleur, soit spontanée, soit provoquée, ce qui est peu probable.

Nous trouvons donc dans cette tumeur plusieurs noyaux durs : un supérieur du volume d'un pois, la tumeur totale présentant celui d'une olive ; un inférieur plus petit ; enfin, cette barre transversale placée près de la base.

Quelles sont les connexions de cette masse sous-cutanée avec les parties profondes : gaine fibreuse, tendon, périoste, os ? Cette recherche est difficile. Je vois dans l'observation prise par mon interne, M. Launay, que la mobilité est absolue dans tous les sens, lorsque le doigt est laissé libre, il n'y a donc pas de connexion avec les os ; ensuite, que le tendon fléchisseur contracté, la mobilité reste la même ; la tumeur serait donc aussi mobile sur le tendon. Je l'ai recherchée avec beaucoup de soins cette mobilité, et je crois que, lorsque le tendon fléchisseur est contracté, la mobilité est un peu moins grande, et je croirais volontiers à l'existence de légers tractus fibreux, retenant la tumeur par sa face profonde. En outre, j'ai mis l'annulaire en extension forcée, tendant ainsi mécaniquement le tendon fléchisseur, et j'ai pu ainsi provoquer des mouvements dans le sens vertical. Je crois donc pouvoir affirmer que cette tumeur est située entre la peau et la gaine fibreuse, et qu'elle n'adhère que faiblement à cette gaine. Elle est, par conséquent, indépendante du tendon.

J'ajoute que cette tumeur est indolente, il est impossible d'y provoquer la moindre douleur à la palpation ni à la pression.

Quelle est sa nature ? Elle date de dix-huit ou dix-neuf ans, elle est donc bénigne et nous pouvons éliminer dès maintenant *sarcomes, cancers mélaniques ou autres*.

Les connexions profondes nous permettent d'éliminer de même toute tumeur naissant du squelette : *exostoses* et même le *chondrome*. Nous trouvons bien quelques caractères du chondrome, et le doigt est pour lui un siège de prédilection, mais il s'y développe aux dépens du squelette. On a décrit, il est vrai, des chondromes de la peau, ils sont exceptionnels. Aussi, bien que cette tumeur soit bosselée, indolente, à développement lent, je repousse l'idée de chondrome.

L'*angiome* est une tumeur molle, réductible, rien de semblable ici. Les parties dures pourraient être dues à des phlébolithes, mais le reste de la tumeur ne présente pas les caractères d'un angiome. Il nous reste les *kystes*, les *lipomes* et les *fibromes*.

Est-ce un *kyste ?* Il existe aux doigts des kystes analogues aux ganglions de la face dorsale du poignet, *kystes séreux*. Ce n'est pas cela, puisque notre tumeur est indépendante de la gaine synoviale. Une espèce particulière de kystes des doigts a été étudiée, dans ces dernières années, par M. Demay, dans sa thèse en 1880, puis par M. Péraire en 1892. Il présente deux observations de tumeur des doigts, siégeant à hauteur de la deuxième phalange et offrant quelque ressemblance avec la tumeur actuelle.

Ce sont des kystes décrits sous le nom de dermoïdes, contenant une substance analogue à du mastic et qui aurait pu passer pour sébacée. Mais le kyste sébacé est invraisemblable à la face palmaire des doigts, puisqu'il faudrait admettre, avec Küster, qu'il s'agit d'une glande sébacée aberrante ; il n'en existe pas à la face antérieure des doigts. D'ailleurs, les examens histologiques semblent avoir démontré que l'origine de ces kystes est épidermique ; aussi M. Péraire les a-t-il décrits sous le nom de *kystes épidermiques traumatiques à contenu d'apparence sébacée*.

Ils se développent aux dépens des éléments constitutifs de la peau et la théorie de l'inclusion fœtale a été invoquée, pour les expliquer, par Heidenreich dans la thèse d'un de ses élèves ; mais il résulte des travaux de M. Péraire et de plusieurs autres et des expériences de M. le docteur Masse (de Bordeaux), que des tumeurs de ce genre peuvent se développer à la suite d'une inclusion épidermique ; M. Masse, mettant de la peau dans le tissu cellulaire d'un animal, a pu assister à leur développement. A la suite d'un traumatisme, une portion d'épiderme pénètre dans la couche sous-cutanée par piqûre ou par pression continue, d'où inclusion épidermique ; et ces tumeurs sont indolentes, leur évolution est lente. Avons-nous ici une de ces tumeurs ? Est-ce un corps étranger autour duquel se serait faite la prolifération, car vous vous rappelez la sensation que j'ai éprouvée ? C'est possible, mais je dois dire que les caractères attribués par les auteurs à ces kystes ne se retrouvent pas ici : adhérence à la peau, aspect lisse, régulier, arrondi, absence complète d'adhérence aux parties profondes.

Je ne puis donc m'y rattacher tout en remarquant que l'évolution a pu être troublée par les incisions que je vous ai signalées.

D'autre part, si cette tumeur était autrefois molle, puisqu'un médecin a pu croire à un abcès, elle rentrerait bien dans la classe des kystes ; mais il serait, lors de l'ouverture, sorti de la matière sébacée. C'est ce qui arriva dans une observation de Péraire où une piqûre vida le kyste ; celui-ci se reproduisit, du reste, plus tard. Or, il n'est rien sorti, qu'un peu de sang.

Je crois plutôt que, primitivement, ce fut un *lipome* resté pendant longtemps du volume d'un petit flageolet. Or, rien n'est plus facile que de prendre un lipome pour un kyste ou un abcès, ce qui explique l'intervention du médecin. Je me rappelle que Gosselin prit ainsi, pour un kyste, un lipome de la paume de la main.

Je crois que, sous l'influence des incisions, il s'est fait une transformation fibreuse de ce lipome. Vous avez vu l'autre jour cet énorme lipome que je rapportai de ville, et dans lequel nous trouvâmes une masse fibreuse, ressemblant presque à du carcinome.

Je pense donc que nous sommes en présence d'une tumeur d'abord lipomateuse, aujourd'hui *fibro-lipome*. Mais à quoi correspond la pointe que je vous ai signalée ? Nous l'allons voir en l'opérant.

Ce fibro-lipome est un peu adhérent à la gaine, et je vous rappelle que, dans le canal ostéo-fibreux du tendon, il y a un peu de graisse aux dépens de laquelle peut très bien s'être développée notre tumeur, ce qui expliquerait la diminution de mobilité lors de la contraction du tendon fléchisseur.

L'opération est pratiquée immédiatement après la clinique. Une incision de la peau et de la couche graisseuse sous-cutanée amène sur la tumeur facilement énucléée, et retenue à sa face profonde par quelques tractus fibreux. Elle est indépendante du tendon et tient un peu à sa gaine.

L'examen immédiat sur une coupe semble d'abord confirmer le diagnostic, montrant de fortes travées fibreuses circonscrivant de petits lobules jaune rougeâtre, mais l'étude histologique, faite par M. Pilliet, a montré que c'était un *fibro-sarcome à myéloplaxes*. Les noyaux durs y étaient constitués par du tissu fibreux, les îlots jaunes, pris d'abord pour de la graisse, étaient formés de myéloplaxes entourées de cellules embryonnaires et de cellules fusiformes qui se continuent insensiblement avec celles du tissu fibreux.

Cette variété de tumeurs myéloïdes est rare. Elle a été étudiée, en 1891, par M. Heurtaux qui en présente cinq observations dont trois complètes au point de vue de l'examen histologique. Il leur donne le nom de *myélomes des gaines tendineuses*, et le cas actuel semble avoir pris naissance sur la gaine fibreuse du tendon, dont M. Pilliet a retrouvé un fragment à la face profonde de la tumeur.

M. Heurtaux insiste sur la très longue durée, l'indolence et la bénignité relative de ces myélomes.

HOTEL-DIEU DE NANTES

Relation de trois cas de béribéri.

Par le docteur E. Kirchberg,

Médecin en chef des hôpitaux de Nantes, ancien professeur à l'École de médecine de cette ville.

I

Dans une savante discussion, qui eut lieu au dernier concours qu'eut à juger la Faculté de médecine de Paris pour une place de professeur à la chaire d'hygiène, Marchal (de Calvi) nous dit que le béribéri, inconnu en France, est une maladie commune dans l'Inde.

Cette affirmation du malheureux mais brillant concurrent m'était toujours restée gravée dans la mémoire. Dès que j'en eus l'occasion, je lus et méditai le travail de M. Le Roy de Méricourt sur ce chapitre de pathologie exotique.

Je ne m'attendais pas à avoir l'occasion d'observer un jour, à l'Hôtel-Dieu de Nantes, une maladie si rare en Europe, c'est pourtant ce qui est arrivé il y a quelque temps.

En effet, le 25 avril 1893, étaient admis d'urgence à l'Hôtel-Dieu, trois matelots faisant partie de l'équipage du trois-mâts norvégien *Jonas-Lie*, arrivant du port du Moule (Guadeloupe), et entré le même jour à Nantes. Ils furent reçus dans mon service et couchés aux lits n°s 3, 34 et 35 de la salle 9.

Tous se plaignaient d'une faiblesse extrême et de douleurs dans les membres inférieurs. Deux d'entre eux avaient les jambes œdématiées, marchaient avec peine. Le troisième, très abattu, était incapable de faire un pas. Il était complètement paralysé.

Le capitaine et l'interprète, qui vinrent souvent les visiter, nous donnèrent les renseignements suivants :

Le trois-mâts *Jonas-Lie* était parti de Stavanger (Norvège) le 26 septembre 1892. Après avoir fait escale à Newport (en Angleterre), il arrivait au Moule (Guadeloupe), vers le milieu de décembre. Il séjourna dans cette rade jusqu'au 4 mars 1893. La traversée de retour dura quarante-neuf jours, et le 25 avril le navire arrivait à Nantes.

La traversée, assez mauvaise de Norvège à Newport, avait été bonne d'Angleterre à la Guadeloupe. L'état sanitaire de l'équipage était satisfaisant, lorsque, trois semaines avant le départ du Moule, tous les hommes furent pris, à quelques jours d'intervalle, de frissons, d'une faiblesse considérable avec malaise. Ces accidents durèrent deux ou trois jours et cédèrent au sulfate de quinine.

L'équipage était complètement rétabli, lorsque le *Jonas-Lie* reprit la mer. Mais une dizaine de jours après le départ du Moule, les huit hommes de l'équipage ainsi que le capitaine furent atteints d'une faiblesse extrême, accompagnée d'œdème des membres inférieurs. Un des matelots contracta en plus une fluxion de poitrine et mourut en vue de Saint-Nazaire.

A l'arrivée du navire à Nantes tous les hommes de l'équipage, sauf le mousse âgé de quinze ans, resté indemne pendant toute la traversée, étaient encore souffrants. Trois d'entre eux présentaient des symptômes tellement graves et étaient dans un état de faiblesse si inquiétant, que le soir même ils étaient admis à la salle 9.

C'étaient : L..., vingt-quatre ans, couché au n° 3; Tor Keldsen H..., dix-sept ans, n° 34; Cristian S..., vingt et un ans, n° 35.

Les trois observations ont été prises par notre bien-aimé Chupin (1) et mon excellent interne, M. Diet, qui ont noté avec une grande exactitude les remarques que nous avons faites ensemble aux lits des malades.

Observation I (recueillie par MM. Chupin et Diet). — L..., vingt-quatre ans, célibataire. Cet homme, qui paraît d'une constitution robuste et d'une force musculaire considérable, développée sans doute par l'exercice de sa profession, se présente à notre examen avec les symptômes suivants :

Il est couché le haut du corps et la tête soutenus par plusieurs oreillers. La poitrine est rejetée en avant, la respiration précipitée et saccadée, la physionomie triste; les joues sont bouffies, les paupières légèrement œdématiées, la face est un peu pâle. Lorsqu'on vient à le découvrir, on s'aperçoit que ses membres inférieurs sont extrêmement volumineux.

La pression du doigt fait constater un œdème généralisé à toute l'étendue des deux membres abdominaux, mais surtout au niveau des malléoles et de la partie inférieure des jambes. Cet œdème est dur, résistant, et donne aux téguments une couleur pâle, tirant un peu sur le jaune.

Quand on presse les masses musculaires particulièrement au niveau des mollets, on détermine une douleur assez vive. Le scrotum est énorme, il atteint le volume des deux poings et on constate sous ses enveloppes demi-transparentes l'existence d'un liquide clair.

Ces enveloppes ne sont cependant pas complètement distendues, la masse en est en effet molle et dépressible. La verge est notablement infiltrée. Le prépuce, très œdématié, est contourné en tire-bouchon.

Le ventre paraît également augmenté de volume, cependant la percussion qui ne détermine aucune douleur ne fait découvrir

(1) Cet interne distingué est mort du choléra quelque temps après.

qu'une petite quantité de liquide dans la cavité péritonéale. La rate et le foie paraissent normaux.

La percussion de la poitrine donne de la matité dans presque toute l'étendue du poumon droit, mais particulièrement à la base, en arrière, où l'on entend de gros et nombreux râles sous-crépitants, avec quelques râles ronflants.

L'expectoration est caractéristique.

Les crachats sont visqueux et sanguinolents.

Le pouls est à 96, la température à 37,6. Le malade éprouve une sensation de faiblesse dans tous les membres, il peut à peine marcher. Les réflexes rotuliens sont sensiblement amoindris.

La tête est douloureuse, la vision troublée. L... se plaint de ne voir les objets qu'à travers un brouillard.

Les urines, en quantité à peu près normale, ne contiennent pas d'albumine ; l'acide azotique y révèle la présence d'un peu de pigment biliaire.

Le malade ne tousse et ne souffre de la poitrine que depuis huit jours, mais l'œdème est apparu plus tôt. Huit ou dix jours après le départ du Moule, cet homme commença à éprouver une faiblesse assez grande dans les membres inférieurs et remarqua que ses jambes enflaient. Il n'éprouvait d'ailleurs aucune douleur spontanée. La pression seule réveillait une douleur sourde au niveau des mollets et des jarrets. Cet œdème gagna bientôt les cuisses, puis le scrotum et la verge ; la faiblesse alla en augmentant ; enfin, deux jours avant d'arriver à Saint-Nazaire, le travail lui devint complètement impossible et les phénomènes pectoraux commencèrent.

Nous constations donc chez ce malade des troubles nerveux, un œdème notable et dur et une pneumonie. Après une certaine hésitation, des considérations que je ferai valoir plus loin me firent admettre chez ce malade un béribéri à forme hydropique compliqué de pneumonie.

26 avril : En présence de ces symptômes, je prescrivis la potion de digitale du formulaire des hôpitaux, additionnée de 50 centigrammes de kermès, un vésicatoire n° 3 sur la poitrine à droite, 50 grammes de lactose dans un litre d'eau bouillie et du lait.

27 avril : Le malade est dans le même état. Température, hier soir, 38,5, ce matin, 37,7. L'oppression est encore considérable. Mêmes prescriptions.

28 avril : Epistaxis abondante, la température se maintient au-dessus de 38 le soir. L'oppression a peu diminué. Les crachats sont toujours visqueux et sanguinolents ; l'œdème s'est étendu à la main et au bras gauches, indemnes auparavant. Les épistaxis se répètent dans la soirée. L'urine semble normale. Ventouses sèches sur la poitrine. Potion avec extrait mou de quinquina Calisaya 4 grammes, ergotine 4 grammes, teinture de digitale XL gouttes, sirop d'écorces d'oranges 40 grammes, eau distillée 90 grammes.

29 avril : La fièvre a un peu diminué, le malade est moins oppressé, les râles sont moins abondants, les crachats ne contiennent plus qu'une très petite quantité de sang.

30 avril : Les accidents pulmonaires s'amendent de plus en plus, la température descend à 37, l'œdème ne semble pas diminuer. Cependant la céphalalgie se calme et l'appétit, nul jusqu'alors, commence à revenir.

Mêmes prescriptions, plus une ration alimentaire.

1er mai : Température 37°6, pouls 68. Très légère dilatation des pupilles. Le malade tousse beaucoup moins, mais se plaint cependant de souffrir encore de la poitrine.

La quantité d'urine a augmenté d'une façon notable, l'œdème du scrotum et de la verge ont sensiblement diminué. Même traitement, mais nous réduisons l'ergotine de la potion à 2 grammes et la teinture de digitale à XX gouttes. Continuation du lactose et du lait, que le malade, du reste, a pris tous les jours précédents. Deux portions alimentaires.

2 mai : Epistaxis dans la soirée. Même état du reste, même prescription.

3 mai : Deux épistaxis peu abondantes, la toux est moins accentuée, température à 37°4, pouls à 80.

6 mai : Le malade, s'étant levé quelques instants la veille, a eu froid ; il se plaint de souffrir de la tête et tousse davantage. L'auscultation, cependant, ne dénote pas une augmentation sensible de râles. L'œdème a diminué, mais le pouls est remonté à 84, la température est à 37°6. La potion précédente est remplacée par une potion gommeuse, avec 50 centigrammes de kermès, un nouveau vésicatoire n° 3 est appliqué à droite sur la poitrine, continuation du lactose, du lait et de la ration alimentaire.

Le 10, la température est descendue à 37, le pouls est à 68 ; les douleurs de poitrine ont diminué, les râles également. La pression, exercée sur les masses musculaires, reste douloureuse, les troubles oculaires ont disparu. La dose de kermès est abaissée à 30 centigrammes.

Le 15 mai, l'anasarque semble avoir complètement disparu, la faiblesse, quoique moins grande, persiste dans les articulations du genou et du pied. La pression ne détermine plus de douleur, le malade reste debout une partie de la journée. L'alimentation, qui avait été graduellement augmentée les jours précédents, est portée à quatre rations.

Le 25 mai, L... se plaint d'avoir remarqué le soir, depuis plusieurs jours, après avoir passé debout tout l'après-midi, un œdème assez considérable du pied conservant l'empreinte du doigt.

M. Diet confirme l'exactitude de cette assertion à sa contre-visite. La potion de kermès, qui avait été abaissée à 15 centigrammes de substance active, avait été remplacée le 23 par une potion avec 4 grammes de salicylate de soude à cause de quelques douleurs musculaires ; cette dernière est à son tour remplacée le 27 par la potion à la digitale des hôpitaux additionnée de 1 gramme d'iodure de potassium.

Le 1er juin, il est impossible de trouver la moindre trace d'œdème. Le 30 mai, le malade avait remarqué, au sortir d'un bain de barèges, une légère augmentation du volume des pieds. Le même fait se reproduit le 3 juin, dans les mêmes circonstances.

Le 5 juin, un hygroma se développe rapidement dans la bourse pré-rotulienne droite, il n'est pas accompagné de douleur. Nous le traitons par des applications de teinture d'iode et des douches de barèges. La force est presque complètement revenue, les douleurs musculaires ont disparu.

Depuis le 1er juin, outre sa potion à la digitale et à l'iodure de potassium, le malade prend chaque jour 40 grammes de vin de quinium, autant de sirop antiscorbutique. La potion est supprimée quelques jours après, mais le vin de quinium, le sirop antiscorbutique, des bains et douches de barèges sont continués jusqu'au départ du malade qui sort de l'hôpital complètement guéri le 28 juin.

OBS. II (recueillie par MM. CHUPIN et DIET). — Torkeldsen H..., dix-sept ans, marin à bord du trois-mâts norvégien *Jonas-Lie*. Entré le 25 avril, salle 9, n° 34, sorti le 12 juillet 1893.

Ce jeune homme est tombé malade huit jours après son départ de la Guadeloupe et l'affection a commencé par de la faiblesse accompagnée d'œdème des membres inférieurs et de troubles de la vision.

Il se plaint, à son entrée à l'Hôtel-Dieu, d'une grande prostration. Non seulement il y a de la faiblesse accompagnée d'un sentiment de fatigue, mais nous constatons, chez lui, de la paraplégie. Ainsi, lorsqu'on le soulève de son lit, ses membres, sans force, retombent ; veut-on le mettre debout, ses jambes fléchissent, il s'affaisse sur lui-même et tombe.

Le réflexe rotulien est complètement aboli. Les membres thoraciques sont également atteints. Lorsque le malade veut porter un verre à la main, il est obligé de le prendre à deux mains et encore n'y arrive-t-il qu'après une série d'efforts.

Les extenseurs sont surtout atteints. Ainsi lorsqu'on soulève le bras, la main en supination tombe, la main n'exerce qu'une très faible pression quand le malade veut saisir un objet.

Quand on comprime les masses musculaires des membres, on

y provoque une douleur assez forte. La région dorsale est indolore.

Le malade éprouve à l'épigastre une sensation très pénible de constriction et de brûlure intérieure. Les articulations sont excessivement mobiles comme si les ligaments étaient relâchés et l'on perçoit de petits craquements quand on les fait mouvoir. L'œdème est très peu considérable aux membres inférieurs, cependant, d'après les renseignements que l'on peut obtenir, il a été le premier symptôme de la maladie.

La tête est douloureuse, l'ouïe est indemne de tout trouble fonctionnel, mais il n'en est pas de même de la vue. Le malade déclare ne voir les objets qu'à travers un brouillard et les voir doubles à quelque distance qu'ils soient de ses yeux. Du côté de la poitrine et de l'abdomen, on ne constate rien d'anormal, l'appétit est conservé, la température à 37°2.

Les urines ne contiennent pas d'albumine, mais un peu de pigment biliaire.

Le 1er mai, la faiblesse des membres inférieurs persiste, les douleurs, provoquées par la pression, sont beaucoup moins fortes et le malade accuse une amélioration considérable du côté de la vue. La diplopie a disparu, mais les objets sont encore aperçus à travers un très léger brouillard, la pupille est un peu dilatée. Les douleurs de l'épigastre ne se reproduisent qu'à des intervalles lointains et ont diminué d'intensité. Les réflexes rotulien et olécranien n'ont pas reparu, la paralysie des extenseurs persiste.

Le 6 mai, les phénomènes de paralysie ne sont pas améliorés, le malade, cependant, est moins abattu. L'appétit est excellent, les douleurs épigastriques ont disparu, mais la faiblesse persiste. Les réflexes sont toujours abolis, la station est impossible, mais les troubles de la vision ont complètement disparu.

Le traitement, depuis l'entrée du malade, avait consisté en une potion ainsi formulée :

Extrait mou de quinquina jaune royal	4 grammes.
Sirop d'écorces d'oranges	30 —
Eau distillée	90 —

Ce jeune homme prenait, en outre, 15 grammes de suc de citron par jour, un bain de barèges avec douche sur la colonne vertébrale. Il mangeait trois à quatre portions.

Le 7 mai, survient un peu de diarrhée, le pouls, comme depuis le début de la maladie, se maintient à 84 pulsations. La température ne dépasse pas 37°5.

La potion au quinquina et le suc de citron sont remplacés par une potion gommeuse, avec 5 grammes de sous-nitrate de bismuth et 15 grammes de sirop thébaïque.

Le 10 mai, le pouls se maintient à 84, mais la diminution du dévoiement fait abaisser à 3 grammes le sous-nitrate de bismuth.

Le 11 mai, le pouls est descendu à 76. Le 12, l'amélioration des troubles intestinaux permet de supprimer le sirop thébaïque et de réduire à 1 gramme le sous-nitrate de bismuth qui est lui-même mis de côté le 15 mai. Les fonctions digestives sont désormais en bon état.

A cette époque, on constate une amélioration notable dans l'état général du malade. Ainsi la force commence à revenir dans les jambes et les pieds, la pression ne provoque plus de douleur aux mollets, mais seulement aux membres supérieurs, au niveau des poignets et des coudes. La paralysie des extenseurs diminue, mais lentement.

Le progrès est plus accentué aux deux membres du côté droit; le pied et la main commencent à se redresser. Le malade peut porter un verre à la bouche, en se servant d'une seule main, mais cette main se renverse alors et tombe en supination sur l'avant-bras. L'œdème a complètement disparu.

A cette époque, 16 mai, le malade prend 40 grammes de vin de quinium par jour, il mange trois portions, on lui donne tous les jours un bain avec douche de barèges.

Le 20 mai, H... a une épistaxis légère qui se répète trois ou quatre fois les jours suivants. Outre le vin de quinium, nous prescrivons tous les jours 40 grammes de sirop antiscorbutique et une potion gommeuse avec 1 gramme d'ergotine, potion qui est continuée jusqu'au 26 mai.

A cette époque, H... est pris d'une otite à l'oreille droite, otite suppurée qui ne dure que peu de jours. Elle est combattue avec un laxatif administré le 26 (un verre d'eau de Sedlitz) et des bains d'oreille chauds répétés trois fois par jour et dont la formule était :

Biborate de soude	4 grammes.
Launanum de Sydenham	x gouttes.
Eau distillée	100 grammes.

Le pouls était remonté à 84, l'appétit avait diminué. Le malade a été mis au régime lacté pendant deux jours.

Le 28, il recommence à prendre une portion, qui est portée à deux les jours suivants. Nous reprenons le sirop antiscorbutique et le vin de quinium à la dose de 40 grammes par jour.

Le 30, nous ajoutons, à cette médication, 2 milligrammes de phosphure de zinc chaque jour en deux granules.

Le 31, nous recommençons l'usage des bains et douches de barèges qui avaient été suspendus le 24 à cause des douleurs de l'otite.

Le 1er juin, commencement d'un traitement par l'électrité, M. Pérochaud constate, à la première séance, la réaction de dégénérescence. Le traitement consiste, à partir de ce moment, en trois séances par semaine d'électricité alternant avec trois bains et douches de barèges. H... est électrisé avec des courants interrompus, d'une intensité de 30 à 40 milliampères et avec 26 éléments, la séance dure cinq minutes pour chaque membre. On continue les granules de phosphure de zinc, le vin de quinium et le sirop antiscorbutique.

Le 4 juin : La faiblesse des membres a diminué, la main presse avec plus de force, elle se renverse moins lorsque le malade porte un verre à la bouche. Les pieds qui, jusque-là, semblaient continuer l'axe de la jambe et retombaient après chaque tentative de redressement, commencent à se relever. Les réflexes sont toujours abolis. Soutenu par deux infirmiers, le jeune homme essaie de faire quelques pas, mais il jette ses jambes en avant sans aucune assurance. Les articulations, extrêmement mobiles, semblent relâchées et la pointe du pied qui retombe glisse sur le parquet. Les jours suivants les progrès vont en s'accentuant, avec lenteur, mais sans s'arrêter dans leur marche ascendante.

Vers le milieu de juin, H..., appuyé sur une canne, peut faire quelques pas; mais la démarche est chancelante. A chaque instant craignant de faire un faux pas ou perdant l'équilibre, le malade s'appuie sur les objets qui l'environnent.

Le 2 juillet, renonçant à l'appui d'un bâton, notre jeune homme parcourt quelques mètres, le pas mal assuré. Les jours suivants, en s'appuyant à la rampe, il monte seul les deux étages de la salle 9.

La force revient dans les bras, il porte, sans renverser, comme naguère, les poignets, les aliments à la bouche et peut, sans grande difficulté, écrire des lettres assez longues. Mais l'écriture est fine et tremblée. Les réflexes sont toujours abolis.

Depuis le 28 juin, jour du départ de son dernier camarade, H... était pris de nostalgie. A chaque instant il répandait des flots de larmes. Aussi, bien que son état laissât encore beaucoup à désirer, je crus devoir le laisser partir le 12 juillet, tout en exprimant le regret de ne pouvoir continuer pour ce malade un traitement qui semblait devoir amener au bout de quelque temps une guérison complète.

Au moment de son départ, H... ne pouvait encore se lever de sa chaise sans s'appuyer fortement sur le lit voisin, la faiblesse était encore considérable, la démarche chancelante, le pas mal assuré. Les réflexes n'avaient pas reparu, mais, enfin, le malade marchait sans appui d'infirmier, sans bâton, il montait les escaliers, il y avait une amélioration incontestable dans son état.

NOTE SUR QUELQUES EFFETS DU GAIACOL SYNTHÉTIQUE

Par le docteur Coupard,
Médecin de la Fondation Péreire.

Le gaïacol du commerce est un mélange de crésytlols, de gaïacol et de créosol, où domine l'un ou l'autre de ces produits. Le gaïacol peut s'y trouver dans la proportion de 50 p. 100, mais ordinairement il ne s'y rencontre que dans celle de 20 ou de 10 p. 100.

Le gaïacol pur, ou synthétique, se présente sous forme de cristaux rhomboédriques, blancs, durs, fusibles à 28°5. Il est peu soluble dans l'eau, mais très soluble dans l'alcool, l'huile, la glycérine anhydre.

Dans une note à la séance du 18 novembre de la Société de biologie, MM. Gilbert et Maurat ont signalé ses effets toxiques et son action biologique. Nous avons pu, de notre côté, l'employer chez quelques malades de la Fondation Péreire, et nous venons donner ici le résultat des quelques recherches qui ont été faites.

Le premier fait constaté est celui d'une anesthésie localisée au point d'attouchement. Chez deux malades atteints de rhinite hypertrophique, et chez un troisième atteint d'angine, un léger badigeonnage détermine, après une sensation variable de cuisson, une insensibilité très marquée de la muqueuse. Cette anesthésie est telle que l'on pourrait peut-être, quand la sensation de brûlure a disparu, faire des cautérisations au galvanocautère comme avec la cocaïne; mais nous n'avons pas encore fait cette expérience, quoiqu'elle nous paraisse devoir aboutir.

Ce qui prouve bien nettement l'action anesthésique du gaïacol synthétique sur la muqueuse nasale, c'est que les malades ont tous accusé, pendant un certain temps variable pour chacun d'eux, l'absence de la sensation du courant d'air dans les fosses nasales. Ils ne se sentaient pas respirer par le nez.

Chez une malade, accusant depuis fort longtemps des douleurs intolérables à la pointe et sur les bords de la langue, ainsi qu'aux gencives, un attouchement léger a fait disparaître, après quelques secondes de vives cuissons, les douleurs contre lesquelles toutes les médications possibles avaient été employées sans résultat. Pendant trois jours, la malade se crut guérie; elle fut reprise le quatrième jour; mais un nouvel attouchement eut le même résultat que le premier.

En outre de cette action anesthésique et analgésique, nous avons observé le développement de sécrétions immédiates très abondantes aussitôt après le badigeonnage des muqueuses nasales et linguales. Ici nous avons vu un écoulement abondant d'un liquide clair comme celui qui est sécrété au début d'un coryza aigu; là une salivation exagérée et de plusieurs minutes de durée.

Il y a plus; les badigeonnages avec ce produit modifient immédiatement les sécrétions et mucosités qui tapissent la muqueuse nasale; on voit celles-ci se fluidifier pour ainsi dire et devenir moins visqueuses. Sur la muqueuse pharyngée de deux malades atteints de pharyngite avec sécrétion épaisse et même croûteuse, les mêmes badigeonnages ont donné les mêmes résultats.

Les divers malades ainsi traités ont tous affirmé, les uns être moins gênés pour respirer par le nez, les autres pour avaler; mais ce bien-être a disparu après un temps variable, et nous avons dû revenir à l'emploi du gaïacol.

Peut-être sera-t-il nécessaire de répéter les badigeonnages assez souvent pour obtenir une modification heureuse des muqueuses pharyngées, nasales et linguales; ou bien n'obtiendra-t-on ainsi qu'une amélioration relative et passagère; c'est là ce qu'une pratique et des recherches plus longues permettront seules de dire; aussi c'est ce que nous nous proposons de faire avec l'assistance des docteurs Duplaix et Martha, médecins-adjoints de la Fondation Péreire.

Toujours est-il que nous avons là un produit qui peut rendre des services, étant donné qu'il est anesthésique, qu'on peut l'employer comme analgésique et que son action sur les muqueuses est des plus évidentes.

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Tableau d'avancement pour 1894.

Médecins principaux de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de première classe : **1892**. MM. Bresson, Viry et Schindler. — **1893**. MM. Dumayné, Lenoir, Oberlin et Richard.

Médecins-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin principal de deuxième classe : **1892**. MM. Baudot, Benech et Vaillard. — **1893**. MM. Bachelet, Caillet, Billet (P.-G.-L.), Linon et Chavasse.

Médecins-majors de deuxième classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de première classe : **1893**. MM. Stoupy, Lambert (M.-C.-H.), Lambert (E.-P.), Chopard, Martin (S.), Pommay, Woirhaye, Comte (H.-M.-P.), Bouvier, Salle, Dz'iewouski, Pauzat (J.-E.) et Cahier.

Médecins aides-majors de première classe proposés et classés pour le grade de médecin-major de deuxième classe : **1893**. MM. Ruotte, Écot, Maison, Cardot (M.-A.-G.-L-G.), Robelin, Jeantet, Spillmann, Keim, Sudre, Vincent, Licht (A.-E.), Bassères et Viéron.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Société de chirurgie vient de procéder au renouvellement de son bureau pour 1894, ont été nommés :

Président : M. J. Championnière; vice-président : M. Théophile Anger; secrétaires : MM. Peyrot et Segond; trésorier : M. Schwartz; archiviste : M. Reclus.

— On vient d'inaugurer, à la clinique nationale des Quinze-Vingts, un pavillon d'isolement. A cette occasion, notre distingué confrère M. Trousseau a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— M. le docteur S. Pozzi vient de donner sa démission de secrétaire général du Congrès français de chirurgie. Il est nommé secrétaire général honoraire et remplacé par M. le docteur L. Picqué; M. le docteur Guinard est nommé secrétaire général adjoint.

— M. Strauss vient de faire au Conseil municipal une violente sortie contre le régime actuel des hôpitaux, dans lesquels « tout le monde est maître, sauf le directeur de l'Assistance publique » et où « les conseillers municipaux sont reçus comme des étrangers ».

« Les hôpitaux ne sont pas institués, dit-il, pour les médecins, mais pour les malades. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

44

ALIMENTATION DES MALADES

et des convalescents par les

POUDRE de BIFTECK

ET

POUDRE DE VIANDE ADRIAN

es seules bien digérées et supportées longtemps par les malades.

64

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

33

AFFECTIONS CARDIAQUES

Les SIROP et PILULES de

CONVALLARIA MAIALIS LANGLEBERT

et les **Granules** de **Convallamarine** offrent cet immense avantage, sur tous les autres médicaments cardiaques, qu'une élimination rapide permet d'en continuer l'usage sans crainte aucune d'intoxication.

Ph[ie] LANGLEBERT, 55, rue des Petits-Champs.

33

LE CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ POUR L'ANESTHÉSIE
est toujours préféré
dans les laboratoires pour les essais, comme en ville pour les opérations

POUR EN GARANTIR LA CONSERVATION INDÉFINIE
il est enfermé dans des tubes scellés à la lampe d'une contenance de 30 et 60 grammes.

MÊME MAISON

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES

perfectionnés d'après les derniers travaux microbiologiques.

QUALITÉ SUPÉRIEURE — DOSAGE GARANTI

Spécifier marque ADRIAN ou S-F.

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG:
HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*
Ph[ie] LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

42

IODOL

Nouvel antiseptique succédané de Iodoforme sans odeur et sans action toxique.

Dépôt à Paris chez Martin REINICKE, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie et chez les drog[tes].

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

59

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

91

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX
DE MYRRHE)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1[re] classe, lauréat des hôpitaux,
28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

101

BENZONAPHTOL FRAUDIN

Antiseptique granulé, Saveur douce

CACHET DE GARANTIE

5

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure) expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

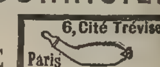
Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

45

LE PARFAIT NOURRICIER

SEUL BIBERON NETTOYABLE



55

APIOL DES DOCTEURS JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée, Métrorrhagie.

ADMIS DANS LES HOPITAUX DE PARIS.

4 caps. 0,20 cent. matin et soir pendant 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.

Dépôt général: Ph[ie] BRIANT, 150, rue Rivoli.

54

ANTIPYRINE DU D[r] KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'ANTIPYRINE en boîtes fer blanc de 50 et 100f.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

95

CRÉOSOTE SOLUBLE

VIZERN, pharmacien de 1[re] classe, Marseille.

Créosote de hêtre pure, rendue soluble à la faveur du savon médicinal. Nouvelle forme médicamenteuse rendant pratique l'emploi de la créosote en boissons et en lavements. Chaque cuillerée à soupe contient 1gr de créosote, la cuillerée à café en représente 0gr30cs. La dissolution dans l'eau ou la tisane est instantanée, quelle que soit la dose prescrite.

70

GRANULES FERRO-SULFUREUX

J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

N° 2. — JEUDI 4 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 4 JANVIER 1894. — N° 2.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a lu un important rapport sur l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi, en France, pendant l'année qui vient de s'écouler. Il a pu reconstituer la marche qu'a suivie le typhus parti de Bretagne, où il est endémique, transporté au Havre pour envahir de là successivement Lille, Amiens, Rouen, Neufchâtel, Gisors, Poissy, Nanterre et Paris.

Dans la plupart de ces villes, les médecins, peu familiarisés avec le typhus, l'ont confondu avec la fièvre typhoïde jusqu'au jour où notre confrère, M. le docteur Sapelier (de Nanterre), a, le premier, parfaitement reconnu le véritable caractère de l'épidémie. Nous sommes heureux de nous associer ici aux éloges que lui a décernés, au nom de l'Académie, M. le médecin-inspecteur Colin.

Cette confusion du typhus avec la fièvre typhoïde a été d'autant plus regrettable, qu'ainsi que l'a dit fort justement M. Proust, il importe, ici plus que jamais, de faire un diagnostic précoce et de recourir, dès le début, aux mesures prophylactiques, c'est-à-dire à l'isolement et à la désinfection. C'est pourquoi M. Proust a bien fait de rappeler les principaux signes auxquels peut se reconnaître le typhus et qui permettent de le différencier de la fièvre typhoïde. Les mesures à mettre en œuvre doivent l'être avec d'autant plus de rigueur et de promptitude, qu'il s'agit ici d'une maladie essentiellement transmissible et contagieuse, et il y a lieu d'être frappé du grand nombre de victimes que cette épidémie a faites parmi nos confrères, les religieuses et les infirmiers appelés à donner leurs soins aux typhiques.

La mortalité a été relativement considérable, dans cette épidémie, puisqu'elle a dépassé 30 p. 100.

Puisque nous sommes assez heureux pour être aujourd'hui en possession de moyens prophylactiques d'une réelle efficacité, il est de la plus haute importance que tout médecin soit en état de reconnaître, dès le début, une affection aussi redoutable que le typhus.

M. Porak a eu la parole pour la lecture d'un travail sur le passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta. Dans ce travail, M. Porak relate un grand nombre d'expériences qu'il a faites sur les animaux et sur lesquelles il s'est basé pour émettre certaines propositions d'où peuvent être tirées d'intéressantes déductions thérapeutiques.

Au début de la séance, M. Laboulbène, président sortant, a rendu compte des travaux accomplis par l'Académie pendant l'année 1893.

Comme chaque année, la dernière séance de décembre, à la Société médicale des hôpitaux, a été consacrée au renouvellement du bureau pour l'année 1894. M. Ferrand a été élu président et M. le professeur Hayem vice-président.

M. Rendu, secrétaire général, a donné lecture de son résumé annuel des travaux de la Société et d'une notice nécrologique sur chacun des membres qu'elle a perdus. Elle a été particulièrement éprouvée cette année, puisque ces morts sont au nombre de neuf : Desnos, Hardy, Ball, Marotte, Delasiauve, Vidal, Lailler et Charcot. M. Rendu excelle dans ces notices; il sait caractériser, en traits à la fois sobres et nets, les travaux, la carrière, la personnalité et le caractère de ceux qui ne sont plus. On ne pouvait rêver une variété plus grande que celle que présentaient cette fois les sujets de ces biographies et de ces portraits !

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Les syphilis graves précoces.

Les accidents tertiaires qui constituent les accidents graves de la syphilis ne commencent, en général, que vers la troisième année. Normalement, les deux premières années ne présentent que des accidents secondaires de nature moins sérieuse. Mais cette règle, comme toutes les autres, souffre d'assez nombreuses exceptions. Si l'on essaye de déterminer le degré de fréquence des accidents tertiaires aux diverses périodes de la vérole, on trouve bien que la troisième année est de beaucoup la plus chargée. Mais si elle occupe le point culminant du tableau, il ne s'ensuit nullement que des accidents tertiaires ne s'observent pas dans la seconde et même dans la première année de la syphilis. Tout au contraire, la deuxième année est de beaucoup la plus chargée après la troisième. Viennent ensuite, dans l'ordre décroissant, la quatrième, la cinquième,

la sixième, la septième année. La huitième année, où cependant les accidents sont encore communs, présente le même degré de fréquence que la première année. Il est inutile de continuer cette statistique, puisque mon but n'est pas aujourd'hui d'étudier le tertiarisme tardif, cet accident survenant très longtemps après le chancre. Mais ces faits suffisent, je crois, à vous démontrer l'existence d'un tertiarisme précoce.

En me limitant au tertiarisme de la première année, je connais déjà, à l'heure actuelle, 202 faits de lésions tertiaires diverses survenues chez 158 malades. La peau, l'organe le plus fréquemment atteint, avait été touchée 84 fois. Le système nerveux, fait des plus importants pour la pratique, avait été touché 69 fois. Les lésions osseuses sont déjà plus rares; elles ont été relevées 14 fois seulement. On trouve également 14 cas de gomme, dont 6 pour le voile du palais et 2 pour lè pharynx. Pour la langue, le testicule et l'œil, on trouve le même chiffre, 5 cas de lésions pour chacun de ces organes. Même identité de chiffre pour le palais osseux, le rein, le système musculaire, atteints chacun 2 fois.

Ce tertiarisme d'emblée, ce tertiarisme de la première année, peut survenir dans deux conditions différentes. Tantôt il apparaît aussitôt après le chancre. C'est le cas pour certains chancres phagédéniques, qui sont suivis presque aussitôt de syphilides ulcéreuses de la peau. Les syphilides ulcéreuses des muqueuses, l'iritis à forme gommeuse, peuvent aussi s'observer après le chancre. Ces lésions très précoces s'accompagnent d'un état général sérieux, d'une prostration profonde, d'un abattement extrême, souvent même de véritables accidents adynamiques. Tantôt, au contraire, le chancre, la période secondaire, ont leur évolution habituelle. Ce n'est plus aussitôt après le chancre, c'est après une courte période secondaire qu'apparaît le tertiarisme.

Je vous ai cité plus haut les principaux organes atteints et indiqué le degré de fréquence de leurs lésions. Certains organes ne semblent jamais touchés dans le tertiarisme précoce. C'est le cas pour le poumon, pour le cœur, pour l'aorte, pour le rectum. De même la paralysie générale, d'origine syphilitique, est aussi une manifestation plus tardive. C'est le cas pour les gommes du tissu cellulaire. Vous savez combien elles sont fréquentes; elles constituent, à elles seules, plus du neuvième (12 p. 100) de tous les accidents tertiaires. En ne faisant porter cette statistique que sur les accidents tertiaires précoces, la proportion tombe, au contraire, à 2,5 p. 100. C'est le cas également pour le tabes. La proportion du tabes est de 11 p. 100 dans la syphilis tertiaire; en général, elle est de 1 p. 100 seulement dans la syphilis tertiaire précoce. Ce tertiarisme précoce de la première année ne comporte donc pas tous les accidents ordinaires du tertiarisme. Quelques accidents qui s'y observent ne s'y rencontrent qu'avec une extrême rareté.

Parmi les accidents les plus fréquents, je vous ai cité les syphilides cutanées. Elles forment, à elles seules, près de la moitié des cas, exactement 41,5 p. 100 des faits observés. Ces syphilides cutanées surviennent souvent à la suite de chancres phagédéniques. Le terrain a aussi une grande importance, un état général mauvais facilite beaucoup leur développement et, en dehors du traitement spécifique et des moyens ordinaires, il y a là une source importante d'indications thérapeutiques. Ces accidents cutanés du tertiarisme syphilitique précoce offrent quelques caractères spéciaux qu'il est utile de bien connaître. La forme prédominante est la forme ulcérative. Les ulcérations sont multiples, souvent très nombreuses. Leurs parois sont suintantes; elles n'ont pas la sécheresse des ulcérations tertiaires anciennes. En même temps que la tendance à la multiplicité, vous noterez une tendance extrême à la dissémination. Les ulcérations sont dispersées sur de nombreuses régions du corps, tandis que dans la syphilis ancienne, alors même que les ulcérations sont multiples, elles se cantonnent et se localisent en un point donné. Ces ulcérations précoces sont plus graves que les ulcérations anciennes. Leur extension est rapide; elles produisent très vite des dégâts étendus; elles sont enflammées, douloureuses; elles sont tenaces, rebelles à tous les modes de traitement; il faut mettre en œuvre, pour les guérir, toutes les ressources du traitement local et général. Les ulcérations anciennes ont, au contraire, une évolution beaucoup plus lente. Leur marche est presque toujours absolument torpide. Le traitement amène la cicatrisation rapidement et facilement. Il n'est pas rare de voir non plus les ulcérations se compliquer d'accidents gangreneux. La forme gangrenense des syphilides ulcéreuses est beaucoup plus commune dans le tertiarisme précoce que dans le tertiarisme ancien.

Le phagédénisme du tertiarisme précoce offre aussi des caractères spéciaux qu'il est facile de pressentir par les caractères des ulcérations. Les lésions phagédéniques sont multiples; elles atteignent plusieurs régions à la fois, et souvent des régions très éloignées les unes des autres. La marche du phagédénisme est rapide, précipitée ; les progrès d'un jour à l'autre sont quelquefois effrayants. Enfin, le phagédénisme du tertiarisme précoce offre une résistance toute particulière au traitement.

Dans certains cas de phagédénisme tertiaire, on peut même observer une véritable forme sidérante. Cette forme est heureusement rarissime. En même temps que des accidents locaux multiples et graves, on observe des accidents généraux. La fièvre atteint 40 degrés; elle est presque continue. L'adynamie est profonde. L'épuisement va graduellement en augmentant. C'est presque exclusivement dans les phagédénismes très précoces, survenant tout à fait au début de la vérole, qu'ont été observées les infections profondes. Elles peuvent exceptionnellement guérir, mais le plus souvent la faiblesse progresse de plus en plus, et cette forme sidérante du phagédénisme se termine fréquemment par la mort.

HOTEL-DIEU DE NANTES

Relation de trois cas de béribéri (1).

Par le docteur E. Kirchberg,

Médecin en chef des hôpitaux de Nantes, ancien professeur
à l'École de médecine de cette ville.

II

Obs. III (prise par MM. Chupin et Diet, internes du service). — S... (Cristian), âgé de vingt et un ans, matelot à bord du navire le *Jonas-Lie*; entré le 25 avril 1893, salle 9, n° 35, sorti le 5 juin 1893.

Cet homme, vigoureux et fortement musclé, a ressenti les pre-

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 3.

mières atteintes du mal une dizaine de jours après son départ de la Guadeloupe, c'est-à-dire à la même époque que ses compagnons.

La maladie a débuté par une faiblesse considérable dans les membres inférieurs. En même temps, ses pieds augmentaient de volume, puis l'œdème gagna bientôt les jambes. La vue était, dès lors, troublée. Les objets paraissaient au malade comme à travers un brouillard, vus de près ils semblaient doubles, mais la diplopie disparaissait pour les objets lointains. Seul le brouillard persistait.

Au moment de son entrée à l'Hôtel-Dieu, le malade se plaint surtout d'une faiblesse extrême. Les jambes un peu douloureuses sont envahies par un œdème notable, moins prononcé cependant que chez le malade du n° 3 (Obs. I). Il en est de même des bras. La pression est douloureuse sur les membres gonflés et durs. Le réflexe rotulien est normal. La marche est encore possible, le malade fait quelques pas les jambes écartées, les genoux raides. Il accuse alors une douleur assez vive dans les mollets et les genoux. Les poumons et le cœur sont à l'état normal, la colonne vertébrale est indolore. L'appétit est assez bien conservé. Le foie et la rate ne sont ni augmentés, ni diminués de volume, ni douloureux.

Les pupilles sont dilatées, les troubles de la vision persistent, les fonctions auditives sont intactes. Les urines, rendues en assez petite quantité, sont pigmentées et ne contiennent pas d'albumine.

Nous lui prescrivons chaque jour une potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina Calisaya dans 120 grammes de véhicule, 50 grammes de lactose dans un litre d'eau distillée, un bain avec douche de barèges, trois, puis quatre rations alimentaires, deux tasses de lait, de la bière.

Sous l'influence de ce traitement, l'amélioration se manifeste dès les premiers jours. Le malade quitte son lit pendant quelques heures; l'appétit est bon, les forces reviennent. La température, comme du reste elle l'était à l'arrivée du malade, est à 37°3, le pouls à 66.

1er mai : Les douleurs éprouvées dans les jambes diminuent d'une façon sensible, la marche est plus facile, les mouvements sont plus libres. L'œdème a diminué d'une façon notable, surtout aux bras.

La vision est beaucoup plus nette, la diplopie a disparu.

L'appétit est excellent, le malade mange quatre portions.

Cependant, la station, surtout quand elle est quelque peu prolongée, détermine une douleur sourde au niveau des mollets et de l'articulation du genou.

Depuis deux jours, probablement sous l'influence du lactose, l'urine a considérablement augmenté. Elle atteint environ trois litres en vingt-quatre heures.

6 mai : La marche, qui est devenue plus régulière et plus facile à mesure que diminuait l'œdème des membres inférieurs, est presque normale. La douleur du jarret persiste cependant, mais moins vive. La faiblesse disparaît rapidement.

15 mai : L'anasarque a complètement disparu. Cependant, le malade accuse encore de la douleur aux jambes, aux genoux et surtout par la marche. Elle prédomine à gauche.

Dès ce moment, S... passe toute sa journée debout, il aide même dans le service. Il se rétablit rapidement. L'œdème ne reparaît pas, même le soir, aux pieds. La force musculaire est redevenue considérable. Mais, dans les derniers jours de mai, le malade accuse une augmentation de douleur aux genoux. Nous lui prescrivons, pendant quelques jours, une potion avec 3 grammes de salicylate de soude. La douleur disparaît et le malade complètement guéri quitte l'Hôtel-Dieu le 5 juin.

Le 12 juin, S... écrit, du Havre, à des camarades que sa force est aussi grande qu'avant sa maladie et qu'il s'est engagé comme matelot à bord d'un navire russe, en partance pour les mers du Nord.

Dès le premier jour de l'arrivée des malades à la salle 9, nous avions cherché si leurs urines contenaient de l'albumine, nous n'en avions pas trouvé. Je priai M. Ménier de vouloir bien faire une analyse complète.

En voici le résultat :

Observation I. — Couleur jaune citrin; aspect transparent; dépôt nul; réaction acide; densité à 17 degrés 1022; d'albumine 0; glucose 0; urée par litre 13,5.

Obs. II. — Couleur pâle à peine colorée; aspect transparent; dépôt nul; réaction légèrement acide; densité à 17 degrés, 1014; albumine 0; glucose 0; urée par litre 11.

Obs. III. — Couleur pâle; aspect transparent; dépôt nul; réaction acide; densité à 17 degrés, 1017; albumine 0; glucose 0; urée par litre 13,5.

L'examen des yeux par M. Dianoux est resté négatif. Il est vrai qu'au moment où cet examen a été fait, les malades accusaient une amélioration considérable dans la vision.

De l'exposé de ces faits, il résulte, pour moi, que nous avons eu affaire à trois cas de la maladie désignée par les médecins de l'Inde et de la marine, sous le nom de béribéri. La maladie s'est présentée sous ses deux formes : la forme hydropique, le véritable béribéri de tous les auteurs, et la forme paralytique qui, pendant longtemps, avait été détachée du béribéri et désignée sous le singulier nom de barbiers. Maintenant, il n'est plus douteux pour personne, que ces deux expressions symptomatiques doivent être rapportées à une seule et même maladie, qui n'est autre que le béribéri.

J'avoue que le premier jour, en abordant le malade couché au n° 3, après avoir constaté son œdème, que l'auscultation ne permettait pas de rapporter à une affection organique du cœur, que nous ne pouvions pas attribuer à une néphrite albumineuse, puisque l'analyse des urines était on ne peut plus satisfaisante à ce point, que nous ne pouvions, non plus, rattacher à une scarlatine à sa période de déclin, à cause de l'état des urines et de l'absence de desquamation, que l'étude de la rate ne permettait pas d'attribuer à une cachexie paludéenne, ni l'étude du foie à une cirrhose de cet organe, je me demandai tout d'abord si nous ne nous trouvions pas aux prises avec un début d'éléphansia des Arabes, maladie si commune dans les Antilles.

Mais les symptômes, offerts par les malades du n° 34 et du n° 35 (Obs. II et III), me firent vite renoncer à cette idée. Le n° 34 surtout offrait d'une manière si nette la forme paralytique du béribéri, que je n'hésitai pas, grâce à lui, à trancher la question et à conclure que les trois malades étaient réellement atteints de béribéri.

D'ailleurs, les renseignements que nous fournit le lendemain le capitaine, par l'intermédiaire de l'intelligent interprète du consulat de Suède et de Norvège, nous permirent d'affirmer le diagnostic en nous aidant de l'étiologie. En effet, ces messieurs nous apprenaient qu'en partant de Stavanger (Norvège), le *Jonas-Lie* emportait comme provisions des conserves de viande salée, de poissons, de légumes fabriquées à Chicago et prises dans un précédent voyage à Marseille.

Au moment où commençait le voyage de Norvège à la Guadeloupe, ces conserves dataient d'au moins quatorze mois. Elles furent consommées, partie dans la traversée de Stavanger au Moule, partie dans le voyage du Moule à Saint-Nazaire.

Pendant le séjour du navire au Moule, l'équipage fut nourri de viande et de légumes frais. J'insiste sur ce point.

Le capitaine nous affirme qu'après avoir quitté le Moule, il fut obligé de jeter à la mer une trentaine de boîtes de conserves, notablement avariées.

Rapprochons ces données des symptômes observés chez nos malades. Voici trois hommes qui présentent les symptômes les plus nets du béribéri, le n° 3 et le n° 35 sous sa forme hydropique, et le n° 34 sous sa forme paralytique, et voilà le capitaine qui, venant confirmer le dire des matelots, nous assure que l'équipage et lui-même ont été nourris de vieilles conserves pendant la traversée de Norvège à la Guadeloupe et de la Guadeloupe à Saint-Nazaire. N'avons-nous pas là tous les éléments du problème? Étiologie, symptomatologie, rien n'y manque, tout affirme le béribéri.

En voyant la paralysie si accentuée des extenseurs chez le malade du n° 34, je me suis demandé un instant si ce jeune homme n'était pas victime d'un empoisonnement saturnin. La même pensée vint à M. le professeur Trastour, dans une visite qu'il fit à ce malade. On sait, en effet, que le saturnisme est parfois insidieux et difficile à découvrir dans son mode de production. D'ailleurs, bien des coliques sèches, observées chez les marins, ont dû être rapportées à un empoisonnement saturnin, le fait est maintenant admis par tout le monde.

Mais, interrogé à ce point de vue, le malade nous fit répondre par l'interprète qu'il avait bien eu, pendant quelque temps, un peu de constipation, mais jamais de fortes coliques et d'ailleurs l'examen des dents ne faisait pas découvrir le liséré caractéristique. Ce n'est pas tout, je priai M. Ménier de vouloir bien refaire une analyse d'urine à ce point de vue. Avec sa complaisance habituelle, notre habile chimiste chercha le plomb et ne le trouva pas dans les urines. La paralysie était donc bien occasionnée par le béribéri.

Je m'adressai à M. Monnier pour tâcher de trouver dans un examen bactériologique la cause des symptômes que nous avions sous les yeux. Cet examen a conduit à un résultat négatif. (*A suivre.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 janvier 1894. — Présidence de M. Laboulbène.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature : 1° de MM. du Castel, Huchard, Sevestre, qui se portent candidats dans la section de thérapeutique ; 2° de MM. Malassez et Raymond, qui se portent candidats dans la section d'anatomie pathologique ; 3° de MM. Blache, Rivière, Galezowski, qui se portent candidats dans la section des associés libres ; 4° et de MM. Zancarol, Gautrelet, qui se portent candidats au titre de correspondant.

COMMUNICATION

Typhus exanthématique. — M. **Proust** communique un rapport sur l'épidémie de typhus exanthématique qui a sévi en France en 1893. Après avoir fait le relevé statistique de cette épidémie, il démontre l'influence prépondérante des vagabonds sur sa propagation. Notamment, l'origine bretonne de cette dernière épidémie a nettement montré que la transmission a eu lieu de ville en ville, par des gens venant demander asile dans les granges, les asiles de nuit, les hôpitaux ou hospices, les dépôts de mendicité, les prisons, etc. ; bientôt les personnes appelées à leur donner des soins ont contracté la maladie et formé comme autant de foyers qu'il n'a été possible d'éteindre que par des mesures énergiques de désinfection.

Au moment où quelques cas de typhus viennent de réapparaitre dans plusieurs départements et même à Paris, il importe de ne recevoir aucun vagabond dans un établissement quelconque, sans procéder tout d'abord à la désinfection de ses vêtements et au nettoyage de l'individu. A Paris, cela est facile, grâce aux établissements publics de désinfection, car l'on a vu quels services ils ont rendus dans l'extinction rapide de l'épidémie dernière. En province, de telles pratiques se multiplient heureusement ; il est de la plus grande importance de surveiller avec soin les lieux d'asile de toutes sortes et de les munir des installations nécessaires.

M. Proust rappelle enfin les symptômes qui permettent de ne pas confondre le typhus avec la rougeole ou la fièvre typhoïde, comme on aurait pu le faire longtemps cette année, sans l'initiative de M. le docteur Sapelier à la prison de Nanterre et la confirmation autorisée de M. Léon Colin.

La transmission, rare dans la fièvre typhoïde, est ici fréquente et les médecins, infirmiers, religieuses, ont été souvent frappés. On peut dire qu'ils sont les meilleurs réactifs du typhus ; il y a peu de localités où ils n'aient fourni des victimes.

Pour reconnaître prématurément le typhus, on se rappellera que la fièvre typhoïde récidive rarement et, dès lors, on se méfiera des malades ayant eu la fièvre typhoïde, qui présenteraient une maladie semblant une récidive.

Le typhus est plus court que la fièvre typhoïde ; aussi son diagnostic pourra être présumé lorsque l'on constatera un court intervalle entre l'entrée des malades et leur décès ou leur sortie.

La mortalité considérable du typhus est également un élément de diagnostic. Dans la dernière épidémie, nous avons eu 30 p. 100 de décès. Il est vrai que, dans d'autres épidémies, on ne signale que 19 à 20 p. 100 de mort.

Ces considérations devront mettre en éveil le corps médical et suffiront, le plus souvent, pour établir un diagnostic précoce du typhus. Or, cela est très important, car une fois le diagnostic établi, la désinfection et l'isolement rapide peuvent arrêter pour ainsi dire à coup sûr la propagation de la maladie.

M. **Colin** partage l'opinion de M. Proust, mais il tient à rappeler que, dans la dernière épidémie, c'est à M. Sapelier, médecin à Nanterre, que revient l'honneur d'avoir, le premier, fait le diagnostic, ce qui a permis de prendre rapidement des mesures qui ont certainement atténué l'importance de l'épidémie.

Au point de vue des symptômes, il faut ajouter aussi le catarrhe laryngo-bronchique.

M. **Proust** trouve l'observation de M. Colin parfaitement juste ; il ajoute que, le diagnostic une fois établi, le mal a pu être conjuré, grâce à la rapidité et à l'excellence des mesures de désinfection organisées par l'administration sous la direction de M. A.-J. Martin.

LECTURE

Du passage des substances étrangères à l'organisme à travers le placenta. — M. **Porak**, depuis 1877, a étudié, dans de nombreuses expériences, le passage ou l'accumulation de certaines substances dans le placenta. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé :

L'arsenic, le cuivre, le plomb, l'atropine, le phosphore traversent, le mercure, l'alizurine ne traversent pas le placenta. Cet organe est un lieu d'accumulation élective pour le cuivre et surtout pour le mercure. Le plomb ne s'y fixe pas.

La présence de substances étrangères à l'organisme dans le placenta démontre que c'est bien par cet organe que s'effectuent les échanges matériels entre la mère et le fœtus.

Les poisons s'accumulent en plus grande quantité dans les tissus du fœtus que dans ceux de la mère, en vertu probablement de leur puissance assimilatrice et de leur insuffisance désassimilatrice. Ils se diffusent davantage chez les petits, où on les trouve dans le foie, dans le système nerveux central et dans la peau, que chez la mère où on les trouve presque exclusivement dans le foie. Cette circonstance permet de distinguer, dans l'ac-

cumulation des poisons, une affinité élective des tissus et une affinité de passage pour le foie.

Cette action toxique sur les petits permet de comprendre la pathogénie de l'avortement qui est dû, ordinairement, à une action directe sur la circulation placentaire ou à un retentissement de la santé de la mère sur la santé des petits. Elle explique la mortinatalité et la polymortalité des jeunes par l'accumulation du poison, soit dans le placenta, soit dans le système nerveux central.

Ces recherches donnent la mesure de l'affinité des tissus pour les poisons, difficile à apprécier chez l'adulte à cause de leur accumulation dans le foie, due à leur passage à travers cet organe. Elles expliquent soit la symptomatologie de l'intoxication, soit l'action thérapeutique des poisons administrés à dose tolérable.

La séance est levée.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 27 décembre 1893. — Présidence de M. Perier.

LECTURE

Ablation d'une rate déplacée. — **M. MONOD** lit, au nom de **M. HEURTAUX** (de Nantes), l'observation d'une rate déplacée dans la fosse iliaque. Il s'agissait d'une jeune fille de dix-sept ans, qui présentait une tumeur abdominale, dont le diagnostic restait douteux.

M. Heurteaux fit la laparotomie médiane tomba sur un péritoine épaissi et adhérent à la tumeur, qui était d'une couleur rouge foncé.

Cette tumeur était la rate augmentée de volume et ayant subi une rotation sur elle-même.

La capsule était très épaisse et adhérente à tous les organes voisins. Il y avait, de plus, torsion du pédicule. M. Heurteaux enleva la tumeur et fit le curetage des portions de la capsule restées adhérentes au péritoine. Mais la malade mourut. A l'autopsie on vit que le déplacement de la rate était dû à un excès de longueur de son pédicule.

DISCUSSION SUR LES HERNIES MUSCULAIRES

M. BERGER insiste tout particulièrement sur l'ostéome des cavaliers, dont la pathogénie reste entourée encore de quelques obscurités. Cette affection a été étudiée dans les mémoires de Favié, Schmidt, Josephsohn. M. Berger a eu l'occasion d'en observer un cas il y a quelques années.

Il s'agissait d'un cavalier qui, en voulant monter à cheval, fit un faux mouvement et ressentit immédiatement, dans la région des adducteurs de la cuisse d'un côté, un craquement et une douleur très intense. Il ne put se maintenir à cheval.

M. Berger vit le malade un mois après l'accident. Il put constater à la partie interne de la cuisse droite une tuméfaction dans la région des adducteurs, des restes d'ecchymoses, et, de plus, dans la région du moyen adducteur, un petit noyau dur, à grand axe antéro-postérieur, mobile pendant le repos du membre, immobilisé par la contraction des adducteurs.

Comme traitement, il prescrivit seulement quelques semaines de repos et le malade, par la suite, put reprendre facilement l'exercice du cheval. Il s'agissait bien là d'un cas d'ostéome des cavaliers.

Or, comment explique-t-on classiquement la production de ces ostéomes? Ils se produisent de deux façons différentes, soit lentement, produisant petit à petit de la douleur et de la gêne; soit, ce qui est le plus fréquent, rapidement à la suite d'un accident. Dans ce dernier cas, il y a, tout d'abord, tuméfaction dans la région des adducteurs, puis, au bout de peu de semaines, on y constate l'existence d'un petit noyau dur.

Dans les faits à développement lent, le mécanisme s'explique aisément par une myosite ossifiante du muscle.

Dans les cas à développement rapide, l'ostéome semble dû plutôt à une rupture musculaire suivie de myosite, puis de myosite ossifiante.

Mais cette pathogénie ne semble pas pouvoir s'appliquer aux cas dans lesquels l'ostéome est apparu trois jours (Lalesque), un jour (Thiriar), un mois (Berger) après l'accident. Aussi vaut-il mieux pour ces faits admettre un arrachement osseux ou périostique au niveau des insertions musculaires, pendant un effort brusque, une contraction musculaire violente. Le fragment osseux ou périostique arraché pourrait ainsi donner lieu à une production osseuse nouvelle au point où il vient s'arrêter.

Quant au traitement, comme l'ostéome cesse au bout d'un temps plus ou moins long de devenir douloureux et gênant, le repos et l'expectation sont préférables à une intervention sanglante.

M. DELORME croit qu'il est intéressant d'insister encore sur quelques points de la communication de M. Michaux.

Son collègue a admis, s'appuyant, dit-il, sur les indications de Farabeuf, que la hernie musculaire vraie fait une saillie plus marquée et dure pendant la contraction active libre. C'est le contraire de ce qu'a avancé Farabeuf. Il est d'autant plus nécessaire de le faire remarquer que, si on n'attribue pas au signe que ce dernier a tiré de l'état de la tumeur musculaire pendant la contraction du muscle, on est exposé à confondre la hernie musculaire vraie avec la pseudo-hernie. Or Farabeuf dit (*Bull. Soc. de chir.*, 1881, p. 297) : « S'il existe des hernies musculaires vraies, c'est-à-dire des tumeurs musculaires poussées par la pression inter-aponévrotique à faire saillie au dehors, au niveau d'une partie perforée ou simplement amincie et dilatée de l'ouverture aponévrotique, ces tumeurs doivent *disparaître* lorsque le muscle intéressé perd sa flaccidité, soit par la *tension active*, soit par la distension passive... » Et plus loin : « La tension active et la distension passive d'un muscle font disparaître la tumeur. Tout le contraire a lieu pour les globes musculaires plus ou moins herniés à la suite des ruptures musculaires. » Les expériences de M. Guinard confirment les assertions de Farabeuf.

M. Delorme a répété, sur le lapin, ces expériences avec M. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Ils ont mis successivement à nu les muscles antéro-internes des deux cuisses dans toute leur étendue, puis une masse sacro-lombaire et fessière, et ils ont remarqué que si, sur les adducteurs recouverts d'une aponévrose mince, l'excision d'une partie de cette aponévrose n'était pas suivie d'une saillie du muscle sous-jacent, à l'état de repos, sur le fessier ou la masse sacro-lombaire, dès l'excision d'une partie de leur aponévrose dense, une saillie musculaire apparaissait, au repos, pour disparaître dès qu'ils provoquaient des contractions du muscle par le pincement de l'animal ou par l'électrisation. Ces expériences affirment, en somme, la valeur du signe indiqué par Farabeuf.

M. Delorme ne pense pas, comme son collègue M. Michaux, que la hernie musculaire à évolution insidieuse soit seule bien établie et que les hernies traumatiques doivent être classées dans les ruptures. Les sections d'aponévrose d'enveloppe des muscles longs, au cours d'opérations, d'incisions de phlegmons, etc., exposent à des hernies musculaires quand la plaie aponévrotique n'est pas réunie et que la section de l'aponévrose a été perpendiculaire à la direction de ses fibres. Il a vu, à la Pitié, en 1877, un homme entré dans le service de M. le professeur Verneuil pour une affection étrangère à celle qui nous occupe et chez lequel, à la suite d'une ligature de la tibiale antérieure à sa partie moyenne, non suivie de suture de l'aponévrose, se montra une hernie musculaire du volume de la dernière phalange du pouce. Saillante pendant le repos du muscle, elle disparaissait pendant sa contraction.

Une arme tranchante, un instrument tranchant coupant l'aponévrose sans entamer ou en entamant à peine le muscle sous-jacent; une balle abrasant tangentiellement l'aponévrose, peuvent

donner lieu à la même lésion. Une balle traversant les parties molles d'un membre, peut laisser à l'orifice d'entrée ou de sortie une hernie musculaire. Les fibres dissociées ou sectionnées du muscle se cicatrisent, la brèche aponévrotique persiste; une hernie vraie se montre consécutivement. L'exemple suivant en fournit la démonstration :

Un colonel d'un régiment de cavalerie, qu'il a montré à plusieurs de ses collègues du Val-de-Grâce, offre réunies sur le même membre une rupture musculaire totale typique et une hernie musculaire. Le biceps a été rompu en travers vers son milieu pendant une contraction énergique : cet officier voulant retenir un cheval emballé. Sur l'avant-bras existe une hernie musculaire vraie au niveau de l'orifice de sortie d'un séton. La balle, de calibre, reçue à courte distance, en 1870, a perforé transversalement les parties molles de la région anti-brachiale antérieure. Par l'orifice de sortie, interne, du séton s'échappe une masse musculaire globuleuse des dimensions d'un œuf de pigeon, réductible pendant le repos du muscle. A la palpation, on sent très nettement les bords de la perte de substance de l'aponévrose; elle admet librement l'extrémité de l'index. Saillante pendant le repos du muscle, la hernie disparaît pendant la distension passive et surtout pendant la contraction libre, c'est-à-dire quand les doigts sont activement fléchis. Comme la cicatrice adhère à la surface de la hernie, la peau, entraînée par le muscle pendant sa contraction, se déprime en doigt de gant, dans l'ouverture aponévrotique, accentuant ainsi le phénomène de la rétrocession du muscle dans sa loge aponévrotique.

M. GÉRARD MARCHANT a observé un écuyer âgé de cinquante et un ans qui, pendant un exercice violent, ressentit une douleur vive à la partie interne de la cuisse gauche. Au repos, on constatait peu de chose à ce niveau; mais pendant la contraction musculaire on voyait une tumeur dure, irrégulière, légèrement lobulée. On pensait à une hernie intestinale. Mais ce malade avait déjà été opéré une première fois par M. Trélat, qui avait constaté une déchirure de l'aponévrose. M. Marchant intervint pour la seconde fois. Il tomba sur une aponévrose amincie, éraillée, disparue par places. Le muscle n'était pas déchiré. Il semblait bien qu'on eût affaire à une hernie musculaire vraie. Malgré la suture du muscle et de l'aponévrose, la tumeur se reproduisit au bout de peu de temps.

M. LE DENTU ne croit pas qu'il soit possible d'affirmer la pathogénie des ostéomes proposée par M. Berger. Il pencherait plutôt en faveur de la myosite ossifiante, même dans les cas où la production de l'ostéome a été rapide.

M. MICHAUX répond aux objections de M. Delorme. Il cite le texte même de M. Farabeuf. Or, cet auteur reconnaît à la hernie musculaire les symptômes suivants : disparition par la distension passive du muscle; disparition aussi par la distension volontaire mais empêchée; augmentation, au contraire, par la distension ou contraction volontaire. C'était bien là, en effet, l'opinion défendue par M. Michaux dans sa communication.

D'ailleurs dans son cas, l'incision du muscle démontra l'absence de toute trace de cicatrice ou de rupture musculaire.

PRÉSENTATION D'UN MALADE

Rétrécissement du larynx. — M. PICQUÉ, au nom de **M. GOUGUENHEIM**, présente un malade déjà examiné devant la Société de chirurgie, il y a un an. On avait fait la trachéotomie pour des troubles laryngés; mais il se produisit un rétrécissement du larynx entraînant l'impossibilité d'enlever la canule. M. Gouguenheim fit la dilatation du larynx. Il persista une fistule pour laquelle M. Berger fit une autoplastie, il y a un an aujourd'hui, guérison; mais la voix reste très altérée.

ÉLECTIONS

La Société de chirurgie procède au renouvellement de son bureau pour l'année 1894. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 6.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 27 décembre 1893, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Martialis, directeur du service de santé à Lorient.

Au grade d'officier. — M. Mathis, médecin en chef de la marine.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Davril, Touchet, Esclangon, Bourdon, Bahier, Mathé, Plagneux et Dédet.

— *Hôpitaux de Lyon.* — M. P. Aubert étant arrivé au terme de ses fonctions, les mutations suivantes ont lieu à l'hospice de l'Antiquaille.

M. Cordier passe du service des hommes à celui des femmes; M. Augagneur, du service des enfants à celui des hommes, et M. Rochet, dont nous avons, il y a quelques jours, publié une intéressante Revue générale, prend le service des enfants.

— *Facultés de médecine.* — Sont promus :

De la deuxième classe à la première : M. le professeur Charpentier, de la Faculté de médecine de Nancy.

De la troisième classe à la deuxième : MM. les professeurs Grynfelt, de la Faculté de médecine de Montpellier; Lépine, de la Faculté de médecine de Lyon.

De la quatrième classe à la troisième : MM. les professeurs Badal et Blarez, de la Faculté de médecine de Bordeaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Archinard (de Lyon), Barudel (de Vichy) et Verneuil (de la Tremblade).

— MM. Gasne, Mouchet et Philippe commenceront leurs conférences d'internat le samedi 13 janvier, à deux heures et demie précises, à l'hôpital de la Charité (amphithéâtre Gosselin, 2e étage) et les continueront les samedis suivants à la même heure.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du deuxième trimestre de l'année scolaire 1893-1894, ouvert le mercredi 10 janvier 1894, sera clos le jeudi 8 février 1894, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 10, jeudi 11, vendredi 12, samedi 13, mercredi 17, jeudi 18, vendredi 19 et samedi 20, mercredi 24 et jeudi 25 janvier.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les vendredi 26, samedi 27, mercredi 31 janvier, vendredi 2, samedi 3, mercredi 7 et jeudi 8 février.

L'entrée des pavillons de dissection et des laboratoires des travaux pratiques sera interdite aux étudiants qui n'auraient pas pris l'inscription trimestrielle, aux dates ci-dessus indiquées.

La quatorzième inscription ne sera point délivrée aux étudiants qui n'auraient pas subi avec succès la deuxième partie du deuxième examen (physiologie).

MM. les étudiants doivent déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription trimestrielle.

Les numéros d'ordre pour les inscriptions des troisième et quatrième années de doctorat, et de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat (soumises au stage) ne seront distribués qu'à partir du jeudi 25 janvier.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux, devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonc-

tions d'internes ou d'externes pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1893-1894. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur: les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 3. — SAMEDI 6 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 6 JANVIER 1894. — N° 3.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » . — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des crises gastriques.

Par le docteur Ad. LAFFITTE, ancien interne des hôpitaux.

Sous le nom de *crises gastriques*, on doit entendre l'ensemble des phénomènes douloureux d'origine gastrique, reconnaissant les caractères suivants : début inopiné, durée variable avec paroxysmes, cessation brusque, intégrité des fonctions digestives dans l'intervalle des crises. Ces crises s'accompagnent de vomissements alimentaires, muqueux ou sanglants, ne coïncidant pas avec l'ingestion des aliments, et se reproduisant, sans cause, pendant plusieurs heures ou plusieurs jours.

Ces caractères nous permettent d'éliminer un grand nombre d'affections douloureuses de l'estomac qui n'entrent pas dans ce cadre : par exemple, les douleurs des gastrites aiguës et subaiguës (en particulier la gastrite alcoolique), les douleurs de l'ulcère rond et du cancer gastrique, etc.

Ainsi limité, le champ des crises gastriques est encore assez vaste. Un certain nombre de maladies de la moelle s'accompagnent du syndrome douloureux dont nous parlons. Ces crises sont de beaucoup les mieux connues et ont surtout été bien étudiées dans le tabes. Pendant longtemps, on n'en a pas connu d'autres. Mais les observations de Leyden, de M. Debove, ont montré que certaines crises sont indépendantes d'une altération du système nerveux et constituent une espèce autonome : on leur a donné le nom d'*essentielles*.

Il existe dans l'hystérie et dans la neurasthénie des crises douloureuses rentrant dans la définition que nous avons donnée et qui ressemblent beaucoup aux précédentes. Elles seront l'objet d'un paragraphe spécial.

Les douleurs gastriques qui se montrent chez les femmes atteintes de luxation rénale se présentent parfois sous forme de crises véritables, très pénibles, pouvant durer plusieurs jours ; elles paraissent liées à l'état névropathique des malades et provoquées par l'irritation des nerfs due au déplacement de l'organe.

En résumé, on peut distinguer deux variétés de crises gastriques :

1° Crises symptomatiques d'une lésion médullaire (type : crises gastriques du tabes) ;

2° Crises névropathiques sans lésions connues (crises de l'hystérie, de la neurasthénie, crises essentielles).

I

HISTORIQUE

L'histoire des crises gastriques est de date toute récente (1868-1870). On trouve cependant, dans quelques observations plus anciennes (Romberg, 1851 ; Gull, 1858), la coexistence de douleurs gastriques et d'affections spinales. Mais la relation de cause à effet n'est pas signalée.

Duchenne [de Boulogne (1)] nie d'abord l'existence de crises douloureuses provoquées par le tabes. « Des vomissements n'ont jamais signalé le début de l'ataxie locomotrice ; ils se sont montrés parfois sans cause dans le cours de la maladie. » Plus tard, cependant, il revient sur son opinion et dit : « Les douleurs et les troubles de la vessie et du rectum, revenant par crises, s'étendent quelquefois à l'estomac et à l'intestin. »

Dans les cliniques de Trousseau, on lit l'observation d'une femme dont les douleurs fulgurantes étaient précédées de douleurs d'estomac. Mais le rapport entre ces dernières et le tabes n'est pas établi.

Le premier travail où sont démontrées les relations entre la lésion spinale et les troubles gastriques est la thèse de M. le docteur Delamarre [1866 (2)]. Dans ce travail, inspiré par M. Raynaud, deux cas sont relatés et soigneusement discutés.

Charcot, en 1868 et 1872 (3), décrit les symptômes gastriques de l'ataxie locomotrice et montre qu'un certain nombre d'affections médullaires peuvent s'accompagner de phénomènes douloureux analogues. La thèse de M. Dubois (4), inspirée par Charcot, rapporte trois observations nouvelles.

(1) DUCHENNE (de Boulogne). *Arch. gén. de méd.*, 1859.

(2) DELAMARRE. *Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1866.

(3) CHARCOT. Leçons de la Salpêtrière, in *Mouvement méd.*, 1872. — *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1886. — *Leçons du mardi à la Salpêtrière*, 1890.

(4) DUBOIS. *Crises gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1868.

Depuis les leçons de Charcot, l'existence de crises gastriques douloureuses dans les maladies de la moelle a été acceptée par tous ; et si de nouveaux cas ont été publiés, on a ajouté peu de chose à la description première. Citons les thèses de MM. Petitjean (1), Raymond (2), Félix (3), Harel (4), une leçon clinique du professeur Charcot (5). Signalons enfin le travail de M. Straus (6) qui étudie les ecchymoses des membres inférieurs chez les ataxiques ; il se demande si de pareilles suffusions sanguines ne peuvent se faire dans la muqueuse gastrique sous l'influence des crises douloureuses et donner lieu aux hématémèses qu'on a parfois signalées dans ces cas.

L'histoire des crises gastriques essentielles date de Leyden (7). Cet auteur rapporte des observations de vomissements douloureux revenant par crises et les regarde comme indépendants de toute altération médullaire. Ces observations ont été cependant critiquées par le professeur Charcot qui reconnaît, chez ces malades, des signes non douteux d'ataxie. En 1889, M. Debove (8) communique à la Société médicale des hôpitaux l'observation d'un malade qui a des crises douloureuses depuis six ans et chez qui il est impossible de déceler aucun signe de la série tabétique. Cette observation a été reprise par M. Rémond (9) et a fait l'objet d'un mémoire publié dans les *Archives de médecine*.

Les troubles gastriques dans l'hyperchlorhydrie ont été signalés par Reichmann en 1882 et 1884, puis étudiés en Allemagne par Von den Velden, Riegel, Boas. En France, les travaux de M. G. Sée et de ses élèves, de MM. Hayem et Winter, A. Mathieu, Rémond [de Metz], A. Robin sont à signaler. Les crises douloureuses de l'hyperchlorhydrie intermittente ont été mises en lumière, surtout par Rossbach et Lépine.

Les relations de ces troubles nerveux avec la neurasthénie ont été signalées par Charcot, MM. Mathieu, Rémond, Marfan. On les rencontre chez des individus de souche et de tempérament névropathiques, et ils coïncident avec d'autres manifestations de cette névrose.

II

SYMPTOMATOLOGIE DE LA CRISE GASTRIQUE

Les crises gastriques débutent d'ordinaire d'une manière brusque, soudaine. D'un état de santé excellent en apparence, les malades passent tout à coup aux souffrances les plus aiguës. Tout à fait exceptionnellement se montrent quelques phénomènes prémonitoires : les malades ont le pressentiment de l'accès qui approche ; ils éprouvent un malaise général avec éblouissements et légers frissons ; ils sont fatigués, brisés et recherchent un repos absolu, parfois leur face exprime la douleur et présente des alternatives de rougeur et de pâleur.

Qu'il y ait ou non des prodromes, la scène change bientôt. Le malade est en proie à des *douleurs* violentes, atroces, à maximum épigastrique, avec irradiations multiples dans la région lombaire, dans le dos, entre les épaules. La douleur part quelquefois de la racine des cuisses, du pli de l'aine et converge vers la région épigastrique. D'autres fois, le maximum de la douleur est dans la région interscapulaire ; il y a des irradiations dans les espaces intercostaux et jusqu'à la base du thorax qui est enserré comme dans un étau. Ces douleurs sont lancinantes ou térébrantes, avec sensation de déchirure interne. Elles durent plusieurs heures, parfois plusieurs jours, mais avec des rémissions plus ou moins longues, qui sont suivies de nouvelles recrudescences.

Les *vomissements* constituent le deuxième signe de la crise gastrique. Ils sont fréquents, presque incessants, incoercibles. Ils se manifestent sans cause appréciable, en dehors de toute ingestion alimentaire. Le malade rend d'abord des aliments, quand l'estomac est en état de plénitude; puis un liquide muqueux, glaireux, incolore ou parfois teinté de bile. Plus tard, les malades rendent seulement, de temps en temps, quelques gorgées de liquide pituiteux.

Quand l'estomac est vide, l'effort de vomir n'en existe pas moins. C'est le *vomissement à sec* (Fournier) qui est de beaucoup le plus douloureux. Les malheureux patients font des efforts impuissants, multipliés, pour débarrasser leur estomac ; leurs muscles se contractent brusquement, convulsivement ; leur face devient turgide, les traits sont bouleversés et la physionomie effrayante. Ces signes si alarmants cessent d'ordinaire au bout d'un temps variable, surtout si quelque matière liquide vient enfin à être expulsée par l'estomac.

Les vomissements noirs existent dans quelques cas rares (Vulpian, Charcot) ; les matières rejetées ont la couleur de suie, de marc de café et ressemblent aux vomissements sanglants liés à une affection organique de l'estomac.

La durée de la crise varie entre trois et dix jours (Charcot), durant lesquels les vomissements et les douleurs se succèdent sans trève; l'ingestion d'aliments ou de liquides les exaspère.

La répétition ininterrompue des vomissements et l'acuité des douleurs plonge les malades dans un état d'abattement facile à comprendre. L'impossibilité de prendre des aliments exagère encore ces signes de dépression. Au plus fort du paroxysme, on voit survenir un état d'indolence ou même de stupeur qui rend le malade insensible aux excitations extérieures et l'empêche de répondre aux questions qu'on lui pose. Le malaise peut encore être plus profond : surviennent des lipothymies et des syncopes ; les extrémités se refroidissent et prennent une teinte violacée qui rappelle la période d'algidité du choléra ou la période asphyxique de certains empoisonnements. Ces modalités de la crise gastrique doivent être connues et soigneusement analysées, car elles importent au plus haut degré pour le diagnostic.

Il n'est pas rare qu'au début de la crise, on note un ballonnement épigastrique avec hoquet, éructations et sensation de cuisson le long de l'œsophage. Plus tard, le ballonnement peut gagner l'intestin ; des borborygmes très

(1) Petitjean. *Contribution à l'étude des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1874.
(2) Raymond. *Des dyspepsies*, Th. d'agrég., 1878.
(3) Félix. *Des troubles gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1880.
(4) Harel. *Des crises gastriques dans l'ataxie locomotrice*, Th. de Paris, 1882.
(5) Charcot. Des crises gastriques tabétiques avec vomissements noirs, in *Gaz. méd. de Paris*, 28 sept. 1882.
(6) Straus. Des ecchymoses tabétiques à la suite des crises douloureuses, *Arch. de neurol.*, 1880-1881.
(7) Leyden. *Zeits. f. Klin. Med.*, t. IV, 1882.
(8) Debove. Crises gastriques non tabétiques, *Bull. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1889.
(9) Rémond. Crises gastriques essentielles, *Arch. gén. de méd.*, 1889.

pénibles s'ajoutent encore à la douleur gastrique et des évacuations gazeuses incessantes ne peuvent arriver à vider entièrement le tube digestif.

La sensibilité cutanée, surtout au niveau de la paroi abdominale, est souvent modifiée. Tantôt il s'agit d'une anesthésie incomplète portant surtout sur le mode douleur; tantôt, et plus souvent, il y a de l'hyperesthésie : le contact de la main, la chaleur du lit, l'exploration de l'épigastre, réveillent les paroxysmes douloureux. Ces altérations de la sensibilité cutanée s'accompagnent parfois de contractures musculaires limitées aux muscles de l'abdomen et parfois plus ou moins généralisées (Onimus, Pitres).

Les battements du cœur, au moment du paroxysme, sont toujours pénibles et précipités; le pouls est rapide, mais la température reste toujours normale (Charcot). Rosenthal a signalé dans le tabes des cas où les mouvements du cœur sont ralentis. « Rosenthal, qui a quelquefois assisté à ces crises, signale des cas où le pouls était ralenti pendant l'accès. En ce qui me concerne, j'ai toujours observé au contraire une accélération notable du pouls, laquelle ne s'accompagne d'aucune élévation de la température. La fréquence du pouls sans fièvre est d'ailleurs un fait très commun dans les premières périodes de l'ataxie et en dehors des crises gastriques et des accès fulgurants, alors qu'il n'existe aucune trace d'incoordination motrice » (Charcot).

Pendant la crise douloureuse, la pupille est ordinairement dilatée; cependant Duchenne (de Boulogne) rapporte un cas de contraction pupillaire.

Tels sont les principaux signes d'une crise gastrique dégagée de toute notion étiologique. La terminaison en est brusque. Au bout de quelques heures ou de plusieurs jours, les douleurs et les vomissements s'apaisent comme par enchantement; le malade éprouve le besoin de manger, fait un copieux repas et le digère très bien. Ce brusque passage d'une situation grave à une guérison apparente n'est pas le fait le moins curieux des crises gastriques typiques.

L'état des fonctions digestives reste intact dans l'intervalle des crises; l'appétit est bon et les digestions faciles jusqu'à ce qu'éclate un nouvel accès.

La marche et la terminaison de ces crises est essentiellement variable, suivant la maladie causale. Aussi ne pouvons-nous dire ici que des généralités, nous réservant de revenir sur ce point quand nous étudierons chaque variété de crises en particulier. La guérison de l'accès douloureux est la règle; mais les récidives sont toujours à craindre, tant que l'état névropathique initial n'a pas été modifié. Quand elles sont très douloureuses et de longue durée, elles entraînent un amaigrissement assez marqué, une indolence que rien ne peut vaincre, une insensibilité absolue. Nous verrons plus loin, quand nous étudierons les crises du tabes, qu'il n'est pas impossible que la mort arrive par suite des phénomènes douloureux. C'est alors pendant la crise, au milieu des signes du collapsus, que se produit le dénouement fatal.

III

DIAGNOSTIC

Toute affection à début brusque, accompagnée de douleurs épigastriques ou abdominales et de vomissements, peut être confondue avec la crise gastrique, telle que nous l'avons décrite. Quand on sera aidé par la notion étiologique (tabes, sclérose en plaques, paralysie générale, etc.), l'erreur sera plus facile à éviter. Nous pensons cependant que la crise gastrique douloureuse a, dans la majorité des cas, des caractères assez tranchés qui permettent de la différencier, même quand les signes de la maladie provocatrice font défaut.

La *colique néphrétique* est souvent précédée de troubles prémonitoires ; pendant plusieurs jours avant l'attaque, la région lombaire est pesante et douloureuse, les urines sont rouges et laissent déposer dans le vase un fin dépôt semblable à de la brique pilée. La douleur très vive, déchirante, est, dans la majorité des cas, unilatérale ; elle irradie vers l'uretère, l'urèthre, le testicule qui est fortement rétracté vers l'anneau, et enfin vers le membre inférieur. Les vomissements ne sont pas constants et, en tout cas, ne dominent point la scène ; parfois, il n'y a que des nausées. Il n'y a pas d'intolérance absolue pour les aliments. Les urines sont troubles, épaisses et peuvent contenir du sang. La durée de la crise est, en général, moindre que dans les crises gastriques proprement dites.

Dans la *colique hépatique*, la douleur éclate brusquement, peu de temps après le repas. Elle est très vive, paroxystique, et atteint son maximum au niveau de certains points bien précis : à l'épigastre, au niveau de la vésicule biliaire, à la partie inférieure de l'omoplate droite. Les vomissements, d'abord alimentaires, puis muqueux et bilieux, s'amendent à mesure que la douleur diminue; ils peuvent même faire tout à fait défaut. L'ictère est fréquent : il apparaît pendant la crise elle-même quand elle se prolonge, quelques heures après elle quand elle est de courte durée. La durée est en moyenne de huit à douze heures, assez courte par conséquent. Enfin, en examinant les matières fécales, il est possible d'y retrouver le calcul, cause de tout le mal.

La *colique de plomb* débute brusquement quand il s'agit d'une intoxication accidentelle. Mais quand on a affaire à des malades chroniquement intoxiqués, elle est précédée de troubles dans la fonction digestive : la langue est saburrale, l'appétit perdu, la constipation opiniâtre. Au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures, la crise éclate. Les douleurs, extrêmement pénibles, ont leur siège à l'épigastre et sont continues avec des paroxysmes atroces. Une pression superficielle de l'abdomen les exagère ; une pression large et profonde les atténue. Le ventre est rétracté ; les muscles droits de l'abdomen forment sous la peau une corde tendue et saillante. La constipation persiste jusqu'au bout ; les vomissements sont fréquents, mais ne se prolongent pas jusqu'à la fin de la crise. La durée des accidents est de quatre à cinq jours en moyenne. L'étude des antécédents, l'existence des signes du saturnisme chronique finissent par lever les doutes.

Les *gastrites toxiques* se montrent dans des conditions spéciales, à la suite de l'ingestion d'un acide plus ou moins dilué ou d'une solution caustique. La région épigastrique est très douloureuse à la pression, les vomissements sont continus, muqueux et sanguinolents. Puis la fièvre s'allume. Quand le liquide virulent a été absorbé en grande quantité, l'estomac peut se perforer, et une péritonite suraiguë se déclare. L'examen de la bouche et de l'arrière-gorge ne laisse aucun doute sur l'absorption d'une substance caustique.

La *gastrite alcoolique*, surtout dans sa forme ulcéreuse, se

traduit par des douleurs et des vomissements alimentaires ou glaireux incessants. Elle s'accompagne des troubles généraux de l'intoxication alcoolique : rêves, cauchemars, anesthésie cutanée, picotements, fourmillements dans les extrémités, douleurs dans les masses musculaires, tremblement des lèvres et des mains. Elle a été précédée d'une longue période où les malades vomissaient à jeun, en descendant du lit, un liquide muqueux, filant, pituiteux.

Nous indiquons seulement la confusion possible avec l'*étranglement interne* et la *péritonite par perforation*. Dans le premier cas, le ballonnement du ventre, le caracère des vomissements, la gravité de l'état général; dans le deuxième, le frisson du début, la couleur des matières vomies qui sont bilieuses ou porracées, l'altération des traits, l'état fébrile, feront facilement éviter l'erreur.

Quand les vomissements dominent la scène et s'accompagnent de refroidissement des extrémités, de crampes, de cyanose, les crises gastriques peuvent être confondues avec un certain nombre d'affections dont nous signalerons les principales.

Certains *empoisonnements*, et en particulier l'empoisonnement par le *tartre stibié*, s'accompagnent de vomissements incessants, de diarrhée incoercible, de douleurs épigastriques, de crampes et d'algidité. Mais, dans ce cas, il existe des lésions de la bouche et des lèvres, des vomissements très douloureux teintés de sang. En temps d'épidémie cholérique, il sera bon de ne pas se laisser tromper par certaines anomalies des crises gastriques et de chercher avec soin, en cas de doute, l'existence des signes de la maladie causale.

L'*urémie gastrique* s'accompagne de céphalalgie gravative, de troubles oculaires, d'albuminurie. La douleur gastrique est en général peu marquée; les vomissements se font facilement sans efforts; ils sont abondants, de couleur verdâtre ou bien ressemblent à du bouillon sale. L'étude des antécédents, l'état du cœur et des artères, l'examen des urines feront reconnaître l'existence d'une altération rénale.

Quand les crises gastriques s'accompagnent de troubles cérébraux bien marqués, on a pu penser à une lésion matérielle des centres nerveux.

Les *tumeurs cérébrales* s'accompagnent parfois de vomissements muqueux, abondants, se produisant sans efforts. La douleur épigastrique est peu marquée. Il est rare qu'une tumeur cérébrale ne se manifeste pas par une céphalalgie bien localisée, opiniâtre, par des convulsions épileptiformes, de l'épilepsie jacksonnienne, des paralysies limitées des nerfs de la base du crâne. Le diagnostic sera rarement entouré de réelles difficultés. Il en est de même de la *compression lente de la moelle* avec pseudo-névralgies. L'examen de la colonne vertébrale lèvera tous les doutes.

Les *lésions du cervelet* (hémorragies, kystes, tumeurs) se traduisent parfois par des vomissements répétés, alimentaires ou muqueux. Ces vomissements sont abondants, se font avec la plus grande facilité et ne s'accompagnent pas de douleur gastrique. Les malades présentent une démarche spéciale (ébriété cérébelleuse de Duchenne), et se plaignent de céphalalgie violente, de vertiges, d'éblouissements.

Enfin, quand les crises gastriques douloureuses s'accompagnent d'hématémèse, on aura à faire le diagnostic avec l'ulcère rond et le cancer de l'estomac.

Remarquons d'abord que l'hématémèse se produit toujours au moment de la crise gastrique, jamais en dehors d'elle. Quand il s'agit d'une lésion organique de l'estomac, le vomissement sanglant survient souvent en dehors de toute douleur. Dans l'*ulcère rond*, la douleur a des paroxysmes, mais elle garde toujours ses caractères particuliers.

Ces paroxysmes surviennent d'une façon irrégulière, et ne sont pas séparés par des intervalles de calme absolu.

Dans le *cancer de l'estomac*, la douleur est chose très variable; elle est parfois très légère, c'est une sensation de pesanteur, de contriction, parfois elle est lancinante ou térébrante. Elle peut faire complètement défaut. Quand elle existe, elle ne disparaît jamais complètement : il persiste au creux épigastrique une douleur sourde et continue. Plus tard, l'apparition d'une tumeur, la cachexie spéciale, les thrombroses périphériques ne laisseront pas de place au doute. Enfin, l'examen chimique du suc gastrique pourra avoir son importance. On sait que, dans le plus grand nombre de cas, l'acide chlorhydrique libre fait défaut dans le cancer de l'estomac, tandis que dans les vomissements des crises gastriques, il y a souvent hyperchlorhydrie.

Tels sont les principaux caractères qui permettront de différencier la *crise gastrique en général* des diverses affections qui la peuvent susciter. Nous allons voir maintenant quelles modifications présente la crise elle-même, suivant la maladie qui l'a provoquée.

IV

CRISES GASTRIQUES DANS LES AFFECTIONS CÉRÉBRO-SPINALES

Un certain nombre d'affections cérébro-spinales peuvent s'accompagner, à un moment donné, de crises gastriques qui rentrent dans la définition que nous avons donnée de ces crises. La compression de la moelle cervicale, la sclérose en plaques, la paralysie générale, l'ataxie locomotrice peuvent offrir de pareils troubles dans le cours de leur évolution. Les douleurs gastriques, dans ces cas, sont presque toujours comparables à elles-mêmes, sauf quelques modifications sur lesquelles nous insisterons à propos de chaque cas particulier. Les crises du tabes sont les plus caractéristiques de ce groupe et servent de type ordinaire à la description. C'est par elles que nous allons commencer.

Crises gastriques du tabes. — Les crises *typiques* de l'ataxie locomotrice se montrent d'ordinaire subitement, sans prodromes. Tantôt il s'agit d'un tabétique avéré, et dans ce cas, les douleurs gastriques coïncident souvent avec une crise de douleurs fulgurantes, ou encore avec une crise viscérale ou rectale. Tantôt on a affaire à un malade indemne jusque-là de tout symptôme tabétique, ou chez qui les signes du tabes sont si peu marqués, qu'ils n'ont jamais attiré l'attention; on conçoit combien il est difficile alors de rapporter à leur vraie cause les phénomènes que l'on observe. Soudaineté, brusquerie du début, voilà un des principaux caractères de la crise. Puis, se montrent les douleurs et les vomissements, avec les particularités que nous leur avons assignées plus haut. Cependant, c'est dans l'ataxie que ces deux symptômes peuvent acquérir leur maximum : les malades comparent leurs douleurs à une plaie vive, à un fer rouge leur brûlant l'estomac; d'autres fois, c'est une sensation de déchirure intérieure, de morsure, de dilacération; et l'état du malade devient vraiment atroce, si, aux douleurs gastriques et thoraciques, se joignent des fulgurations dans la tête et dans les membres. Alors le malade pousse des cris de douleur, prend les positions les plus bizarres pour essayer de calmer ses souffrances; ses

traits s'altèrent, et il est en proie à une angoisse indicible. Ces douleurs excessives ne sont pas, en général, de longue durée; une période de calme relatif leur succède, puis, un nouvel accès se produit, jusqu'à ce que la crise soit définitivement apaisée.

Les vomissements ont les caractères que nous avons décrits plus haut; l'angoisse est d'autant plus pénible, que l'estomac contient moins de liquide; quand l'effort de vomir n'est pas suivi de l'expulsion de liquide, la douleur est à son maximum.

Étude chimique des vomissements. — L'étude chimique des vomissements, dans les crises gastriques du tabes, est encore peu avancée, et les observations sont peu nombreuses.

H. Sahli (1) a observé un ataxique présentant des crises gastriques à intervalles plus ou moins rapprochés. Les matières vomies étaient extrêmement acides, et, même quand le malade n'avait rien mangé depuis douze heures, on constatait dans les matières vomies une grande quantité d'acide chlorhydrique.

Boas est arrivé à un résultat semblable, mais a montré qu'il pouvait y avoir des exceptions (1889).

A. Robin donne la statistique suivante : sur sept ataxiques avec crises gastriques, six fois il a trouvé l'hyperchlorhydrie; une fois le suc gastrique était normal.

Plus récemment, M. Soupault (2), a étudié chez un malade tabétique, atteint de crises douloureuses avec vomissements, l'état du contenu gastrique. A la suite de l'exploration méthodique de l'estomac, il a constaté qu'il avait affaire à un cas d'hypersécrétion intermittente. Bien que le malade n'eût rien absorbé depuis plus de douze heures, la sonde ramenait environ 150 grammes d'un liquide extrêmement acide contenant : chlore total : 5,22; acide chlorhydrique, 2,30. « Faut-il regarder cette exagération du chimisme comme passagère, et la mettre sur le compte de l'irritation non encore dissipée des glandes gastriques, ou la considérer comme un état permanent, existant sous l'influence de la cause même qui engendre les crises gastriques? La seule manière de répondre à cette question serait de pratiquer l'examen du suc gastrique à une période plus éloignée » (Soupault).

Troubles trophiques. — Nous devons signaler ici les troubles trophiques qu'a décrits Duchenne (de Boulogne), et qui ont été étudiés depuis par Vulpian et Straus. Duchenne relate l'observation d'un ataxique qui, au moment des crises douloureuses, avait un resserrement de la pupille avec augmentation de la calorification de l'œil et congestion intense des conjonctives. Une malade de Vulpian avait une éruption de roséole à la racine des cuisses et sur le thorax, à l'approche de chaque crise gastrique. Ces troubles vasculaires se rapprochent de ceux que M. Straus a décrits sur les membres inférieurs des ataxiques en proie aux douleurs fulgurantes.

Les crises gastriques du tabes ont une durée variable; elles durent, en général, de un à trois jours, plus rarement de cinq à six; exceptionnellement elles dépassent une semaine. Elles cessent brusquement pour reparaître plus tard avec leurs caractères ordinaires, recommencer d'une façon soudaine et disparaître de même.

Elles peuvent se montrer à une période avancée de l'ataxie, alors qu'existe l'incoordination motrice; mais, c'est là un fait exceptionnel. D'ordinaire, elles apparaissent à la première période, à la période pré-ataxique, et coïncident souvent avec les fulgurations dans les membres inférieurs. Il n'est pas rare qu'à chaque manifestation douloureuse dans les membres, corresponde une crise gastrique; parfois, il y a alternance entre ces deux ordres de douleurs (Vulpian). Quelques observateurs ont noté la diminution et même la disparition des troubles gastriques, quand apparaît l'incoordination motrice.

Les crises gastriques coïncident souvent avec d'autres crises viscérales, rectales, vésicales, etc., mais on doit faire remarquer que certaines manifestations du tabes s'associent très souvent aux crises gastriques; nous voulons parler des arthropathies et des crises laryngées qui ne sont pas rares chez les malades que nous étudions. La coïncidence des arthropathies et des crises gastriques a été mise en lumière par Buzzard, qui donne la statistique suivante : sur 26 cas d'arthropathies, on notait 12 fois l'existence de crises gastriques, soit 48 p. 100. Y a-t-il réellement un rapport de cause à effet entre ces deux manifestations du tabes ou s'agit-il simplement d'une coïncidence ? Toutes les suppositions sont possibles, car nous ignorons aujourd'hui la cause de ces phénomènes.

Chez la femme, les douleurs sont parfois provoquées par l'approche de l'époque menstruelle, et dans quelques observations, chaque retour des règles est accompagné d'une crise plus ou moins violente.

La guérison est possible, les crises gastriques pouvant disparaître complètement au bout d'un temps variable; parfois les douleurs deviennent de plus en plus éloignées, à mesure que la maladie se prolonge; parfois, elles durent autant que le tabes.

Il n'est pas impossible que l'on meure d'une crise gastrique. C'est alors pendant la crise, au milieu des signes du collapsus, que la mort arrive. Parfois, c'est à l'intensité des troubles intestinaux que la terminaison fatale doit être attribuée. Faisons remarquer ici que l'intestin participe souvent à la souffrance de l'estomac. En dehors du ballonnement de l'intestin et des borborygmes, on observe quelquefois une diarrhée continue, muqueuse, bilieuse ou séreuse; alors les traits se tirent, les yeux s'excavent, les extrémités se refroidissent, le pouls est petit et précipité; des crampes musculaires, très douloureuses, se montrent aux extrémités (Vulpian). Tous ces signes peuvent simuler la période algide du choléra, et leur intensité est quelquefois telle qu'elle entraîne la mort (Vulpian).

Formes. — Nous venons de décrire longuement les crises typiques du tabes; il nous reste à parler des cas où certains symptômes sont tellement prédominants, qu'ils effacent le reste du tableau clinique, donnant lieu à des formes spéciales qui méritent une description à part. D'autres fois, quelques-uns des signes font absolument défaut et la crise se réduit, soit aux douleurs, soit aux vomissements seuls. Nous empruntons à Charcot la description des formes anormales les plus fréquentes.

Dans un certain nombre d'observations, les principaux caractères de la crise sont faciles à reconnaître, mais la douleur est tellement intense, qu'elle prime tout le reste.

(1) Hermann Sahli. Crises gastriques dans le tabes, *in Corresp. Bl. f. Schw. Ærtze*, mars 1885.

(2) Soupault. Hypersécrétion gastrique intermittente chez un ataxique, in *Rev. de méd.*, 1892.

Les malades se roulent dans leur lit, poussent des cris déchirants et cherchent en vain une position pour calmer l'acuité des phénomènes douloureux. Les vomissements sont continus et s'accompagnent de refroidissement des extrémités, de collapsus. On pense, dans ces cas, à un empoisonnement, à une crise de colique hépatique ou néphrétique.

Dans d'autres cas, les crises reviennent par périodes entre lesquelles l'estomac reprend ses fonctions normales, mais les vomissements font absolument défaut. La crise est composée par une série de douleurs épigastriques et scapulaires, parfois atroces, qui ne s'accompagnent d'aucune espèce de vomissements alimentaires ou muqueux. Cette forme est d'autant plus douloureuse, que l'estomac se contracte à vide, *à sec*, comme on a dit.

Un troisième groupe comprend les cas où la douleur fait défaut. La crise est alors constituée par une série de vomissements alimentaires ou muqueux, accompagnés de vertiges, de crampes et d'algidité (Vulpian, Fournier, Pitres). Ces vomissements reviennent avec une périodicité remarquable, et peuvent, pendant des mois et même des années, être la seule manifestation de la lésion spinale. On conçoit combien il doit être difficile, dans ces circonstances, de rapporter les phénomènes gastriques à leur vraie cause.

On a signalé des observations où les crises sont tellement rapprochées, qu'elles se reproduisent quotidiennement, en même temps que leur durée se raccourcit. Ces observations sont rares (Charcot). Il est plus fréquent de voir la crise gastrique se prolonger extraordinairement, durer quinze, vingt jours, un mois et même plus. Mais durant une aussi longue période, il existe des exacerbations et des périodes de calme relatif qui se reproduisent avec une certaine périodicité. On voit donc que, même dans les cas qui s'écartent de la règle commune, il est possible, en analysant de près les symptômes, de retrouver la plupart des signes que l'on décrit aux crises typiques de l'ataxie locomotrice.

M. Fournier a décrit, sous le nom de *forme flatulente*, des cas où les douleurs et les vomissements étant peu marqués, la production de gaz dans le tube digestif domine le tableau morbide. Il y a une flatulence excessive, l'abdomen est ballonné; des éructations spasmodiques, convulsives, avec émission de gaz inodores, se produisent sans relâche et peuvent même exister seules, en l'absence de tout autre phénomène digestif. Ces émissions gazeuses peuvent coïncider avec les fulgurations dans les membres, ou alterner avec elles; elles cessent brusquement.

Diagnostic. — Le diagnostic de la crise tabétique est facile quand tous les signes qui la constituent sont réunis : soudaineté du début, douleurs cardialgiques violentes, avec irradiations dans l'abdomen et le dos, vomissements incessants, alimentaires, muqueux ou bilieux, rarement sanglants; retour des accidents sous forme de crises. Quant à ces signes primordiaux se joignent quelques-uns des symptômes de la série tabétique, douleurs fulgurantes, signe d'Argyll-Robertson, paralysies oculaires, absence de réflexe rotulien, arthropathies, etc., le diagnostic s'impose.

Mais il n'en est pas toujours ainsi : toute affection à début brusque, accompagnée de douleurs épigastriques et de vomissements, peut induire en erreur.

Nous avons établi plus haut les principaux caractères qui permettent der econnaître la crise gastrique en général, et ce que nous avons dit alors s'applique aux crises du tabes. Nous n'insisterons ici que sur quelques points particuliers.

L'ataxie locomotrice se traduit parfois par des douleurs ressemblant beaucoup aux crises gastriques, et que M. Raynaud (1) a décrites sous le nom de *crises néphrétiques du tabes*. Il s'agissait de douleurs atroces, à caractère angoissant, ayant leur foyer principal dans la région lombaire gauche et dans la région épigastrique, avec irradiations dans l'épaule droite et dans les aines. Le testicule gauche était rétracté vers l'anneau. Des vomissements glaireux abondants se montrèrent. L'urine était très rare et albumineuse au début. Les douleurs durèrent six jours et furent suivies d'une série de crises analogues. Le malade présentait des signes non douteux de tabes. Ce tableau ressemble assez à celui que nous avons fait des crises gastriques; il y a cependant des points qui diffèrent et permettent d'asseoir le diagnostic : le siège de la douleur dans la région lombaire gauche, la rétraction du testicule, l'anurie. Le fait n'en est pas moins intéressant à signaler, et l'attention devra être portée de ce côté, quand on aura affaire à des douleurs viscérales dans le cours du tabes.

Dans les pays à malaria, quand il s'agit de formes accompagnées de collapsus et d'algidité, on a pu confondre les crises du tabes avec un accès de *fièvre pernicieuse algide*. Charcot rapporte l'histoire d'un ataxique obligé de voyager pour ses affaires, chez qui cette erreur avait été commise. Il lui conseilla d'avoir dans sa poche une pancarte où était écrit le vrai diagnostic, pour que les médecins fussent fixés dès l'abord sur son cas.

En somme, quel que soit le masque que revête la gastropathie tabétique, on pourra arriver à la déceler en tenant compte de ses signes spéciaux : soudaineté du début, vomissements et douleurs survenant, sous forme de crises, à intervalles assez réguliers; cessation brusque des accidents et retour immédiat à l'état normal, coïncidence de quelques signes de la série tabétique.

Crises gastriques de la sclérose en plaques. — La sclérose en plaques débute ordinairement par l'affaiblissement progressif des membres inférieurs; mais cette règle n'est pas absolue. Des phénomènes gastriques peuvent se montrer sous forme de crises et ouvrir la scène. Une des plus belles observations a été publiée par Liouville (2). Il s'agit d'une femme de vingt-cinq ans, chez laquelle les troubles digestifs se montrèrent deux ans avant le tremblement. Elle fut tourmentée de douleurs épigastriques, qui la firent souffrir pendant près de trois mois. Elle ne pouvait manger sans être prise de vomissements; les boissons aussi étaient rejetées. Le diagnostic porté fut : gastrite nerveuse. Ces phénomènes cessèrent complètement et cette femme put bientôt travailler de nouveau. Mais les crises gastriques se renouvelèrent plusieurs fois dans la suite et présentèrent toujours les mêmes caractères. La maladie fit des progrès continus, et enfin la malade succomba. L'autopsie démontra qu'il s'agissait d'une sclérose en plaques, avec envahissement des cordons postérieurs.

Crises gastriques de la paraplégie cervicale. — La paraplégie cervicale, causée par un mal de Pott sous-occipital,

(1) M. Raynaud. Crises néphrétiques dans l'ataxie locomotrice, In *Arch. gén. de méd.*, 1876.

(2) Liouville. Soc. de biol., 1870.

ou par une tumeur comprimant la moelle cervicale, peut se traduire, même dès le début, par des troubles gastriques ressemblant tout à fait à ceux du tabes : vomissements incoercibles et douleurs gastralgiques, avec irradiations. Vomissements et douleurs évoluent sous forme de crises, disparaissent brusquement pour reparaître plus tard, avec les mêmes caractères. Ces crises gastriques sont identiques à celles du tabes, mais les phénomènes concomitants du côté de la colonne vertébrale, la paralysie musculaire, les modifications oculo-pupillaires, la toux et la dyspnée, les troubles cardiaques permettent de les rapporter à leur véritable cause.

Crises gastriques de la paralysie générale. — Des crises analogues à celles de l'ataxie peuvent se montrer dans le cours de la paralysie générale. Brusquerie du début, cessation soudaine, douleurs cardialgiques, vomissements, tout le tableau symptomatique est reproduit. C'est d'ordinaire dans le cours de la maladie que se montre cette complication.

Cependant, M. A. Robin a publié une observation où la crise gastrique s'est montrée au début, comme signe révélateur de cette affection. Le malade avait été longtemps regardé comme un neurasthénique. Dans ce cas, le suc gastrique était très acide; il y avait 3gr08 d'acide chlorhydrique pour 1000, et pas d'acide lactique.

V

Crises gastriques névropathiques sans lésions connues

Crises gastriques de l'hystérie. — Les troubles gastriques sont multiples dans l'hystérie. Il existe parfois un sentiment de constriction épigastrique qui peut être suivi de la sensation de boule. L'estomac se contracte, mais le vomissement ne se produit pas. Parfois les matières alimentaires sont rejetées d'une manière irrégulière, sans cause appréciable, sans altération de la santé générale. L'examen de ces vomissements et du contenu gastrique y a montré la présence de l'acide chlorhydrique en excès.

Il existe, enfin, des vomissements qui se produisent sous forme de crises. Les douleurs épigastriques se montrent brusquement, et deviennent intolérables; l'estomac refuse absolument tout aliment solide ou liquide. Le ventre se ballonne, et des gaz sont expulsés par la bouche et par l'anus. Les accidents évoluent d'une façon continue pendant plusieurs jours, plusieurs semaines, puis cessent brusquement, et le tube digestif reprend ses fonctions normales. Ces accidents gastriques ont une marche différente suivant les cas : le plus souvent, la durée de la crise est passagère, les malades conservent leur fraîcheur et un certain degré d'embonpoint. On a vu d'autres fois les vomissements devenir incoercibles, la nutrition être insuffisante; et quand l'alimentation reste impossible pendant des mois, on a cité des cas où la mort s'en est suivie. Ces cas graves sont heureusement l'exception et le tableau clinique le plus commun est celui où les crises, de durée relativement courte, se reproduisent à intervalles plus ou moins réguliers.

Ces douleurs gastriques ressemblent à celles de l'ataxie locomotrice; on ne peut les différencier qu'en recherchant les stigmates hystériques chez les sujets qui en sont atteints. L'existence actuelle ou éloignée d'attaques convulsives, les troubles multiples de la sensibilité, les points hystérogènes, la production de contractures seront des points de repère précieux. On tiendra compte aussi du peu de retentissement du désordre gastrique sur la nutrition générale.

Signalons enfin, dans le cours de l'hystérie, l'existence possible de vomissements qui paraissent sous la dépendance de l'ischurie et de l'oligurie hystériques. Ces vomissements peuvent durer pendant des semaines et des mois et sont influencés par l'état de la sécrétion urinaire. Moins abondante est la quantité d'urine excrétée, plus nombreux sont les vomissements, et réciproquement. Gréhant a constaté dans ces cas la présence d'urée dans les matières vomies. Ces faits sont comparables à ceux décrits par Claude Bernard et Bareswill qui, à la suite de la ligature des uretères ou de l'ablation des reins, ont vu du carbonate d'ammoniaque ou de l'urée en nature s'éliminer par le tube digestif. Les vomissements qui sont liés à l'ischurie des hystériques ont un aspect trop spécial pour qu'on les confonde avec les crises que nous avons signalées plus haut.

Crises gastriques des neurasthéniques. — Il s'agit, en général, d'individus jeunes, de souche et de tempérament névropathiques, qui, brusquement, sont pris de douleurs épigastriques violentes et de céphalalgie. Les douleurs gastrique et céphalique évoluent en même temps, et atteignent parallèlement leur maximum d'acuité. Puis apparaissent des vomissements très acides qui sont indépendants de toute alimentation, la crise survenant souvent à jeun. Les matières vomies sont bilieuses ou muqueuses, parfois alimentaires, quand l'estomac était à l'état de réplétion. Douleurs et vomissements persistent pendant un temps variable, toujours très pénibles; enfin, après un dernier effort de vomissement, un soulagement rapide se produit, les phénomènes douloureux s'amendent progressivement, et disparaissent au bout de quelques heures; enfin arrive un sommeil réparateur. Au réveil tout est fini : l'appétit revient comme d'ordinaire, et le calme le plus complet continue jusqu'à ce qu'une nouvelle crise éclate, à un intervalle plus ou moins éloigné.

Ces troubles morbides surviennent sous l'influence d'émotions morales vives, de fatigue cérébrale prolongée, d'excès de travail. Ils paraissent relever d'une névrose générale à détermination gastrique prédominante (Mathieu).

Ces crises des neurasthéniques peuvent être facilement confondues avec les crises des migraineux qui s'accompagnent aussi de céphalalgie et de vomissements paroxystiques, et qui évoluent sur un fond d'arthritisme et de névrose. Mais, dans la migraine, la céphalalgie est le fait principal, dominant; le vomissement est secondaire; il y a des troubles de la sensibilité générale et spéciale qui ne font presque jamais défaut; la durée de la crise est en général moindre; enfin, tout traitement prophylactique est impuissant.

Étude chimique des vomissements. — L'étude chimique des vomissements chez les neurasthéniques est nouvelle et peu avancée; et nul doute qu'un certain nombre de faits publiés par Reichmann et Rossbach ne ressortissent à cette catégorie. La dyspepsie hyperchlorhydrique n'est pas une maladie, car elle n'a « ni caractéristique étiologique, ni caractéristique chimique, ni caractéristique clinique. Elle est un état chimique, un symptôme, mais qui ne peut pas

plus servir à désigner une maladie que le mot fièvre ou le mot toux par exemple » [A. Robin (1)].

L'hyperchlorhydrie peut se montrer dans les vomissements des neurasthéniques; et en fait, elle est assez fréquente. Il faut savoir cependant que la dyspepsie sans excès d'acide chlorhydrique n'est pas exceptionnelle chez eux. M. Hayem signale des cas où, malgré l'exagération des chlorures, il n'y a pas excès d'acide chlorhydrique. Bien plus, les vomissements peuvent être alcalins, quand ils contiennent une quantité de bile considérable. Quand il y a hyperchlorhydrie, l'acidité du liquide varie de 2 à 3 grammes p. 1 000. Rarement le chiffre de 3 p. 1 000 est dépassé (Mathieu). La quantité d'acide chlorhydrique libre peut atteindre 2,30 p. 1 000 et même davantage (Hayem et Winter, Mathieu).

Crises gastriques dans la luxation du rein. — Le rein mobile se montre, en général, chez des névropathiques. Il s'accompagne parfois de coliques atroces comparables aux accès les plus pénibles de la colique hépatique ou néphrétique. Les douleurs occupent l'épigastre et les hypocondres et s'accompagnent de vomissements incessants. Les exacerbations douloureuses se produisent surtout chez la femme à l'époque des règles. L'exploration de la cavité abdominale et de la fosse lombaire, l'existence d'une tumeur lisse, arrondie, mobile, dans l'abdomen, font porter le diagnostic de luxation rénale et permettent de rapporter les crises douloureuses à leur véritable cause.

Crises gastriques essentielles. — La description première de ces crises est due à Leyden; il rapporte l'histoire de malades présentant des douleurs gastriques sous forme d'accès, revenant à intervalles plus ou moins éloignés et ne reconnaissant pas pour cause une lésion spinale. Il regarde ces vomissements comme des phénomènes nerveux dus à une simple névrose. Mais Charcot a critiqué les observations rapportées par Leyden et a trouvé, dans quelques-unes d'entre elles, des symptômes qu'il regarde comme appartenant au tabes. Ces observations ne seraient donc pas concluantes.

Il paraît cependant que ces crises essentielles peuvent exister. Nous rappelons l'observation de M. Debove, qui peut passer pour un type du genre. Il s'agit d'un homme âgé de cinquante-six ans, bien portant jusqu'au mois de juillet 1880. Il reçoit à cette époque un traumatisme sur le tronc, perd connaissance, et reste vingt-quatre heures dans cet état. Les forces ont diminué depuis, et tout travail pénible lui est impossible. Cet accident est regardé par le malade comme la cause des accidents qu'il ressent aujourd'hui. Les crises reviennent tous les trois ou quatre mois, et débutent par une douleur siégeant au niveau du pylore, avec irradiations entre les épaules. Cette douleur est vraiment atroce, arrache des cris au patient qui se tord sur son lit. Elle est accompagnée de vomissements alimentaires, bilieux et muqueux, vomissements qui sont réveillés par l'ingestion de la moindre quantité de liquide. Ces crises durent de deux à six jours, puis les fonctions de l'estomac redeviennent à peu près normales. Il est impossible de ne pas reconnaître l'analogie de ces crises avec celles du tabes. Mais le malade ne présente aucun symptôme d'ataxie; ses réflexes tendineux sont intacts. Cependant, Charcot, citant cette observation, fait remarquer qu'il n'est pas absolument impossible que, même dans ce cas, on n'ait pas affaire à de l'ataxie. Les douleurs gastriques peuvent précéder, pendant plusieurs années, les autres signes de la série tabétique; et bien que le malade de M. Debove présente ces accès depuis six ans, il peut se faire que d'autres signes ataxiques se montrent plus tard.

Quoi qu'il en soit, nous abritant derrière l'autorité de M. le professeur Debove, nous avons maintenu à cette place les crises gastriques non tabétiques, les crises essentielles.

(1) A. Robin. Formes aiguës de l'hypersthénie gastrique, in *Bull. méd.*, 26 févr. 1893.

VI

Indications pronostiques et thérapeutiques

Le *pronostic* des crises gastriques douloureuses varie comme la cause qui leur a donné naissance.

Les crises douloureuses du tabes ne dictent pas par elles-mêmes un pronostic. Survenant souvent à la période préataxique, elles annoncent l'évolution d'une maladie très longue; et, lorsqu'elles existent seules avec tous leurs caractères, elles permettent de dépister la lésion spinale. Elles ne paraissent avoir aucune influence sur la marche ultérieure de l'ataxie, et nous savons qu'il n'est pas rare de les voir s'atténuer ou disparaître à mesure que la maladie causale s'aggrave.

Considérées en elles-mêmes, on doit les regarder comme une complication fâcheuse. L'intensité des douleurs, la fréquence des vomissements fatiguent le malade et l'empêchent de se livrer à tout travail. Quand elles se reproduisent fréquemment, elles entravent la nutrition, et entraînent une émaciation rapide du sujet. Nous rappelons enfin qu'elles peuvent entraîner directement la mort, par suite du collapsus qui apparaît parfois au moment du paroxysme douloureux. Ces indications pronostiques peuvent s'appliquer aux douleurs gastriques qui se montrent dans le cours des maladies spinales.

Le pronostic est moins sombre dans les crises gastriques essentielles et dans les crises gastriques des névroses; outre qu'elles sont rares, leur intensité et leur durée sont d'ordinaire moins accusées. Elles se montrent à intervalles plus éloignés, et disparaissent d'ordinaire sans laisser de traces.

Chez les hyperchlorhydriques, le tableau s'assombrit. Le mal a, chez eux, une évolution chronique et une durée indéterminée. Il est des malheureux qui sont tourmentés par leur estomac durant toute leur existence. M. Mathieu (1) cite le cas d'une femme hyperchlorhydrique dont la dyspepsie a commencé en 1848, et qui n'a cessé de souffrir depuis cette époque.

Le pronostic, quel que soit le cas, sera toujours réservé.

La *thérapeutique* des crises gastriques a ses indications causales. Mais une règle s'impose dans tous les cas, c'est de calmer la douleur. Les injections sous-cutanées de morphine sont ici absolument indiquées; et la dose doit être poussée jusqu'à ce que les phénomènes douloureux aient disparu ou soient devenus supportables. La tolérance pour la morphine est remarquable dans ces cas, et l'on pourra injecter 2, 3, 4 centigrammes, et même davantage, si cela est nécessaire. L'atténuation de la douleur peut et doit être obtenue; c'est une question de dose qui varie avec les

(1) A. Mathieu. In *Traité de médecine*, 1892, art. Dyspepsie.

sujets et qui veut être appréciée. Les compresses chloroformées sur l'épigastre, les pulvérisations d'éther sur le rachis pourront être des adjuvants utiles. M. Germain Sée recommande, contre les douleurs gastriques, l'extrait de cannabis indica à la dose de 5 centigrammes en 5 prises. Mais ce médicament, qui a un effet sédatif très marqué, doit être employé avec beaucoup de circonspection, étant donné ses effets toxiques.

Dans le tabes, il faut se garder de faire ingérer aucun liquide au malade; tout ce qui arrive dans l'estomac augmente la douleur et les vomissements. Dans les névroses, on pourra avoir recours à la glace à l'intérieur, par petits fragments. Dans l'hyperchlorhydrie, on instituera un régime dans l'intervalle des crises. Les mets épicés ou excitants, les boissons alcooliques seront absolument proscrits, et le régime lacté donnera parfois d'excellents résultats. La médication alcaline, sous forme de bicarbonate de soude ou d'eaux minérales naturelles, trouvera ici un emploi logique. Pendant les crises, en dehors des injections de morphine, on donnera à l'intérieur l'eau chloroformée (Lasègue) ou le chlorhydrate de cocaïne à la dose de 2 à 5 centigrammes.

Enfin, surtout chez les hyperchlorhydriques, il faudra s'appliquer à traiter l'état général, à régulariser les fonctions du système nerveux. L'hydrothérapie sous toutes ses formes, douches froides en pluie ou en jet, douches écossaises, lotions froides, sera de la plus grande utilité.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 janvier 1894. — Présidence de M. PERIER.

RAPPORT

Opération du glaucome. — M. DELENS fait un rapport sur une nouvelle opération proposée par M. Nicati pour le traitement du glaucome. Il fait connaître, en détails, le manuel opératoire auquel a eu recours M. Nicati dans un certain nombre de cas et qui lui a rendu de réels services.

DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN PAR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE

M. SEGOND, après avoir rappelé le travail de M. Quénu (voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1395), vient communiquer à son tour le résultat de son expérience sur ce sujet.

Au point de vue des indications générales, M. Segond souscrit à l'opinion émise par M. Quénu et il estime que sa manière de voir, à ce sujet, est conforme à l'opinion généralement admise par les chirurgiens. Il est admis, en effet, que les causes du prolapsus utérin peuvent être très diverses, selon qu'elles résident dans l'appareil de soutènement, dans l'appareil de suspension ou dans l'utérus lui-même, et qu'à chacune de ces causes répondent des opérations diverses, telles que la colporraphie, l'hystéropexie, l'opération de Huguier et l'hystérectomie vaginale totale. Il va sans dire que, dans bien des cas, le prolapsus utérin se complique de lésions utérines ou annexielles dont il faut tenir le plus grand compte, au point de vue des indications opératoires.

M. Segond étudie tout d'abord quelles peuvent être les indications de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. La première considération dont il faut tenir compte, c'est, ainsi que l'a très justement dit M. Quénu, l'âge de la femme. Il faut qu'elle ait dépassé l'âge des ambitions qu'elle peut avoir relativement à la procréation. C'est là une règle primordiale qui souffre cependant deux exceptions, dont l'une réside dans l'état néoplasique de l'organe, qu'il s'agisse de fibrome ou de cancer, et l'autre, dans l'existence de lésions annexielles. Dans ces cas, il faudrait, pour le prolapsus, faire l'hystéropexie, puis l'ablation des annexes; mieux vaut, tout de suite, recourir à l'hystérectomie vaginale. Quoi qu'il en soit, l'âge de la malade reste une indication primordiale. Enfin, il est des cas où il faudrait à la fois opérer sur le périnée, sur le col et sur l'appareil de suspension. Dans ces cas, encore mieux vaut pratiquer d'emblée l'hystérectomie vaginale.

M. Segond relate trois cas de prolapsus utérin dans lesquels il a pratiqué l'hystérectomie. Dans le premier de ces cas, il s'agissait d'un utérus prolabé et porteur d'un fibrome gros comme le poing. M. Segond fit l'hystérectomie. Jusqu'ici cette malade n'a plus souffert et se porte très bien. Dans deux autres cas, il s'agissait d'un prolapsus utérin avec lésion des annexes. M. Segond a fait l'extirpation de l'utérus. Dans ces trois cas, d'ailleurs, l'utérus mesurait de 15 à 18 centimètres. Des deux dernières opérées, l'une, revue quatre mois après, n'offrait rien de particulier, sauf un peu de cystocèle. L'autre a succombé à une pleuropneumonie. Une troisième présente de nouveau un léger degré de cystocèle.

Quant au procédé opératoire décrit par M. Quénu, M. Segond ne l'a pas vu employer par M. Quénu ; il n'y a pas eu recours lui-même; il ne saurait donc porter sur lui un jugement définitif. Aussi ne présentera-t-il à ce sujet que quelques réflexions. M. Quénu, dans son procédé, condamne l'usage des pinces, qu'il qualifie de déplorable parce qu'il peut amener de la suppuration. M. Segond a fait un nombre considérable d'hystérectomies vaginales avec les pinces, en particulier pour des utérus atteints de gros fibromes, dont l'ablation laissait après elle une énorme ouverture par laquelle il semblait que dussent passer tous les intestins. Or, il n'a jamais vu un seul cas de hernie vaginale. Il se fait, après ces hystérectomies, une masse cicatricielle, parfaitement rétractile et solide. Quoi qu'il en soit, M. Segond est tout disposé à recourir, à l'occasion, à l'opération proposée par M. Quénu.

M. RICHELOT croit devoir apporter quelques réserves aux assertions émises par M. Quénu. La première hystérectomie vaginale, pratiquée par M. Richelot pour prolapsus utérin, date de 1886. Il dut faire postérieurement une anaplastie vaginale. En 1888, il avait fait une colporraphie à une femme pour un prolapsus datant de vingt-deux ans. Quelques mois après, cette femme se trouva atteinte de fibromes hémorragiques et douloureux pour lesquels M. Richelot pratiqua l'hystérectomie vaginale. Il y eut, peu de temps après, récidive du prolapsus; il fut fait une nouvelle colporraphie qui, cette fois, donna de bons résultats définitifs.

En résumé, M. Richelot a pratiqué 6 fois l'hystérectomie vaginale dans des cas de prolapsus utérin, dont 2 avec lésions annexielles et 4 avec fibromes. De sa pratique personnelle, il croit pouvoir conclure que l'hystérectomie vaginale seule ne saurait réussir dans les cas de prolapsus.

Il considère comme illusoires les procédés ayant pour but d'accrocher le vagin par une suture quelconque. Il craint que la sangle formée par M. Quénu, avec les ligaments larges, dans son procédé, ne soit pas toujours d'une parfaite solidité, les ligaments larges n'étant pas des lambeaux autoplastiques. En outre, il ne lui paraît pas aussi nécessaire, que semble le désirer M. Quénu, de s'appliquer à supprimer les pinces pour éviter toute suppuration et obtenir cette sangle anaplastique.

M. Richelot rapporte, à ce sujet, l'observation d'une malade atteinte de cancer du col utérin chez laquelle il fit l'hystérectomie vaginale. Cette malade mourut et, à l'autopsie, M. Richelot put constater qu'il y avait une fusion complète entre ce qui restait des ligaments larges et la suture vaginale; et pourtant cette sangle ne suffit pas pour empêcher la récidive du prolapsus.

Il est bien évident que, s'il existe, en même temps que le prolapsus, des lésions annexielles ou des fibromes, l'hystérectomie vaginale est formellement indiquée. Mais si l'on n'envisage que le prolapsus, en enlevant l'utérus, on ne fait rien de plus qu'en recourant à tout autre traitement du prolapsus. Il faut toujours en

venir à la colporraphie et M. Richelot ne comprend pas l'hystérectomie vaginale, comme moyen de traitement du prolapsus, sans colporraphie consécutive.

M. CHAMPIONNIÈRE trouve que, plus on a tenté d'opérations pour guérir le prolapsus, plus on devient sceptique. En effet, quel que soit le procédé auquel on ait recours, on voit presque toujours la récidive réapparaître. En matière de prolapsus utérin tous les procédés réussissent et tous échouent. M. Championnière a commencé par avoir recours à l'opération de Sims. Il n'en a pas obtenu de trop mauvais résultats. Une de ses malades, opérée par ce procédé en 1875, est encore actuellement guérie.

Après le procédé de Sims, il employa celui de Le Fort qui, également dans quelques cas, lui a donné de bons résultats. Il passa ensuite à la fixation abdominale qu'il a été l'un des premiers à pratiquer, et il en a obtenu d'assez heureux résultats, mais il a vu aussi se produire des récidives du prolapsus, alors même que l'utérus restait fixé à l'abdomen. La colporraphie n'a jamais complètement satisfait M. Championnière. Quant à l'hystérectomie, elle lui a donné de bons résultats, mais il lui a semblé qu'en raison même de la lâcheté des tissus, cette opération pour prolapsus n'était pas aussi facile, ni aussi bénigne qu'on a bien voulu le dire. Ici, les malades qu'on opère dans ces conditions lui ont paru plus exposées aux hémorragies.

Enfin, M. Championnière se trouve d'accord avec M. Richelot et il pense, comme lui, que l'hystérectomie vaginale ne mettra pas plus à l'abri, que les autres opérations, des récidives du prolapsus et surtout que celui-ci ne guérira jamais par l'hystérectomie seule.

PRÉSENTATION DE MALADE

Péritonite aiguë, laparotomie. — **M. TUFFIER** présente un malade qu'il a traité et guéri d'une péritonite aiguë par la laparotomie.

Résection des mâchoires. — **M. MOTY** présente deux malades auxquels il a fait la résection de la moitié droite du maxillaire inférieur.

La séance est levée.

CONGRÈS DE BUDAPEST

Monsieur le Rédacteur en chef,

Je vous serai fort reconnaissant de bien vouloir faire insérer l'entrefilet suivant, dans le plus prochain numéro de votre estimable journal :

On sait que le VIIIe Congrès international d'hygiène et de démographie sera tenu, cette année, dans la ville de Budapest. Dans sa dernière séance, le comité exécutif de cette assemblée scientifique a arrêté les dispositions ci-après, relativement au programme des travaux du Congrès :

La soirée de réception aura lieu le 1er septembre 1894; le lendemain, 2 septembre, ouverture de l'assemblée; les 3, 4, 5, 7 et 8 septembre, séances des sections; le 9 septembre, clôture du Congrès.

Le 6 septembre a été réservé pour quelques petites excursions à une courte distance de Budapest.

Le programme scientifique, contenant l'indication détaillée des questions, a été déjà expédié. Dès aujourd'hui, le succès du Congrès peut être considéré comme assuré, vu que, depuis l'envoi dudit programme, un nombre très considérable des spécialistes les plus éminents de l'étranger ont annoncé leur participation à la réunion.

On s'occupe aussi avec activité à préparer une exposition d'hygiène, qui sera une sorte d'annexe du Congrès. Elle se distinguera de toutes les expositions similaires ouvertes jusqu'à ce jour, en ce qu'elle ne sera point une exhibition industrielle, mais présentera un ensemble d'objets servant à l'illustration et à l'étude des questions portées sur le programme scientifique et faisant l'objet des travaux de l'assemblée.

Parmi les délibérations les plus importantes et intéressantes, celle relative à la diphtérie remplira la séance du 4 septembre. On sait que c'est en vertu d'une résolution prise au Congrès de Londres, que le Congrès de Budapest s'occupe de cette question si considérable. Le comité exécutif l'a fait préparer sur les bases les plus larges et vraiment internationales. Dans chaque pays, une Commission spéciale s'en sera occupée à fond et aura rédigé des conclusions, lesquelles constitueront les bases des délibérations d'une séance commune des sections de bactériologie, de prophylaxie et d'hygiène infantile. Les Commissions spéciales formées dans les différents pays sont :

En France, par le docteur Roux (Paris); en Belgique, par le docteur Ed. Tordeus (Bruxelles); en Italie, par M. L. Pagliani (Rome); en Russie, par le professeur Nicolas Filatow (Moscou); en Roumanie, par le professeur D. Sergiu (Bukarest); en Serbie, par le docteur Paul Skteics, physicien en chef (Belgrade); en Angleterre, par le docteur Ed. Seaton (Londres); en Autriche, par le professeur Widerhofer (Vienne); en Hongrie, par le docteur C. Chyzer (Budapest); en Bavière, par le professeur H. Ranke (Munich); en Allemagne, par le professeur Fr. Löffler (Greifswald); en Suède, par le professeur E. Almquist (Stockholm); en Suisse, par le docteur Ed. Hagenbach-Burkhardt (Bâle); en Espagne, par le docteur Francis Criado y Aguilar (Madrid); en Danemark, par le professeur S. F. Sorensen (Copenhague); en Norvège, par le professeur Axel Johanessen (Christiania); dans les États-Unis d'Amérique, par le professeur Billings (New-York).

L'excursion, qui aura lieu après le Congrès à Constantinople, sera d'autant plus intéressante que l'on s'arrêtera en route à Belgrade, dont les autorités ont déjà adressé une invitation au comité exécutif.

Dr COLOMAN MULLER,
Secrétaire général du Congrès.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 1er janvier 1894, ont été désignés :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Génin, pour le 155e d'infanterie; Kraus, pour le 9e dragons.

— Par arrêté ministériel, en date du 3 janvier 1894, un concours s'ouvrira le 9 juillet 1894, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de plein exercice de médecine et de pharmacie de Nantes.

— M. le professeur Lannelongue reprendra le 10 janvier, à l'hôpital Trousseau, ses cliniques du mercredi sur la chirurgie infantile, et les continuera les mercredis suivants à neuf heures.

— Le nom de notre très regretté confrère le docteur Blanche vient d'être donné à la rue des Fontis.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delaveau (de la Varenne Saint-Hilaire); Le Guillou, embarqué sur la « Zélée » lors du voyage autour du monde de Dumont d'Urville; Strohl, ancien professeur à la Faculté de médecine de Strasbourg.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 4. — MARDI 9 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 9 JANVIER 1894. — N° 4.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 8 janvier 1894.

Le « Journal officiel » du 7 janvier 1894 publie deux arrêtés, l'un relatif au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, l'autre fixant les programmes pour l'obtention de ce nouveau certificat d'études.

ASILE DE NANTERRE. — M. SAPELIER.

Des désordres produits par l'hypertrophie de la quatrième amygdale (amygdale de la langue) chez une hystérique.

Par M. R. VILLECOURT, interne du service.

Nous savons que l'amygdale de la langue est formée de follicules isolés ou groupés situés à la partie postérieure du dos de la langue, entre les papilles caliciformes et l'épiglotte, s'étendant transversalement d'une amygdale à l'autre.

Cette amygdale peut, comme ses voisines, être le siège d'une inflammation aiguë, subaiguë ou chronique avec hypertrophie.

A l'examen laryngoscopique cette hypertrophie peut prendre différents aspects : quelquefois la muqueuse paraît plus épaisse et présente des différences de coloration en raison même de l'acuité de la lésion, d'autres fois on voit apparaître au-devant de l'épiglotte, refoulant cet organe en arrière, de petites masses framboisées et mamelonnées; assez souvent toute la région est hypertrophiée et l'on constate, à l'examen digital, de nombreuses granulations renflées, quelquefois pédiculées, siégeant au pourtour de l'épiglotte.

Les lésions anatomiques de l'hypertrophie de l'amygdale linguale ne diffèrent pas de celles des amygdales; seuls les follicules clos, agglomérés dans le tissu lamineux, paraissent être en plus grande quantité, tout en étant plus volumineux et boursouflés.

Ces hypertrophies sont très fréquentes et passent souvent inaperçues en raison de la bénignité de l'affection. Toutefois, l'observation qui suit contient l'exposé de phénomènes particuliers qui valent la peine d'être cités et que nous nous faisons un plaisir de publier.

La nommée Ernestine C..., trente ans, célibataire, journalière, hystérique depuis l'âge de seize ans, en traitement à la salle 28, lit 4, depuis le mois d'avril 1893.

Antécédents héréditaires. — Son père, alcoolique avéré, est mort à l'âge de quarante-huit ans d'une pneumonie du sommet. Sa mère vit encore et a soixante et un ans. Deux sœurs mortes en bas âge, l'une de méningite tuberculeuse, l'autre de diarrhée infantile.

Antécédents personnels. — De douze à quinze ans, elle était très impressionnable, peureuse et timide; à seize ans, au moment de l'apparition de ses règles, elle fut prise subitement de crises hystériformes qui duraient près d'une heure. A partir de cette époque les crises revinrent périodiquement environ tous les mois.

A dater de l'âge de vingt ans, elles furent plus fréquentes, environ une fois par semaine, nous déclare la malade.

Histoire de la maladie. — Le vendredi soir 8 septembre, je fus appelé auprès de cette femme, qui, au dire de la surveillante, avait été prise presque subitement de dyspnée avec suffocation. Ne pouvant l'interroger et ne trouvant rien à l'auscultation, je lui prescrivis des injections hypodermiques d'éther et des sinapismes. Le lendemain matin, je la trouvais à peu près dans le même état, la face était violacée, le pouls petit et irrégulier, tirage sous-sternal, dyspnée inspiratoire intense. La malade accusait une douleur assez vive au niveau de la grande corne droite de l'os hyoïde, douleur irradiant du côté de l'oreille du même côté en occasionnant des bourdonnements; de plus, elle raconta que son bras droit lui paraissait plus lourd qu'à l'habitude. En effet, les mouvements de ce membre étaient atténués, la sensibilité cutanée retardée, les contractions électriques diminuées. Rien du côté de la vision. La parole était enrouée et saccadée; elle éprouvait la sensation d'un corps étranger dans la gorge; il lui semblait sentir des corps ronds comme des billes; une salive visqueuse s'écoulait presque constamment et provoquait de nombreux mouvements de déglutition qui eux-mêmes étaient très pénibles.

La palpation et l'auscultation des poumons ne nous révèlent l'existence d'aucun signe pathognomonique; le cœur fonctionne bien; l'examen de la cavité buccale reste négatif; les urines sont normales.

L'idée nous vint qu'une lésion laryngienne pouvait bien être la cause de ce trouble. Le toucher de la cavité rétro-pharyngienne nous fit de suite sentir, au niveau de la base de l'épiglotte, plusieurs petits corps mous, humides, glissant sous le doigt et ayant la grosseur d'un pois.

L'examen laryngoscopique, pratiqué de suite, nous montre à la partie postérieure du dos de la langue une muqueuse rouge et granuleuse; à droite et à gauche, on voit distinctement une

petite grosseur du volume d'un haricot, à l'aspect tuméfié et framboisé, plus grosse à droite qu'à gauche. Autour de ces deux tumeurs, on aperçoit des granulations nombreuses de grosseur variable, depuis celle du grain de chènevis jusqu'à celle du grain de millet et s'étendant jusqu'au niveau de la partie inférieure de l'épiglotte. Cet examen terminé, on posa d'emblée le diagnostic « hypertrophie de la quatrième amygdale ».

Une bonne cautérisation au perchlorure de fer fut pratiquée séance tenante et l'on prescrivit un gargarisme émollient et le régime lacté exclusif.

Le lendemain matin, les symptômes énoncés ci-dessus avaient un peu diminué d'intensité, une nouvelle application de perchlorure de fer fut faite à la visite et le même traitement fut maintenu.

Le troisième jour de cette médication, le mieux était très sensible, la voix était revenue, les mouvements de déglutition plus faciles, la sialorrhée et la dyspnée avaient disparu, seules les douleurs avaient persisté, mais avaient notablement diminué.

Le huitième jour de ce traitement, tous les phénomènes avaient disparu, les lésions hypertrophiques constatées n'étaient plus visibles au laryngoscope, la motilité et la sensibilité brachiales étaient revenues.

La malade, que nous avons encore dans le service, ne s'est jamais ressentie de rien, il n'est resté qu'un peu de sensibilité rétro-pharyngienne, sensibilité qui se fait plus particulièrement sentir au moment du passage du bol alimentaire.

Le cortège des symptômes, relatés dans cette observation, diffère beaucoup de la symptomatologie ordinaire de l'hypertrophie de la tonsille linguale. La sensation de corps étrangers à la gorge (cheveu, fil, boule) provoquant un besoin fréquent d'avaler, mouvement de déglutition à vide, les douleurs du côté de la trompe d'Eustache et de l'oreille, les troubles de la voix, la sensation d'étranglement ainsi que la suffocation sont habituels dans cette affection, mais ce qui nous a paru particulièrement intéressant, c'est la parésie concomitante intéressant le membre supérieur droit.

Il nous est difficile de pouvoir expliquer l'action même réflexe que pourrait jouer une hypertrophie amygdalienne quelconque sur la sensibilité et la motilité d'un membre. Nous sommes obligé, malgré tout, d'écarter l'hystérie de cet exposé, puisque la destruction de la lésion a fait disparaître de suite les symptômes nerveux. Nous n'avons pas connaissance, en France, d'observation de ce genre et seul Siefert (1) a rapporté une observation analogue d'un jeune homme atteint d'hypertrophie de la quatrième amygdale qui avait de la céphalalgie et des fourmillements dans les mains.

HOTEL-DIEU DE NANTES

Relation de trois cas de béribéri (2).

Par le docteur E. Kirchberg,

Médecin en chef des hôpitaux de Nantes, ancien professeur à l'École de médecine de cette ville.

III

Il est maintenant admis par tous les observateurs qui ont étudié le scorbut et le béribéri, que la cause première de ces maladies réside dans une alimentation défectueuse, aidée par des circonstances adjuvantes fâcheuses, comme l'encombrement, le froid humide pour le scorbut, la chaleur pour le béribéri, les privations de toutes sortes.

Un fait frappe l'attention dans l'étude de la maladie qui a atteint les marins du *Jonas-Lie*, c'est que la santé de ces hommes ne s'altère qu'une dizaine de jours après avoir quitté le Moule. Or, pendant la station du navire dans ce port, on n'avait fait usage que de vivres frais.

Pourquoi donc la maladie éclate-t-elle quelques jours après que le navire est parti du Moule ?

Le capitaine nous apprend qu'une quinzaine de jours avant de quitter le Moule, les hommes avaient eu la fièvre. Cette fièvre n'était-elle pas un avant-coureur du béribéri ? Mais le sulfate de quinine en a triomphé rapidement. Or, le sulfate de quinine n'arrête en rien la marche du béribéri. Cette fièvre, qui n'a pas duré et a cédé à l'antipériodique, doit donc être rapportée au paludisme, si commun dans les Antilles.

Ce n'est donc pas au Moule qu'a commencé le béribéri, c'est en pleine mer, une dizaine de jours après le départ du navire.

Ici je me permets une hypothèse. Ces vieilles conserves qui ont été portées de Chicago à Marseille, puis de Marseille en Norvège, de Norvège à la Guadeloupe où l'on avait abandonné leur usage pour manger des vivres frais, et dont on avait repris la consommation en quittant le Moule, s'étaient altérées dans le climat brûlant des Antilles, elles s'étaient tellement altérées, que nous avons vu le capitaine en faire jeter une trentaine de boîtes à la mer ; c'est au moment de cette altération, dans notre pensée, que des toxines se seraient développées dans ces substances alimentaires et que l'empoisonnement se serait manifesté parmi les marins.

On a dit, et le fait est certain, que le béribéri frappe surtout les hommes anémiés, fatigués par des privations, les hommes de race colorée : les Indiens, les nègres ; rien de plus vrai d'après tous les habiles médecins de la marine qui ont pu observer le fléau sur une large échelle.

Mais il résulte aussi des observations de médecins sagaces et distingués, que les constitutions les plus fortes, les plus belles, sont cruellement et quelquefois les premières atteintes par la maladie. C'est ce que nous avons noté. Nos malades sont des hommes du Nord. L... et S... sont de forts jeunes gens, ayant joui jusqu'alors d'une bonne santé. Il arrive donc quelquefois d'observer, à propos du béribéri, ce que l'on voit pour la fièvre jaune et la fièvre typhoïde, que les constitutions fortes ne sont pas épargnées, et qu'elles sont parfois attaquées avec une violence proportionnelle à leur beauté.

Nous avons à noter dans cette relation de la maladie qui a frappé l'équipage du *Jonas-Lie*, le capitaine comme les matelots, que le mousse, âgé de quinze ans, a été complètement respecté par le béribéri. Cette immunité des enfants, pour la maladie que nous étudions, a été signalée par les médecins de la marine.

En face des symptômes que nous avions sous les yeux, quelle conduite devions-nous tenir, quelle thérapeutique adopter ?

Occupons-nous d'abord de L..., le malade du n° 3.

Il avait, nous l'avons dit, un béribéri à forme hydropique, mais il avait aussi une pneumonie du côté droit.

Un des dangers du béribéri, au dire de tous les médecins qui ont eu l'occasion de souvent l'observer, est l'asphyxie, asphyxie qui peut avoir lieu rapidement par le fait de la

(1) Siefert. *Berl. klin. Wochens.*, 1887.

(2) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 3.

diffusion séreuse qui se produit dans le parenchyme pulmonaire. Or, il y avait ici, non seulement œdème pulmonaire, mais broncho-pneumonie caractérisée par les crachats rouillés visqueux; j'insiste sur l'expectoration, car les râles sous-crépitants, la matité que nous constations auraient pu être rapportés à un simple œdème pulmonaire. Il y avait donc double danger d'asphyxie, danger par le fait de la pneumonie, danger tenant à l'œdème.

Ma conduite était toute tracée, il fallait d'abord combattre la pneumonie.

Je l'attaquai avec une potion à la digitale kermétisée, avec un vésicatoire sur le thorax, j'administrai une tisane de lactose et du lait pour aliment.

J'eus recours à la digitale pour ralentir l'afflux du sang au poumon et augmenter les urines; au kermès pour débarrasser les petites bronches et les alvéoles des matières muco-sanguinolentes qui gênaient l'hématose, et pour établir une légère dérivation sur le tube intestinal. La prescription du lactose s'explique tout naturellement, l'anasarque du malade imposait une diurèse considérable.

L'état fébrile, l'inappétence et encore l'anasarque, indiquaient le lait comme moyen de soutenir les forces.

Quelques jours après, l'apparition d'épistaxis me décida à remplacer la première potion par une autre à l'ergotine, au quinquina et à la digitale, à prescrire des ventouses sèches sur les parois du thorax.

Le 6 mai, le malade eut une recrudescence dans les accidents pulmonaires. Je revins à la première potion, et prescrivis un nouveau vésicatoire sur le thorax.

Cette prescription de deux vésicatoires chez un malade atteint de béribéri à forme hydropique, pourrait soulever des critiques. N'était-ce pas exposer L... à une gangrène à l'emplacement des vésicatoires? J'avoue n'avoir pas redouté un seul instant ce danger, d'abord parce que les urines n'étaient pas albumineuses, ensuite parce que j'avais choisi pour ces applications des points du thorax où il n'y avait pas d'œdème appréciable.

Une fois débarrassé de la pneumonie, j'insistai sur les diurétiques pour faire disparaître l'anasarque et, profitant du retour de l'appétit, je prescrivis une alimentation légère d'abord, puis progressivement augmentée, suivant la capacité digestive de l'estomac. La médication, dès lors, devint franchement tonique. Le vin de quinquina, le sirop antiscorbutique, des bains et douches de barèges aidèrent l'alimentation à rétablir les forces et la santé de ce jeune homme.

J'ai eu l'occasion d'observer chez ce malade un fait qui a été noté par les médecins de la marine, c'est l'extrême susceptibilité des sujets atteints de béribéri, à l'égard des refroidissements. Le premier jour que L... s'est levé il a eu froid, et quand il s'est recouché, il y avait une exacerbation des accidents broncho-pneumoniques.

Quand il a été en état de se lever de nouveau, c'est avec beaucoup de circonspection qu'il s'est soumis à l'influence de l'air atmosphérique. Cette précaution, aidée, il faut le dire, de l'amélioration de l'état général, a suffi pour le préserver d'un retour des mêmes accidents.

Le traitement de notre second malade, de T..., devait différer de celui de L... Ici, nous n'avions plus à lutter contre une redoutable complication, nous avions à combattre un béribéri à forme paralytique très net, très accentué, ne pouvant être confondu ni avec une atrophie musculaire progressive, ni avec une ataxie locomotrice.

Je commençai immédiatement le traitement par le quinquina, le suc de citron, les bains et douches de barèges et une alimentation réparatrice.

Ce traitement dut, au bout de quelque temps, être interrompu, à cause d'une entérite qui dura plusieurs jours et qui fut combattue par une potion de bismuth opiacée.

Quelque temps après cette entérite, le malade fut pris d'une otite suppurée, que nous avons traitée au moyen d'instillations, plusieurs fois par jour, dans le conduit auditif, d'une solution chaude de borax laudanisée. Dans les dernières semaines de son séjour à l'hôpital, le malade prenait chaque jour deux granules de 1 milligramme de phosphure de zinc, 40 grammes de vin de quinium, autant de sirop antiscorbutique, 1 ou 2 litres de lait, 2 ou 3 rations alimentaires, selon son appétit. Il était électrisé trois fois par semaine, prenait un bain de barèges tous les deux jours. Il nous a quitté très fortement amélioré. S'il avait été possible de le garder quelques semaines de plus et si l'amélioration de son état avait, comme c'est probable, suivi la marche ascendante que nous avions observée, le jeune T... serait parti comme ses camarades, complètement guéri.

Quant à S..., j'ai pu, dès le début, vu le bon état de son tube digestif, aborder un régime et un traitement tonique. Il a tout de suite mangé trois, puis quatre rations. En fait de médicaments, je lui prescrivis 4 grammes d'extrait mou de quinquina Calisaya, 50 grammes de lactose, 15 grammes de jus de citron, et chaque jour un bain avec douches de barèges.

A la fin du mois de mai, ces médicaments furent remplacés par une potion au salicylate de soude, destinée à détruire des douleurs qui persistaient dans les genoux. Cette indication une fois remplie, les mêmes moyens furent repris jusqu'à la sortie du malade, qui nous a quitté complètement guéri le 5 juin.

Chez ces trois malades, me rapprochant de l'opinion des observateurs qui ont vu dans le scorbut et le béribéri deux maladies différentes sous le rapport symptomatique et climatérique, puisque le premier se plaît surtout dans les régions froides et le second dans les latitudes tropicales, mais ayant une certaine affinité quand on réfléchit qu'elles frappent des hommes soumis à une alimentation insuffisante ou détériorée, consistant en conserves de viandes salées, sans légumes frais, j'ai usé des moyens employés contre le scorbut; toutes les fois que l'état du tube digestif l'a permis, j'ai prescrit du suc de citron, du sirop antiscorbutique, du quinquina.

Les médecins de la marine ayant remarqué un effet salutaire des pommes de terre contre le scorbut, et nos hommes ayant un goût prononcé pour ce légume, je leur en ai largement prescrit. La boisson qu'ils désiraient et que je leur ai accordée a été la bière.

Le capitaine qui venait souvent voir ses hommes était, lui aussi, atteint de douleurs dans les jambes, d'un peu d'œdème, il s'est mis, sur mon conseil, à l'usage du suc de citron, de vin de quinium, de sirop antiscorbutique, de bains de barèges et naturellement d'une alimentation tonique. Il nous a quitté à peu près guéri.

De l'étude de ces faits, il résulte pour moi que ces marins ont été victimes d'un empoisonnement, que cet empoisonnement a été causé par de vieilles conserves, peut-être mal préparées.

Quel poison s'est produit dans ces conserves? N'en ayant pas eu à faire analyser, nous avons fait étudier le sang de

nos malades, on n'a pas pu y trouver le principe du mal. Rien d'étonnant à propos de cette recherche négative, s'il est vrai, d'après des travaux récents, que le sang est un milieu inhospitalier pour les microbes qui ne feraient que le traverser pour aller se fixer dans les épithéliums.

A la médecine de l'avenir reviendra peut-être l'honneur de trouver un jour le poison qui nous échappe jusqu'à présent ; mais si les travailleurs futurs arrivent à cette découverte, ils voudront bien se rappeler que leurs prédécesseurs, appuyés sur des études cliniques, avaient admis ce que la chimie ou le microscope leur permettra de démontrer.

Espérons surtout que la navigation à vapeur, se substituant de plus en plus pour les voyages de long cours à la navigation à voiles, permettra d'approvisionner plus souvent les équipages de vivres frais, et que le béribéri s'éloignera de plus en plus et finira peut-être par disparaître devant les progrès hygiéniques des marines du monde civilisé.

VARIÉTÉS

La maison de Coitier, médecin de Louis XI.

Par le docteur CABANÈS.

Si la flânerie ou la curiosité portent vos pas rue Saint-André-des-Arts, à deux pas de la cour du Commerce, si riche en souvenirs révolutionnaires, vos regards seront arrêtés par un bâtiment d'une architecture sobre, d'une simplicité voulue, dont on achève en hâte la construction. Vous informez-vous, on vous répond qu'il s'élèvera bientôt sur cet emplacement un lycée de jeunes filles, qui portera le nom du Cygne de Cambrai, de Lycée Fénelon. Poussez-vous plus avant votre investigation, toute une époque disparue surgira en une évocation lointaine...

Reportons-nous un instant par la pensée à quatre siècles en arrière, et reconstituons, avec la patience d'un archéologue, ce coin du vieux Paris, menacé de disparaître sous le pic des démolisseurs. Dans ce qu'on nomme au XVe siècle le faubourg Saint-Germain, dessinons un carré irrégulier, limité par les rues des Fossés-Saint-Germain, de l'École-de-Médecine, du Paon, de l'Éperon et de Saint-André-des-Arts. Une ruelle longue, étroite, appelée la « cour de Rouen », coupe diagonalement, en deux parties à peu près égales, ce carré irrégulier. Dans la partie du carré adossée à la rue du Paon, se trouve l'« hôtel de l'archevêque de Rouen ». Dans la partie touchant à la rue Saint-André-des-Arts, s'étendent à perte de vue des jardins, des prairies marécageuses, des masures qui tombent en ruines. C'est tout ce pâté qu'on désigne sous le nom de « Séjour de Navarre ». Après avoir été l'apanage de la couronne pendant des années, le Séjour de Navarre est passé entre les mains de Louis XII, alors simple duc d'Orléans. A la veille de partir pour son expédition de Bretagne, le jeune duc, qui fait flèche de tout bois, a vendu l'hôtel de ses pères. Les acquéreurs nous sont aujourd'hui connus : c'est un conseiller au Parlement, Guillaume Ruzé ; un correcteur de la Chambre des Comptes, Nicolas Violle, sieur de Noizeau ; un avocat au Parlement, Jean Hureau. Celui-ci a acquis le troisième lot, dont il ne tarde pas à se débarrasser, le 27 janvier 1489, en faveur de Jacques Coitier, naguère encore premier médecin de Louis XI, et son conseiller intime.

Coitier, que les historiens ont tour à tour appelé Coictier, Coittier, Cotier, Coctier, et enfin Coitier, s'est retiré là, tout au bout de la ville, contre les remparts, après fortune faite. Ce n'est pas, comme le veut une légende longtemps en crédit, pour fuir la colère du monarque, qu'il a pris sa retraite. Le courroux de Louis XI n'est plus redoutable, le roi est mort depuis six ans, quand Coitier est devenu l'acquéreur des terrains, situés vis-à-vis la poterne de Buci, et sur lesquels s'élèvera demain le lycée Fénelon. A peine le nouveau propriétaire est-il entré en possession que les ouvriers se sont mis à l'œuvre. En quelques mois, se sont élevés deux corps d'hôtel, un mur de façade crénelé, et derrière le mur une galerie close, portée sur piliers, telle qu'on en voit fréquemment dans les demeures seigneuriales du moyen âge. A l'angle formé par la réunion des deux corps de bâtiment se trouvent : une cour, renfermant un escalier, en forme de vis ; un ensemble de constructions disparates ; un petit corps d'hôtel. Une deuxième cour possède en son milieu un puits, qui mérite quelques lignes de description. Ce puits, qui se voyait encore en ces dernières années, était plutôt une citerne à margelle basse, sur laquelle figurait en son milieu une tête de dauphin. N'oublions pas de mentionner deux jardins, un jardin d'agrément et un jardin fruitier, et une chapelle gothique. Au-dessus de la porte principale, donnant sur la rue Saint-André-des-Arts, Coitier avait fait sculpter un éléphant portant sur son dos une tour.

Sur une tourelle, au-dessus d'une porte donnant accès à un escalier, on avait sculpté un blason, dans le champ duquel avait été représenté un arbre chargé de fruits, un oranger ou un abricotier (1), et des images de la Vierge, de saint Jacques et de saint Nicolas, avec cette inscription, en lettres incluses les unes dans les autres, ainsi qu'on l'observe communément dans les écritures des rois de la première et de la deuxième race :

JACOBUS COITIER
MILES ET CONSILIARIUS
AC VICE PRŒSES CAMERÆ COMPOTORUM
PARISIENSIS,
AREAM EMIT ET IN EA ŒDIFICAVIT
ANNO M.C.C.C.C.X.C. (2)

Le manoir de Coitier, connu sous le nom de « Maison de l'Éléphant », ne fut démoli qu'en 1739. Il occupait l'emplacement des nos 47, 49, 51 et 53 de la rue Saint-André-des-Arts (3). En 1740, l'hôtel de l'archiâtre royal était remplacé par des maisons dépourvues de caractère, en dépit des protestations des journalistes de l'époque contre cet acte de vandalisme.

Coitier vécut près de quinze ans dans la Maison de l'Éléphant, accablé d'honneurs et de dignités, jouissant en paix des biens qu'il avait amassés. Il ne se contenta pas d'avoir un hôtel à la ville, il voulut avoir une maison de campagne. A quelques portées de fusil de la forêt de Bondy, près de l'abbaye célèbre de Livry, existait une ancienne châtellenie, la seigneurie d'Aulnay ; il en fit l'acquisition moyennant plus de 3000 écus d'or. Cette seigneurie comprenait : un château avec pont-levis, un manoir situé dans la basse-cour du château, deux étangs, deux moulins à eau, une garenne, sans compter les arpents de terres, de prairies et de bois, qui en faisaient un des plus beaux domaines des environs de Paris.

Coitier pouvait, s'il lui en prenait fantaisie, jouer au seigneur dans ses terres. La châtellenie jouissait, en effet, de droits et prérogatives incontestables : droits de greffe et de tabellionnage, droits de fourches patibulaires, droits de haute, moyenne et basse justice. En usa-t-il jamais, c'est ce que l'histoire a négligé de nous apprendre. Si Louis XI eût vécu, les paysans auraient sans doute subi le sort des serfs du temps jadis et on aurait vu

(1) Pour ne pas faire mentir la légende, qui veut que Coitier ait voulu faire un jeu de mots, une sorte d'enseigne en rébus, nous adoptons la version de l'abricotier. *A l'Abri-Cotier* signifiait, en ce cas, que le médecin s'estimait heureux d'être retiré, comme le sage, à l'abri de toutes les tracasseries importunes. Mais il est plus vraisemblable, toutefois, qu'il s'agissait d'un oranger, l'oranger « arraché d'or » se trouvant dans les armes de l'archiâtre.

(2) La traduction de cette inscription est la suivante :

« Jacques Coitier, chevalier, conseiller du roi, vice-président de la Chambre des Comptes, a acheté ce terrain et y a fait bâtir cet édifice l'an 1490. »

(3) Particularité piquante à signaler : c'est dans la maison portant le no 53 de la rue Saint-André-des-Arts que mourut Orfila, le 12 mars 1853.

renaître sur ce coin de terre les pratiques féodales. Mais Coitier n'était plus en faveur à la cour et Louis XII, pas plus que Charles VIII, n'étaient disposés à servir son ambition. A la mort de Louis XI, le médecin bourguignon avait perdu sa charge de premier médecin, celle de président des Comptes et n'avait dû qu'à de hautes influences d'être rétabli dans les fonctions secondaires de vice-président.

On voulait bien toutefois avoir égard « aux grands, agréables services que icelüy conseiller, maître Jacques de Coitier a faits à nostre seigneur et père, durant sa maladie », comme disait la charte de Charles VIII, ce que Louis XII confirmait plus tard : « à cause de la grande estime et parfaite confiance » qu'il avait en son « amé et féal » Jacques de Coitier. Assurément ce n'était pas une disgrâce, mais quelque chose d'approchant, pour qui connaît l'extraordinaire carrière poursuivie sous le règne précédent par ce médecin sans scrupules, qu'un roi pusillanime comblait de libéralités, pour éloigner la mort qu'il redoutait. En avait-il exercé un ascendant sur ce monarque soupçonneux, redouté de tous ceux qui l'approchaient, et qui se pliait docilement à toutes ses exigences, si hautaines et si impérieuses qu'elles fussent! Comment un médecin de village, presque, était-il devenu le directeur de la santé d'un souverain défiant entre tous? Comment réussit-il à gagner sa confiance? Autant d'énigmes qu'on n'a pas encore tirées au clair.

On ignore non seulement la date de la naissance de Coitier, mais on ne sait rien de son enfance et de ses premières années. Ce qui est sûr, c'est qu'il naquit en Franche-Comté, à Poligny, et qu'il appartenait à une famille honorable, possédant même une certaine aisance. On chercherait vainement dans les registres de la Faculté de Paris ou de Montpellier la trace de son passage. Peut-être, mais ce n'est qu'une conjecture, prit-il ses grades à l'Université de Dôle, où il aurait été remarqué par Philippe, duc de Savoie, qui se l'attacha comme médecin. A en croire Louis Guyon, ce fut le duc de Savoie qui le présenta à Louis XI et le fit agréer par le roi, vers 1470 (1). Il eut vite fait de persuader à ce prince qu'il avait été jusque-là mal traité, que ses médecins habituels n'entendaient rien à sa maladie ; qu'il avait soigneusement étudié son cas et que, seul, il en viendrait aisément à bout. Pour achever de le convaincre, il ne craignit pas de lui parler sur un ton de brutalité, auquel le roi n'était guère accoutumé. Il lui était si rude, écrit Comynes, « que l'on ne dirait point à un valet les outrageuses paroles qu'il lui disait». Et s'il le voyait se regimber, il lui répliquait audacieusement : « Je scay bien qu'un matin vous m'envoyerez comme vous faictes d'autres, mais par la... (un grand serment qu'il jurait) vous ne vivrez point huict jours après. » Et, par crainte de la mort, le roi accordait tout ce que son médecin sollicitait et Dieu sait s'il avait les dents longues!

C'est d'abord la place de « clerc ordinaire » de la Chambre des Comptes que Coitier réclame, place qui lui rapportera 9 francs environ par jour; il devient le vice-président de cette même Chambre au bout de trois ans. Au bout d'une nouvelle période de trois ans, « par considération de bons, agréables et continuels services », le roi donne à son médecin les revenus du château de Civray. Un peu plus tard, par lettres patentes datées de Lyon, Coitier reçoit le château et la seigneurie de Rouvy, avec toutes ses dépendances. Puis c'est la châtellenie de Poissy qui lui échoit à titre de donation, et, en plus, une maison située dans la basse-cour du château de Plessis-du-Parc, résidence favorite de Louis XI.

Son ambition ne connaît dès lors plus de bornes. Ce qu'il ne peut obtenir par la ruse, il l'aura par la violence. La délation, les accusations mensongères, tous les moyens lui sont bons. Le même personnage, Jean de Ladriesche, a le titre de bailli ou concierge du palais du roi et celui de président des Comptes. Il n'aura pas de cesse qu'il ne l'ait fait destituer. L'emploi de bailli, outre des appointements fixes de 1200 livres (36 000 francs) donne des avantages considérables. Le bailli a justice basse et moyenne, il a seul le droit de donner et d'ôter les places aux merciers, sans compter une foule d'autres privilèges non moins productifs. Il est entendu que Coitier touchera les bénéfices que lui rapportent ses fonctions sans les exercer. L'état de l'auguste malade réclame sa présence constante auprès de lui, et c'est le souverain lui-même qui l'a dispensé de remplir les devoirs de ses charges.

Comme s'il redoutait de voir le roi mourir avant que son rêve ne soit réalisé, il s'empresse de lui faire signer les actes qui le mettent en possession des domaines de Poligny et de Grimont, dans son propre pays; des châtellenies de Brazaz et de Saint-Jean-de-Losne, d'une maison à Dijon, que Louis XI paie sur sa cassette, et d'autres cadeaux d'une valeur inférieure.

Il est juste d'ajouter que, s'il ne s'oublie pas, il pense aussi à sa famille. Un de ses neveux, Pierre de Vercey, chanoine de Bayeux, est nommé, grâce à lui, évêque d'Amiens, sans coup férir. Le médecin n'a qu'un mot à dire, il est aussitôt obéi.

C'est le moment où le roi est tombé dans un tel état de dépression intellectuelle et d'affaiblissement physique, qu'il ne sait plus rien refuser à l'ambition, jamais assouvie, de son médecin. En 1481, après une attaque d'apoplexie, survenue comme il sortait de table, le roi a presque perdu l'usage de la parole. Dès ce moment, il passe par des alternatives d'amélioration et de rechutes successives ; il se croit entouré de dangers imaginaires, fait murer son château de Plessis d'une véritable enceinte de fer. Un jour, il se figure que son corps exhale une odeur infecte et il s'inonde de parfums des pieds à la tête. Une autre fois, il s'avise que la musique le soulagera et des joueurs sont aussitôt commandés pour l'égayer. Privé de la chasse, une de ses distractions, il prendra plaisir à faire chasser par ses chiens, dans ses appartements, des rats et des souris.

Il consulte charlatans et devins, a recours à tous les remèdes naturels et surnaturels, se fait apporter la sainte ampoule de Reims, va jusqu'à se faire envoyer des reliques par le sultan. On équipe deux navires pour aller quérir « quelque chose pour la santé du roi ». Quelque chose! une drogue exotique apparemment, dont on attend les meilleurs effets. On mande d'Allemagne un chirurgien du nom de Sixte, on fait venir un médecin en renom de Reims, Gérard Cochet, une matrone ou *sirurgienne*, Guillemette Duluys. Et tout cela ne sert à rien, et tout cela n'empêchera pas le roi, comme dit Comynes, de passer « par là où les autres sont passés ». En dépit des chirurgiens et apothicaires, Louis XI meurt le 30 août 1483. Son médecin lui survit vingt-deux ans : il ne succombe que le 29 octobre 1506.

Comme il a, dans sa vie, beaucoup péché, arrivé aux portes de l'éternité, il ne songe plus qu'à racheter ses fautes passées. Deux églises, seize congrégations participent à ses libéralités posthumes. Tous ses filleuls, et ils étaient en nombre, des pauvres orphelines, ses serviteurs touchent leur part d'héritage, et, pour couronner son œuvre de bien, le pécheur repenti demande à être inhumé dans la chapelle Saint-Nicolas de l'église Saint-André-des-Arcs, qui devient dès lors la chapelle des Coitier. Par son testament, Coitier lèguait sa bibliothèque au chapitre de Poligny et fondait, dans l'église de ce lieu, une messe quotidienne à perpétuité pour le salut de son âme. Pouvait-il couronner plus dignement son existence tourmentée ?

(1) Pour la biographie proprement dite du personnage, nous avons suivi de près l'étude excellente, bien que fort touffue, du docteur Chéreau, parue dans l'*Union médicale*, en 1861. Nous l'avons considérablement élaguée, n'en retenant que les points essentiels.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

27. M. Antoine. Des hémoptysies arthritiques. — 28. M. Rado du Matz. Du traitement de l'érysipèle par la pommade à la lanoline, vaseline et sublimé et le sulfate de quinine. — 29. M. Camus. De l'épilepsie jacksonienne provoquée par les traumatismes de la plèvre. — 30. M. Castucil. Contribution à l'étude du psoriasis

syphilitique plantaire. — 31. M. Daniel. Monographie médicale de la ville de Guingamp. — 32. M. Massiou. De la toxicité du sérum. — 33. M. Page. Contribution à l'étude des nodules des chanteurs. — 34. M. Lafarelle. Contribution à l'étude de l'action des bains froids sur les températures fébriles. — 35. M. André. Étude critique de la pathogénie de l'éclampsie et de son traitement. — 36. M. Leroux. Contribution à l'étude du lymphangiome de la cavité buccale. — 37. M. Gary. Essai critique sur l'étiologie et le traitement du crétinisme et des pseudo-crétinismes. — 38. M. Noaillac. Du Simarouba dans la dysenterie chronique. — 39. M. Liffran. Contribution à l'étude de la leucocythémie aiguë. — 40. M. Mesny. Des rétrécissements annulaires du pharynx intérieur.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 6 janvier 1894, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Millard, médecin de l'hôpital Beaujon. — M. le professeur Demons, chirurgien des hôpitaux de Bordeaux.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Christian, médecin en chef de Charenton ; — Depasse, médecin visiteur du personnel des services extérieurs de la direction des travaux de la ville de Paris ; — Faisans, médecin à l'hôpital de la Pitié ; — Galippe, médecin-pharmacien à Paris ; — La Vieille, médecin à Paris ; — Moutard-Martin, médecin à l'hôpital de la Pitié ; — Rendu, médecin à l'hôpital Necker ; — Trousseau, médecin aux Quinze-Vingts, à Paris ; — Aubry, maire de Sétif ; — Garnier, médecin en chef de l'infirmerie spéciale du Dépôt, près la Préfecture de police ; — Hervey, médecin à Troyes ; — Solles, médecin des hôpitaux de Bordeaux ; — Ricci, membre du Conseil général de l'Isère ; — Attimont, médecin des hôpitaux de Nantes ; — Dazin, médecin en chef de l'hôpital de Cambrai ; — Brullé, médecin à Hesdin ; — Augey, maire de Biarritz ; — Paillasson, vice-président du Conseil général du Rhône.

— Par décret, en date du 31 décembre 1893, les aspirantes aux diplômes de sage-femme de première classe et de pharmacien de deuxième classe sont admises à s'inscrire en vue de ces grades, sur la production du certificat d'études secondaires institué par l'article 5 du décret du 14 janvier 1882.

— Un comité vient de se former, sous la présidence de MM. Pasteur, Brouardel et Gréard, à l'effet d'élever un monument à la mémoire de Charcot. Nous invitons nos lecteurs, qui désireraient s'associer à cette manifestation, à adresser directement leur souscription à M. Georges Masson, trésorier, 120, boulevard Saint-Germain.

— Le Conseil municipal vient de voter 2000 francs pour la création d'un laboratoire de chirurgie, dans le service de M. Kirmisson, aux Enfants-Assistés.

— *Hospices civils de Marseille.* — Un concours pour une place de pharmacien à l'hospice Sainte-Marguerite s'ouvrira le lundi 23 avril 1894, à trois heures précises, dans l'amphithéâtre des concours de l'Hôtel-Dieu de Marseille.

Le registre des candidats restera ouvert au secrétariat général de l'administration des hospices de Marseille, jusqu'au samedi 14 avril inclusivement.

— M. le docteur Franchomme vient d'être nommé, à la suite d'un concours, chef de clinique chirurgicale, près la Faculté de médecine libre de Lille.

— M. le docteur Max. Durand-Fardel, président honoraire du Congrès international d'hydrologie et de climatologie et de la Société d'hydrologie médicale de Paris, nous adresse la note suivante :

« Le IIIe Congrès international d'hydrologie et de climatologie s'ouvrira à Rome, le 29 mars prochain, parallèlement au Congrès international de médecine.

Il est à présumer que l'Allemagne y sera grandement représentée. Il importe que la France n'y fasse pas moindre figure.

Je viens prier ceux de nos confrères qui s'intéressent aux questions dont ce Congrès est l'objet, d'y adresser des communications qui témoignent de la part que nous prenons aux études hydrologiques et météorologiques, et ceux d'entre eux qui sont en position de le faire, d'inviter les institutions hydrologiques ou météorologiques à se faire représenter à l'exposition qui accompagnera le Congrès.

Ces sortes de solennités comportent des luttes pacifiques sur le terrain de la science, auxquelles personne ne doit se soustraire, pas plus qu'à tout autres. »

— Chemin de fer d'Orléans. — *Voyages dans les Pyrénées.* — La Compagnie d'Orléans délivre toute l'année des billets d'excursion comprenant les trois itinéraires ci-après, permettant de visiter le centre de la France et les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne.

Premier itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Bagnères-de-Bigorre, Montréjeau, Bagnères-de-Luchon, Pierrefitte-Nestalas, Pau, Bayonne, Bordeaux, Paris.

Deuxième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Mont-de-Marsan, Tarbes, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Troisième itinéraire. — Paris, Bordeaux, Arcachon, Dax, Bayonne, Pau, Pierrefitte-Nestalas, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Toulouse, Paris.

Durée de validité : **30 JOURS**. — Prix des billets, 1re classe, **163 fr. 50** ; 2e classe, **122 fr. 50**.

La durée de ces différents billets peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Il est délivré, de toute gare des Compagnies d'Orléans et du Midi, des billets aller et retour de 1re et 2e classe à prix réduits, pour aller rejoindre les itinéraires ci-dessus, ainsi que de tout point de ces itinéraires pour s'en écarter.

Avis. — Ces billets doivent être demandés au moins trois jours à l'avance.

— *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.* — La Compagnie du chemin de fer d'Orléans délivre des billets pour les deux itinéraires suivants :

Premier itinéraire (1re classe, **86** fr.; 2e classe, **63** fr.; durée, **30 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *viâ* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bâteaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Deuxième itinéraire (1re classe, **54** fr.; 2e classe, **41** fr.; durée, **15 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais et retour à Paris, *viâ* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2, pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Nº 12, décembre 1893.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs ; pour l'étranger, 15 francs.— Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle, par le docteur A. Bourgeois (2e édition revue et augmentée). 1 vol. in-8º de 85 pages. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

99

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
et GÉNITO-URINAIRES

LE TERPINOL ADRIAN

a les propriétés de l'essence de térébenthine, dont il dérive, mais il est plus facilement absorbé et surtout très bien toléré.

Se vend en CAPSULES de 15 centigrammes à prendre à la dose de 4 à 8 par jour.

PILULES et ÉLIXIR de TERPINE ADRIAN

77

AFFECTIONS

DU CŒUR ET DE LA RESPIRATION

Vin cardiaque du Dr Saison

SPARTÉINE, CONVALLAMARINE & IODURE DE POTASSIUM)

DOSES :

Adultes : 2 cuillerées à bouche matin et soir.
Enfants : 2 cuillerées à café matin et soir.

45

« Le suc d'ortie est le remède le plus certain contre l'hémoptysie et toutes les hémorragies.
Dr CHOMEL. »

SIROP HÉMOSTATIQUE DE PÉNEAU

AU SUC D'ORTIE

CURATIF ET PRÉVENTIF DES

Hémorragies, Pertes, Crachements de sang
Saignements de nez
Hémorragies intestinales

56

SANTAL-CAMPHRÉ LANGLEBERT

(CAPSULES D'ESSENCE DE SANTAL PURE ET DE CAMPHRE)

Ces capsules réunissent, en une seule préparation, l'effet spécifique de l'essence de santal pure et l'action sédative si marquée du camphre sur les organes génito-urinaires.

24

DESNOIX & DEBUCHY 17, RUE VIEILLE-DU-TEMPLE, PARIS

MARQUE DE FABRIQUE

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES
TOILE VESICANTE
SPARADRAPS ANTISEPTIQUES
THAPSIA, SPARADRAP des HOPITAUX
et tous les sparadraps.
PLUMASSEAUX-EPONGES
remplaçant les éponges naturelles.
PINCEAUX MOLLETONNÉS
pr enlever les fausses membranes ds l'angine couenneuse.

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

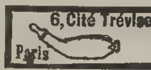
Le **CARBONATE DE GAIACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants*. Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

45

LE PARFAIT NOURRICIER

SEUL BIBERON
NETTOYABLE



60

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY

LE SEUL
CHIMIQUEMENT PUR

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

59

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

34

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

99

CARBONATE

DE

CRÉOSOTE

(CRÉOSOTAL)

"HEYDEN"

CONTIENT

92 p. 100 de Créosote de Hêtre pure

ET

8 p. 100 d'Acide carbonique.

DE 2 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR

CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

66

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté*. Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100s.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries, Paris

5

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

99

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

27

AVANTAGES RÉELS

DE

L'ÉMULSION SCOTT

à l'HUILE de FOIE de MORUE
et aux HYPOPHOSPHITES de CHAUX et de SOUDE
sur l'**Huile de foie de morue simple**
et ses **similaires.**

De nombreuses expériences, faites par MM. les Docteurs, ont prouvé que **L'ÉMULSION SCOTT**, prise à même dose que l'huile simple, **est deux fois plus efficace que celle-ci.** Son mode de préparation évite aux organes digestifs affaiblis la plus grande partie du travail nécessaire à l'accomplissement de leurs fonctions. **Elle est d'un goût agréable**, facile à digérer et très assimilable, même en été, époque à laquelle l'huile devient absolument intolérable.

La combinaison des *Hypophosphites*, de la *Glycérine* avec l'*Huile de foie de morue*, sous forme d'**ÉMULSION SCOTT,** fournit une préparation hygiénique, blanche, d'une puissance merveilleuse pour combattre les affections **scrofuleuses**, la **Phtisie à ses débuts**, le **Rachitisme**, le **Lymphatisme**, etc.

Elle a été expérimentée avec succès dans la plupart des *hôpitaux* : à *Paris* : à l'*Hôpital Cochin*, clinique du Dr Dujardin-Beaumetz; *Hôtel-Dieu*, Dr Lancereaux; *Hôpital des Enfants*, Dr Jules Simon et Dr Descroizilles; *Hôpital Tenon*, Dr Cuffer et Dr Brand; *Hôpital Trousseau*, Dr Sevestre et Dr Moizard; *Hôpital de Villepinte*, Dr Gouel, etc., etc.

Envoi d'échantillons sur demande à MM. les Docteurs.

J. DELOUCHE et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, PARIS.

42

Méd. aux Exp. : Vienne, Philadelphie, Paris, Sidney

FOUGÈRE MALE ET CALOMEL

TÆNIFUGE, préparé par LIMOUSIN.

Le flacon de 16 capsules, dosées selon la formule du Dr Créquy, suffisent pour expulser le **ver solitaire.** (Envoi par poste.) — **Prix : 6 fr.**

Phie LIMOUSIN ✻, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

N° 5. — JEUDI 11 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 11 JANVIER 1894. — N° 5.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Proust a fait une curieuse communication sur un cas de pustule maligne provoquée par des peaux de chèvre importées de Chine. Il y a donc lieu de prendre des mesures prophylactiques au sujet de l'introduction, en France, de ces peaux de chèvre. On trouvera plus loin l'exposé des mesures que propose M. Proust.

Les questions touchant à la protection de l'enfance sont de celles qui sont le plus chères à l'Académie. Aussi a-t-elle écouté avec intérêt deux rapports de M. Charpentier sur ce sujet : notre confrère, M. Guyot (de Calais), auquel l'Académie a décerné une récompense pour ses travaux relatifs à l'hygiène de l'enfance, lui soumet aujourd'hui un vœu. On sait qu'il existe un grand nombre de garderies auxquelles sont confiés des enfants âgés de moins de six ans; ces garderies, jusqu'ici, ne sont l'objet d'aucune surveillance, d'aucune réglementation, si bien qu'elles vont à l'encontre de leur véritable but et deviennent un danger permanent pour les enfants qui y sont placés. C'est pour remédier à cet état de choses que M. Guyot demande que l'Académie appelle l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'une réglementation de ces garderies. Cette proposition a été mise aux voix et adoptée. Il ne nous reste plus qu'à souhaiter que les pouvoirs publics n'attendent pas trop longtemps pour donner satisfaction au vœu si légitime de M. Guyot et de l'Académie. Si, en effet, il n'est pas facile de trouver les moyens d'augmenter, en France, la natalité, il est parfaitement possible, cela est indiscutable, de diminuer la mortalité des nouveau-nés. C'est à ce titre que le nouveau travail de M. Ledé, qui a fait l'objet du second rapport de M. Charpentier, mérite également toute l'attention. Il s'agit de la mortalité des enfants du premier âge par suite de leur transport, effectué trop près de leur naissance, chez une nourrice mercenaire. Les chiffres fournis par M. Ledé sont tristement éloquents. Il y a là un mal auquel il est possible de remédier, au moins dans une certaine mesure.

Nous devons féliciter nos confrères, MM Guyot et Ledé, du désintéressement avec lequel ils s'adonnent à l'étude de questions aussi importantes et, il faut bien le dire, souvent aussi ingrates en raison même des difficultés qu'ils rencontrent pour obtenir des administrations l'appui auquel ils ont bien droit dans l'accomplissement de leur tâche.

Les faits de sauvetage par les tractions rythmiques de la langue se multiplient chaque jour. Voici encore deux nouveaux faits communiqués par M. Lancereaux au nom de M. le docteur Vernet (de Charley).

Signalons, en terminant, plusieurs communications : de M. Quénu, sur la résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne; de M. Galezowski, sur le glaucome; de M. Auguste Voisin, sur les lésions méningo-cérébrales dans leurs rapports avec la névralgie trifaciale, et de M. Gaube (du Gers), sur le microbe du tétanos et la bactéridie du charbon.

HOPITAL SAINT-LOUIS. — M. FOURNIER.

Les crises gastriques dans le tabes.

Un des malades, actuellement soigné dans le service, nous offre un des spectacles les plus tristes que j'aie encore rencontrés au cours de la syphilis. C'est un homme tout jeune encore, à peine âgé de quarante ans, qui, tous les jours, souvent même plusieurs fois par jour, est pris, dans l'estomac, de crises douloureuses atroces, les plus atroces que j'aie jamais observées. Cet homme est un tabétique. Il est inutile de revenir sur les rapports qui unissent le tabes à la syphilis. Contestés tout d'abord, ces rapports sont aujourd'hui généralement admis. Parmi les auteurs les plus récents, plusieurs sont allés dans cette étiologie plus loin encore que moi et admettent la presque constance de la syphilis comme cause du tabes. Chez notre malade, la syphilis n'est pas douteuse. Son origine est un peu spéciale. C'est en 1882, étant soldat, qu'il fut infecté avec un très grand nombre de ses camarades, à la suite d'une revaccination. Il eut un chancre du bras. Ce n'est pas seulement à cette origine extra-génitale qu'il faut rapporter la gravité des accidents tertiaires que nous observons. C'est surtout à ce fait que ce malade s'est, comme beaucoup de soldats, mal soigné et, plus encore, qu'il ne s'est soigné que pendant fort peu de temps.

Les crises gastriques sont un accident fréquent dans le tabes, mais elles offrent rarement l'intensité qu'elles ont chez notre malade. Le nom de coliques gastriques leur

conviendrait peut-être mieux, car, comme les coliques hépatiques et néphrétiques, elles apparaissent et disparaissent brusquement.

Dans ces crises, la douleur est l'élément prépondérant, elle siège au creux de l'estomac et est continue avec des paroxysmes terribles qui forcent le malade à prendre les positions les plus singulières; à ce moment, c'est une morçure, un rongement, un broiement, qu'il dit éprouver dans l'estomac.

Les vomissements ou plutôt les efforts de vomissements manquent rarement. Ces efforts sont souvent infructueux, ils continuent toutes les heures, toutes les demi-heures, alors même que l'estomac est vide.

Au moment de ces efforts, il semble aux malades que leur estomac va se déchirer.

Dans d'autres cas, il y a de véritables vomissements très fréquents, très abondants. En vingt-quatre heures, alors même qu'il ne mange pas, le malade rend 2 litres et plus de liquide. Ce liquide est blanchâtre, muqueux, filant, quelquefois porracé et verdâtre, très rarement sanguinolent. L'analyse chimique de ce liquide a donné des résultats assez contradictoires. La quantité d'acide chlorhydrique serait, d'après quelques auteurs, trois à quatre fois plus forte que dans le liquide gastrique normal. D'après M. Bouveret, cette quantité serait encore diminuée.

Comme dans toutes les grandes douleurs abdominales : coliques hépatiques, coliques néphrétiques, coliques de miserere, on observe des troubles sympathiques et ces troubles sont ici particulièrement intenses. La face est convulsionnée, le pouls filiforme, la soif est vive, le dégoût, pour les aliments, absolu. Les malades prennent les attitudes les plus extraordinaires, crispant leurs poings sur le ventre, se couchant sur le ventre, fléchissant les genoux, se contournant, comme dans la méningite, en chien de fusil.

Ces crises épouvantables commencent brusquement, en pleine santé, et se terminent non moins brusquement. Les douleurs et l'intolérance stomacales cessent tout à coup, le malade boit, mange, ne souffre plus, mais la durée de la crise est souvent longue, il n'est pas rare de la voir se prolonger trois et quatre heures; elle peut atteindre dix, quinze heures et même plus.

Les crises gastriques peuvent survenir au cours de tabes déjà ancien, mais, le plus souvent, elles sont un accident du début, de la période pré-ataxique; leur périodicité est très irrégulière, en général elles sont, tout d'abord, assez espacées, puis deviennent de plus en plus fréquentes. Après plusieurs années elles s'atténuent, s'espacent de nouveau et souvent disparaissent, mais parfois elles persistent et augmentent jusqu'à la fin, souvent alors le malade succombe brusquement au cours d'une crise avec des phénomènes tubaires.

Les crises laryngées ne sont, en effet, pas rares en même temps que les crises gastriques; en même temps que leurs douleurs stomacales, les malades se plaignent alors de serrement du larynx, d'étouffements, de vertiges. Ils ont une toux quinteuse, coqueluchoïde des plus pénibles, ils perdent quelquefois connaissance. La suffocation peut même quelquefois obliger à la trachéotomie.

Le diagnostic est assez difficile et les erreurs commises ont été fréquentes. On songe souvent à une indigestion, à un empoisonnement, lors de la première crise. Puis les crises se répétant on pense à des coliques hépatiques ou néphrétiques. Dans quelques cas même on songe aux vomissements incoercibles de la grossesse et Leyden rapporte l'histoire d'une femme ataxique devenue enceinte chez qui, l'ataxie ayant été méconnue, on pratiqua l'avortement pour des vomissements rattachés à la grossesse. Assez souvent aussi la laparotomie, l'ablation des annexes de l'utérus a été faite chez des malades ataxiques, par suite d'une erreur de diagnostic. Ces erreurs ne peuvent être évitées que par une examen complet et minutieux. Dans les formes même les plus précoces, il est rare qu'on ne finisse pas par trouver quelques symptômes tabétiques. D'ailleurs, la crise du tabes a en elle-même, par la brusquerie de son début et de sa terminaison, par l'intégrité complète de l'estomac avant et après la crise, par l'intensité des douleurs et des phénomènes sympathiques, quelque chose de spécial. Le siège, les irradiations de la douleur sont différents dans les coliques hépatiques et néphrétiques. Les empoisonnements ont leurs commémoratifs, leurs symptômes spéciaux. L'exploration des anneaux herniaires de l'abdomen empêchera la confusion avec une hernie étranglée, une occlusion intestinale. Il n'y a pas, dans la crise gastrique, le météorisme si fréquent dans ces deux affections, il n'y a pas l'arrêt des gaz et des matières. La péritonite par perforation se distinguera par l'hyperthermie du début, bientôt suivie d'hypothermie, le météorisme, l'extrême sensibilité de l'abdomen. Dans l'ulcère rond la douleur survient à l'occasion de l'ingestion des aliments, les hématémèses sont très fréquentes. Enfin, les crises gastriques des neurasthéniques se distingueront surtout par les accidents dyspeptiques qui les précèdent et les suivent. Par cette énumération sommaire vous pouvez juger des difficultés du diagnostic, il est bien peu de maladies qui entraînent aussi souvent des erreurs.

Dans quelques cas, les difficultés sont vraiment insurmontables. Le guide le moins infidèle est alors la recherche minutieuse des plus petits symptômes de la période préataxique. Cherchez surtout l'abolition du réflexe rotulien, l'absence de contraction de la pupille en présence de la lumière, le myosis, le strabisme. Questionnez le malade au sujet des crises laryngées, des douleurs fulgurantes dans les membres, des douleurs en ceinture, des accidents de diplopie, des troubles dans la sphère des organes génito-urinaires, des troubles d'équilibre dans l'obscurité, qu'il peut présenter; pour peu que vous constatiez le moindre de ces symptômes, réservez soigneusement votre diagnostic et surtout votre pronostic.

La pathogénie de ces crises est encore bien mal connue. Dans quelques cas, on a constaté la présence de lésions au niveau du noyau du pneumo-gastrique ou du spinal. Les injections de morphine à hautes doses constituent à peu près le seul traitement. Ces malades supportent très bien la morphine et vous pouvez la donner largement. Tout le reste, vésicatoire, pointe de feu, stypage, comme agents externes, cocaïne, bromure, extrait mou de cannabis indica, alcalins à l'intérieur, n'a guère donné de résultat.

DE LA RÉSECTION

DU NERF MAXILLAIRE INFÉRIEUR DANS LE CRANE

Par M. Quénu,
Chirurgien de l'hôpital Cochin.

Je ne sais quel avenir est réservé à la névrectomie dans le traitement des névralgies de la face. Pendant que la médecine opératoire perfectionne ses procédés, au point de

rendre possibles les résections intra-craniennes, la fréquence des récidives amène le découragement dans les rangs d'autres chirurgiens qui, à l'exemple d'Esmarch et de Gussenbauer, préfèrent avouer leur impuissance et réagir contre ce qu'ils nomment les excès des interventionnistes.

Je doute qu'à l'heure actuelle, nous ayons en mains les documents suffisants pour nous permettre de porter sur les sections nerveuses un jugement définitif. La plupart des observations ont trait à des opérations extra-craniennes; il est donc possible que certaines récidives soient attribuables à l'insuffisance de la résection, à une régénération trop prompte, au siège trop périphérique de l'opération.

Quoi qu'il en soit, il règne actuellement une tendance évidente à se rapprocher le plus possible de l'origine apparente du trijumeau, tout au moins à s'attaquer au trajet intra-cranien de ses trois branches. Les résultats seront-ils plus durables? C'est à l'avenir de nous l'apprendre, mais comme, dans bon nombre de cas, l'intervention, même à titre de guérison provisoire, demeure l'ultime ressource thérapeutique, nous croyons qu'il n'est pas inutile d'appeler l'attention sur tout perfectionnement opératoire qui peut rendre la recherche du nerf trifacial plus facile, plus prompte et moins dangereuse.

Je ne me suis occupé que de la troisième branche du trijumeau, c'est-à-dire du maxillaire inférieur. J'avais à soigner un pauvre homme opéré déjà par moi, en février 1891, par le procédé extra-cranien de Horsley, pour un tic douloureux de la face. Le succès de la première opération avait été complet et immédiat, mais il ne se maintint que quatorze mois : or, notre seconde opération nous démontra que la résection première n'avait pas été totale, que plusieurs branches de ce nerf, qui s'épanouit au sortir du trou ovale, nous avaient échappé.

Il n'est donc pas douteux qu'au procédé long, laborieux et incertain d'Horsley, il faut préférer les opérations qui permettent de sectionner le nerf maxillaire avant son entrée dans le trou ovale. Pour y réussir, les chirurgiens ont suivi deux voies complètement différentes. Les uns, avec ou sans le respect de la dure-mère, ont pénétré dans la boîte cranienne par une trépanation temporale; les autres ont abordé le trou ovale par la base du crâne, à travers la profonde et étroite région zygomatique. Horsley et Krause représentent les premiers; les seconds n'ont fait que modifier la méthode mère de Pencoast; tels sont Salzer, Kronlein et Rose.

Pendant que Krause, ayant trépané le temporal, décolle la dure-mère et gagne le trou ovale, en suivant la face interne du crâne, Rose longe — je parle de son procédé extra-cranien — sa face externe qu'il dénude, découvre les nerfs dentaire et lingual, qui lui servent de guides et le mènent jusqu'au trou ovale. Il agrandit ensuite ce dernier à l'aide d'une tréphine, de manière à en faire une voie de pénétration.

Ces deux méthodes opératoires donnent peu de jour; l'espace est fourni, dans la première, par le décollement de la dure-mère et le refoulement du cerveau; dans la seconde, par l'écartement du masséter et du ptérygoïdien externe.

Notre procédé opératoire repose tout entier sur l'idée d'additionner ces deux espaces et d'y ajouter l'épaisseur du crâne en réséquant la grande aile du sphénoïde jusqu'au trou ovale qui devient notre unique objectif.

Notre plan opératoire a été préalablement établi sur le cadavre, avec l'aide de notre ami et collègue Sébileau. L'exécution a été aussi prompte sur le vivant; il ne nous a pas fallu plus de cinq minutes pour charger le nerf à partir du moment où la couronne de trépan est appliquée sur la fosse temporale.

Dans un premier temps, nous dénudons la fosse temporale jusqu'à la crête qui la sépare de la fosse zygomatique. Pour cela, une incision courbe, à convexité supérieure, profonde jusqu'à l'os, part derrière l'apophyse orbitaire externe et aboutit au-devant du conduit auditif. L'hémostase faite, l'arcade zygomatique est sciée ou coupée au ciseau à ses deux extrémités, et le lambeau qui comprend le temporal est rapidement détaché à coups de rugine et rejeté le plus bas possible.

Dans un second temps, nous ouvrons le crâne à l'aide d'une couronne de trépan placée au-dessus de la crête sus-indiquée, puis nous agrandissons l'orifice vers le bas en nous servant de la pince-gouge de Lannelongue. Pour cela, nous décollons au fur et à mesure la dure-mère avec le doigt, tandis que, parallèlement, du côté externe, nous dénudons la voûte de la fosse zygomatique avec la rugine. Point n'est besoin d'assécher la plaie pour y voir; le doigt est ici un meilleur guide que l'œil. Lorsque la pince-gouge s'est avancée environ d'un centimètre au delà de la crête, au lieu de rechercher les troncs nerveux, nous recherchons le trou ovale. Dans ce but, nous utilisons un petit crochet que nous avons fait fabriquer et qui n'est qu'une aiguille de Cooper raccourcie. L'index gauche, étant enfoncé transversalement, s'engage dans une petite vallée limitée en avant par le bord tranchant de l'apophyse ptérygoïde, en arrière par l'épine aiguë du sphénoïde. Le trou ovale se trouve juste sur cette ligne ainsi que le trou petit rond. L'aiguille, introduite à plat sur le doigt, puis légèrement retournée, s'engage d'elle-même dans le trou ovale. Nous nous sommes assuré que l'existence d'une lamelle osseuse, réunissant parfois ces deux points de repère, n'apporte pas, en général, un obstacle absolu à l'utilisation du crochet. D'autre part, les dimensions de son extrémité mousse l'empêchent de s'égarer dans le trou sphéno-épineux. Le guide mis en place, la pince-gouge se dirige à coup sûr vers le trou ovale, et bientôt la disparition de la dernière lamelle libère le crochet et met à nu le tronc nerveux.

Dans un troisième temps, un large écarteur refoulant les muscles ptérygoïdien externe et temporal, on charge le nerf, et on le résèque. On pourrait, au besoin, poursuivre jusqu'au ganglion de Gasser, ou, tout au moins, jusqu'à l'émergence de ses trois troncs.

Il plaît généralement au chirurgien de voir et de tenir en main le nerf qu'il résèque. En cas de difficultés imprévues, tenant à une hémostase difficile ou à toute autre cause, on peut être sûr d'avoir détruit le nerf en totalité, du moment qu'une petite curette gratte partout le contour osseux du trou ovale et donne bien la certitude qu'il est vidé de son contenu.

Tous ces temps s'exécutent sans perte de sang. Chez notre opéré l'hémostase la plus longue a été celle du muscle temporal. La plaie zygomatique n'a donné que du sang veineux, dont la compression a eu facilement raison. La méningée moyenne a été entièrement respectée. L'opération a duré une heure et quart, mais elle pourrait être considérablement abrégée. Ses suites ont été des plus simples; le soulagement a été immédiat, la disparition des spasmes douloureux absolue.

Nous n'avons établi notre conduite chirurgicale que

d'après nos observations cadavériques, mais en parcourant la littérature médicale nous avons constaté — et c'était fatal — que nous avions fait des emprunts dans l'exécution des détails opératoires : tels la section de l'arcade zygomatique de Rose, la trépanation temporale de Krause, la section du pont osseux intermédiaire au trou ovale et à la couronne de trépan d'Andrews (de Chicago), l'utilisation de la pince gouge, etc. Mais Rose ne pénètre dans le crâne que par le trou ovale préalablement agrandi; Krause ne réséqua pas l'aile du sphénoïde; Andrews n'appliqua sa couronne de trépan que vu l'impossibilité où il était de découvrir les nerfs dentaires qu'il cherchait, et il l'appliqua non sur la fosse temporale, mais un peu en dehors du trou ovale. Doyen réunit comme nous la trépanation temporale à la résection du sphénoïde, mais son premier objectif fut, non pas le trou ovale, mais le nerf dentaire inférieur : il rechercha ce nerf avant même d'ouvrir le crâne et, comme dans le procédé de Rose, il le suivit pour arriver au trou ovale. Il ne trépana consécutivement la fosse temporale que pour se donner du large dans l'agrandissement du trou osseux qui devait le mener au ganglion de Gasser. Il est bien évident que, dans ces opérations complexes, ce n'est pas l'accomplissement d'un détail opératoire qui caractérise l'originalité d'un procédé, mais la méthode qui règle la succession des temps et précise le plan général d'action.

THÉRAPEUTIQUE

La théobromine dans l'ascite. — M. Hallopeau a vu, chez une femme âgée, un épanchement ascitique abondant, avec énorme œdème des jambes, disparaître rapidement sous l'influence de la théobromine. La faiblesse du cœur était extrême, et la digitale même avait échoué. Quatre cachets de 50 centigrammes de théobromine, pris par jour, firent disparaître rapidement l'œdème et l'ascite. La malade ayant spontanément augmenté la dose, éprouva des vertiges, des malaises, une tendance syncopale. Mais la disparition de l'anasarque fut complète, et le mieux persista deux mois. Il y a eu rechute, et la théobromine, donnée à dose plus modérée, a encore agi, mais moins efficacement.

Cette action de la théobromine s'exerce sans effet diurétique bien marqué, il est probable qu'il y a surtout action sur le cœur et les vaisseaux. (Société de thérapeutique.)

Effet diurétique du café. — A propos de la communication de M. Hallopeau, M. Constantin Paul recherche les conditions dans lesquelles le café produit un effet diurétique. Il montre que cet effet n'existe que dans le café torréfié. La macération, la décoction de café vert, si souvent prescrites aux goutteux, sont sans action. Quand l'ébullition a été très prolongée, comme dans la préparation du café turc, il n'y a plus ni action diurétique, ni action sur le système nerveux. C'est le principe aromatique du café qui est, en même temps, diurétique.

Les suppositoires à l'ichthyol dans la prostatite. — Frendenberg a employé ces suppositoires dans quarante cas de prostatite aiguë et surtout subaiguë ou chronique. Deux fois seulement il n'y eut aucun soulagement. Il emploie en général la formule suivante :

Ichthyol	0gr50
Beurre de cacao	2gr50

La proportion d'ichthyol est diminuée en cas d'inflammation. Elle peut être portée à 75 centigrammes en cas de tolérance parfaite. Le malade met chaque jour deux et parfois trois suppositoires.

Dans les cas de prostatite aiguë, ordinairement blennorragique, Schorff aurait aussi employé les injections faites dans le rectum avec la solution d'ichthyol au dixième. Ce procédé paraît plus dangereux au point de vue des accidents d'intoxication. (*Medical Record.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 janvier 1894. — Présidence de M. Rochard.

LECTURES

Pathogénie du glaucome. — M. GALEZOWSKI a trouvé, dans tous le cas de glaucome qu'il a observés, des altérations des voies lymphatiques de l'œil, en particulier du canal de Schlemm. Le glaucome simple lui-même est causé par une oblitération de ce canal et des voies lymphatiques sous-scléroticales; le nerf optique ne recevant plus de liquide nutritif s'excave et s'atrophie. Il en est de même dans toutes les formes du glaucome : simple, aigu, chronique, hémorragique. La différence entre ces formes tient uniquement au degré des altérations.

Dans certaines variétés d'excavation glaucomateuse du nerf optique, l'excavation est si peu prononcée que l'on diagnostique souvent une atrophie progressive de la pupille d'origine médullaire. Comme conséquence, la première indication du traitement est de déboucher les voies lymphatiques par la sclérotomie.

Dés lésions méningo-cérébrales dans leurs rapports avec la névralgie faciale. — M. A. VOISIN communique l observation d'une femme entrée dans son service pour mélancolie consécutive à une névralgie du trijumeau droit. Cette névralgie datait de 1870. Depuis cette époque, la malade avait été soignée à diverses reprises sans en retirer aucune amélioration et, peu à peu, elle était devenue mélancolique et hypocondriaque. Cet état mental s'aggrava progressivement. Entre temps se développa un cancer utérin, qui amena la mort.

A l'autopsie, on trouve une lésion cérébrale limitée à une partie des circonvolutions frontale et pariétale ascendantes droites, qui étaient comprimées par une sorte de lac formé par le liquide céphalo-rachidien. Le siège des douleurs que la malade indiquait, correspondait donc assez nettement au siège de la lésion. M. Voisin croit, en conséquence, que, dans ce cas, la craniotomie eût pu être employée avec chances de succès, et qu'elle eût pu permettre d'obtenir la décompression. On eût peut-être, en agissant ainsi, entravé le développement des phénomènes psychiques qui ont abouti à la folie.

Chimie minérale des corps organisés. — M. GAUBE (du Gers) lit un mémoire sur le microbe anaérobie du tétanos et la bactéridie du charbon. Il a constaté que la quantité d'azote fixé est en rapport avec la quantité de matière minérale utilisée par ces infiniment petits. De plus, la potasse est la dominante minérale propre du charbon, et la soude la dominante minérale propre du tétanos.

Résection du nerf maxillaire inférieur dans le crâne. — M. QUÉNU lit une observation sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 38.)

COMMUNICATIONS

Traction rythmée de la langue. — M. LANCEREAUX, au nom de M. le docteur Vernet (de Charley), communique deux nouveaux faits de mort apparente, traités avec succès par le procédé de la langue.

La pustule maligne provoquée par des peaux importées de Chine. — M. PROUST rappelle qu'il y a quelques années, M. Chauveau fut chargé de rechercher les causes d'une épidémie de pustule maligne qui avait sévi dans le Finistère. Comme dans ce pays on traitait, depuis peu de temps, des peaux

de chèvres importées de Chine, on pensait que c'était à elles qu'était due l'épidémie.

M. Chauveau n'osa pas se prononcer. Il pensait que ces peaux de Chine pouvaient bien être incriminées, mais étant donné qu'il y avait dans le voisinage des foyers endémiques de charbon, on pouvait aussi supposer que là résidait la vraie cause de l'épidémie.

M. Proust vient d'observer à l'Hôtel-Dieu un cas qui paraît démontrer que les présomptions de M. Chauveau, relativement à l'influence des peaux de Chine sur le développement du charbon, sont parfaitement justifiées.

Il s'agit d'un malade atteint d'une pustule maligne du front, dont le diagnostic n'était pas douteux; il guérit par de larges cautérisations au thermocautère, en même temps que des injections de teinture d'iode dans la partie œdémateuse de la pustule. On fit une enquête sur l'origine du cas et on apprit que cet homme, peu de temps avant sa maladie, avait manié des peaux arrivant de Chine, et, en particulier, qu'il les avait époussetées.

On a recherché quelles pouvaient être, dans ces peaux, les parties qui contenaient plus particulièrement le germe pathogène. Or, on n'a pas tardé à reconnaître que ces peaux contenaient un insecte à divers degrés de développement, le « dermeste vulpinus », ainsi que les excréments de ces insectes. L'examen de ces insectes et de leurs excréments montre qu'ils renferment une quantité considérable de bactéridies charbonneuses. Des expériences faites sur des cobayes ont prouvé que l'inoculation sous-cutanée d'une décoction contenant ces insectes pilés et leurs déjections produit le charbon.

En présence de ces faits, il y a lieu de prendre des mesures prophylactiques au sujet de l'introduction, en France, de ces peaux de Chine, qui, en raison de leur bon marché, seront de plus en plus utilisées pour faire des couvertures et des descentes de lit, etc.

Voici celles de ces mesures qui pourraient être prises :

Inviter les patrons des ateliers où l'on bat et où l'on trie les peaux de Chine, à fournir aux ouvriers un masque et des gants en caoutchouc.

Il sera défendu aux ouvriers de porter les peaux avec poil sur l'épaule; ils devront se servir de brouettes.

Une ventilation excessive avec aspiration des poussières dans la chambre de chauffe où elles sont brûlées.

Des soins de propreté seront exigés des ouvriers : lavage de la figure et des mains avec des solutions antiseptiques. Ils doivent changer de costume au sortir de l'atelier.

Des affiches apposées dans l'intérieur de l'usine doivent appeler l'attention des ouvriers sur le danger des boutons ou des érosions de la peau.

Une surveillance très attentive doit être exercée sur les ouvriers par une personne compétente, de façon à ce que tout bouton, toute érosion, toute écorchure de la peau pouvant devenir dangereuse, soient immédiatement traités.

Des mesures de police sanitaires doivent être prises dans les pays d'origine, de façon à supprimer les germes charbonneux, les mouches et tout ce qui peut être dangereux.

Si ces mesures n'étaient pas exécutées, il y aurait lieu de fermer nos frontières aux peaux de Chine.

Mais ce n'est pas tout. Ainsi que l'a demandé déjà M. Chauveau, il faut se renseigner sur la nuisance des produits étrangers utilisés dans celles de nos usines qui travaillent les peaux, crins, cornes, etc. Comme cette nuisance tient à l'absence ou à la non-application des mesures légales de police sanitaire dans les pays d'origine, il y aurait lieu d'examiner, le cas échéant, si notre frontière ne doit pas être fermée à ces matières premières, quand elles viennent de pays où ces mesures de garantie n'existent pas.

RAPPORT

Hygiène de l'enfance. — M. CHARPENTIER, d'après un vœu de M. le docteur Guyot (de Calais), fait approuver par l'Académie la proposition de demander aux pouvoirs publics de réglementer les garderies d'enfants, au point de vue de leur fonctionnement régulier et de leur hygiène.

Il rend compte également d'un travail lu, il y a quelques mois, par M. le docteur Ledé, sur la mortalité des nouveau-nés en nourrice pendant les premiers mois, et sur les fâcheuses conditions de leur transport par les chemins de fer. (Voir au Premier-Paris.)

VARIÉTÉS

Hardy (1811-1893).

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. Rendu.)

Le professeur Hardy a succombé en quelques jours, des suites d'une pneumonie, le 25 janvier 1893.

M. Hardy a tenu une grande place dans l'histoire médicale de notre temps, et malgré son grand âge (il était le doyen des professeurs de l'École), son esprit avait conservé une étonnante vigueur, et sa parole était toujours écoutée comme au temps des plus brillantes années de son professorat : aussi sa perte a-t-elle été vivement ressentie par tout le corps médical, qui respectait en lui un maître incontesté.

Né à Paris, le 30 novembre 1811, Hardy s'annonça de bonne heure comme un travailleur à l'intelligence nette et à la parole précise. Interne à vingt et un ans, docteur quatre ans plus tard, chef de clinique en 1839, médecin des hôpitaux en 1840, il concourut deux fois à l'agrégation, et fut reçu en 1847; c'est à cette date qu'il publia, en collaboration avec M. Béhier, le *Traité de pathologie interne*, qui est si longtemps resté classique, et avec lequel a été élevée toute une génération médicale. De ce livre-ci, il est difficile de parler aujourd'hui que les progrès de l'histologie et surtout de la microbiologie ont transformé complètement la pathogénie des maladies, et fait connaître de bien plus près l'intimité des processus morbides. Mais, à l'heure de son apparition, le *Traité* de Hardy et Béhier eut une vogue énorme et méritée : méthodique dans son plan, simplement et clairement écrit, d'une admirable exactitude pour tout ce qui concernait la symptomatologie et le diagnostic, très complet sur la question du traitement, il réalisait un progrès considérable sur les ouvrages antérieurs, et s'il nous paraît maintenant singulièrement démodé, c'est que, depuis, la science a marché à pas de géant. Avec ses imperfections et ses erreurs, il n'en a pas moins été un livre essentiellement utile, et qui a justement établi la réputation de clinicien et d'écrivain de son auteur.

Le véritable titre de gloire de Hardy est son enseignement de l'hôpital Saint-Louis. Attaché pendant vingt-deux ans à la clinique de la rue Bichat, on peut dire qu'avec Bazin, il a créé en France l'enseignement de la dermatologie. Les médecins antérieurs à ma génération se rappellent avec quel éclat incomparable cet enseignement était vulgarisé par ces deux illustres maîtres. Bazin, avec sa largeur de vues et son sens admirable de la pathologie générale, voyait dans les dermatoses les manifestations extérieures d'un trouble profond de l'organisme, d'un état constitutionnel ou diathésique, et comme c'était, avant tout, un esprit exact, il cherchait à faire rentrer toutes les affections cutanées dans ce cadre théorique.

Hardy, moins doctrinaire, observant sans parti pris les faits cliniques, et préoccupé surtout de guérir les affections cutanées, voyait les lacunes du système de Bazin et les côtés faibles d'une théorie trop exclusive. De là des polémiques violentes, soutenues de part et d'autre avec un grand talent, mais allant parfois trop loin, les deux lutteurs étant entraînés par l'ardeur de leurs convictions à forcer la note de leurs opinions respectives. C'est pour cela, qu'à tort, on a voulu voir dans Hardy l'adversaire de l'idée diathésique. Jamais il n'a soutenu que les maladies cutanées fussent exclusivement locales et indépendantes de toute cause générale, comme l'enseigne aujourd'hui l'École de Vienne. Au contraire, il a toujours admis l'influence des états constitutionnels

sur les dermatoses; ses leçons célèbres sur les affections cutanées dartreuses (1862), sur la scrofule et les scrofulides (1864), sur les maladies dartreuses (1868) en font foi. Nous avons d'ailleurs son testament scientifique et son exposition de doctrine dans la belle préface de son *Traité des maladies de la peau*, où il dit textuellement : « Quoique divisés dans quelques détails, Bazin et moi, nous avions des idées communes sur la plupart des maladies de la peau, et notre enseignement s'appuyait sur des opinions doctrinaires à peu près semblables. »

Cet enseignement de la dermatologie, pendant vingt-deux ans, Hardy l'a poursuivi sans relâche et avec un succès toujours croissant. On peut dire, sans exagération, que l'hôpital Saint-Louis, pendant toute cette période, a été un centre de rayonnement intellectuel vers lequel accouraient les médecins de tous les pays, désireux d'apprendre les maladies cutanées. Avec son esprit net et précis, sa parole incisive, le professeur Hardy donnait admirablement cette instruction élémentaire et pratique, si utile pour les commençants et pour les personnes mal initiées aux difficultés de la dermatologie : nul n'a contribué à vulgariser plus efficacement cette science toute française. Aussi, fut-ce de toute justice, qu'au dernier Congrès international de dermatologie de Vienne, il fut nommé président d'honneur, aux acclamations de tous les membres présents, dont une grande partie avaient été ses élèves.

En 1877, M. Hardy quitta la chaire de pathologie interne pour prendre celle de clinique à l'hôpital de la Charité. Dans ces nouvelles fonctions, qu'il abordait non sans hésitation (il avait alors soixante-sept ans), il sut se montrer supérieur, et peu de professeurs de clinique ont obtenu, auprès des élèves, un succès d'un aussi bon aloi. Non pas que son enseignement fût très élevé, ni appuyé sur des recherches de microbiologie ou d'histologie originales, mais il était goûté précisément parce qu'il était simple, pratique, répondant merveilleusement aux aspirations d'un auditoire, plus désireux d'apprendre à soigner les malades, qu'à se tenir au courant des dernières découvertes du jour. M. Hardy excellait à présenter, d'une façon claire et précise, les faits cliniques et à en déduire une thérapeutique judicieuse et rationnelle; il s'assimilait facilement les doctrines nouvelles, et, avec son bon sens supérieur, il fut un des premiers à saluer, dans les découvertes de Pasteur, une ère nouvelle, tout en conservant fidèlement les traditions de la médecine d'observation.

Comme homme, Hardy n'était pas moins estimable que comme savant. Pendant toute sa vie, il a donné l'exemple d'une probité professionnelle absolue, d'une rare indépendance de caractère, et d'un esprit de justice que ses adversaires eux-mêmes se sont toujours plu à reconnaître. D'une énergie et d'une activité prodigieuses, il a travaillé jusqu'à ses derniers jours sans défaillance : levé dès l'aube, il avait commencé depuis longtemps sa journée quand il venait faire son service à l'hôpital, et déjà octogénaire, il faisait face encore aux exigences d'une clientèle considérable, tout en trouvant le moyen de mener le soir la vie d'un homme du monde. Quatre jours avant sa mort, il prenait part, à l'Assistance publique, à une discussion sur les modifications à introduire dans le concours du Bureau central, et il y apportait cette ardeur et cette vivacité qui le rendaient si redoutable dans les polémiques oratoires. On peut dire de lui qu'il est mort debout, après être resté plus d'un demi-siècle sur la brèche, et après avoir été le maître écouté de plusieurs générations médicales.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

61. M. BROCA. Étude physiologique, physique et clinique sur la vision des éruptions cutanées. — 62. M. DURAN. Du sarcome primitif du poumon. — 63. M. POMPIDOR. Relation d'une épidémie de choléra en Bretagne, en 1892. — 64. M. BRUNET (Henri). Dégénérescence mentale ou goître exophtalmique. — 65. M. CROUSTEL. Contribution à l'étude de la vision colorée. Recherches sur la perte de la sensibilité chromatique dans les maladies mentales. — 66. M. LÉONCINI. Étude sur quelques troubles respiratoires dans la chlorose. — 67. M. MILLON. Des manifestations cutanées dues aux vices de la nutrition chez les enfants. — 68. M. GUYON. Contribution à l'étude de l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal (en particulier du cerveau). — 69. M. GOUPIL. De l'intervention sanglante dans le pied plat valgus douloureux avec déformation osseuse. — 70. M. DAMOURETTE. Affection des nourrissons causée par la galactophorite de la nourrice. — 71. M. FRANCHOMME. Anomalies de régression du canal Vitellin. Diverticule de Meckel. Fistules ombilicales.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 janvier 1894, M. le docteur Mouraille (de New-York) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 9 janvier 1894, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de première classe des colonies Henry et Rançon ; — Duval, médecin du service local à Saint-Louis.

— *Faculté de médecine de Paris.* — La Faculté décerne les récompenses suivantes aux thèses soutenues pendant l'année scolaire 1892-1893 :

Médailles d'argent : MM. Arrou, Artault, Claisse, Faure-Miller, Guillemain, Mauclaire, Rénon, de Saint-Germain, Soupault et Vialet.

Médailles de bronze : MM. Bernheim, Chavane, Decréquy, Delorde, Durand, Œttinger, Gaston, Janet, Leray, Loisel, Marois, Maupâté, de Mello Vianna, Ravé, Renault, Sonnié-Moret, Tchérépakhine, Terson, Thérèse et Trognon.

Mentions honorables : MM. Archawski, Benoît, Bonneau, Bouquet, Breton, Brion, Brodier, Bureau, Calbet, Déhu, Ducellier, Flandre, Gallet-Duplessis, Gotchaux, Hélary, Houdaille, Le Coquil, Leredde, Papillon, Pécharman, Pérignon, Sorel et Triboulet.

— *Concours de l'externat.* — Question donnée : « Signes et diagnostic de la pleurésie aiguë séro-fibrineuse. »

— La Société de chirurgie tiendra sa séance annuelle le mercredi 17 janvier, à quatre heures.

Ordre du jour : 1° allocution de M. Ch. Périer, président; 2° compte rendu des travaux de l'année 1893, par M. Kirmisson, secrétaire annuel; 3° éloge du professeur Richet, par M. Ch. Monod, secrétaire général; 4° proclamation des prix pour l'année 1893.

— L'Académie des sciences a élu, dans sa dernière séance, comme vice-président, M. Marey. C'est donc notre éminent confrère qui présidera l'Académie des sciences en 1895.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis, agrégé à la Faculté, membre de l'Académie de médecine. M. Quinquaud a été enlevé après quelques jours seulement de maladie.

— M. le docteur Diday (de Lyon) vient de mourir. Notre regretté confrère avait été, avec MM. Brochin et Dechambre, un de nos journalistes les plus distingués. Tous trois s'étaient formés à l'école de Jules Guérin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE





Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Pathogénie et traitement de l'ulcère de l'estomac.

Par le docteur L. Thérèse,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Autant les caractères anatomiques et la symptomatologie confirmée de l'ulcère simple de l'estomac ont été faciles à établir et à faire accepter, autant il est difficile d'arriver à une conclusion ferme sur la pathogénie de cette affection. Il n'a même pas été possible jusqu'ici de fixer d'une manière définitive s'il s'agit là d'un processus unique ou, au contraire, si l'ulcère rond de l'estomac ne pouvait pas être l'aboutissant d'une foule de lésions différentes à leur origine; nous n'en voulons donner pour preuve que ce passage du tout récent ouvrage de M. Bouveret : à la conclusion du professeur Jaccoud ainsi formulée (1) : « Il est fort possible que l'ulcère simple n'ait rien de caractéristique au point de départ, et qu'une ulcération quelconque de l'estomac puisse revêtir, sous l'influence de la corrosion, les caractères objectifs qui distinguent la lésion à la période d'état », M. Bouveret répond (2) : « Cette interprétation n'est pas acceptable » et s'appuie pour la refuser sur la tendance à la cicatrisation des plaies chirurgicales de l'estomac et des lésions expérimentales.

Et, cependant, le grand nombre des théories proposées pour l'explication de l'ulcère simple de l'estomac, ayant toutes à leur actif des observations positives et n'arrivant ni les unes, ni les autres à fournir une explication satisfaisante de tous les cas, semble bien montrer que les points de départ peuvent être multiples. Maintenant plus que jamais on tend à admettre qu'en pathologie il ne suffit pas de la réalisation d'une seule condition pour aboutir à un état morbide et qu'un terrain convenable est nécessaire à l'action d'un agent morbifique quel qu'il soit : peut-être la conclusion de M. Jaccoud rallierait l'adhésion des partisans les plus convaincus du rôle de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion dans la production de l'ulcère de l'estomac, s'il y était spécifié que la corrosion n'a lieu qu'en présence d'un suc gastrique modifié : car, enfin, toute hyperchlorhydrie ou hypersécrétion n'entraîne pas fatalement la production d'un ulcère rond de l'estomac, il faut donc bien admettre que là où cette complication survient, une autre cause est venue concourir à sa production et qu'un suc gastrique modifié n'agira que sur une muqueuse préalablement malade, sans quoi ce ne serait pas une ulcération limitée qui devrait se produire, mais bien une destruction en masse de la muqueuse stomacale. Nous aurons donc là deux ordres de faits à étudier, d'une part les causes qui peuvent amener une lésion de la muqueuse sur laquelle s'exercera l'action d'un suc gastrique trop abondant ou trop acide, d'autre part l'action de ce suc gastrique modifié sur une lésion déjà existante.

Enfin, nous verrons que, pour certains auteurs, la réunion de ces deux ordres de causes est rare et que, pour eux, l'hypersécrétion joue les deux rôles et prépare elle-même le terrain sur lequel agit le liquide sécrété.

(1) Jaccoud. *Traité de pathologie.*
(2) Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893.

II

La donnée de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion dans l'ulcère simple de l'estomac est toute moderne, aussi, jusqu'à ces dernières années, verrons-nous les auteurs chercher à cette affection une cause purement anatomique. En même temps qu'il en donnait une description anatomo-pathologique, Cruveilhier cherchait une explication à la lésion qu'il venait d'étudier et émettait une théorie souvent reprise depuis où la place prépondérante est laissée à la gastrite. Galliard (1), qui a fait une étude approfondie des lésions de la muqueuse dans l'ulcère de l'estomac, se rallie à cette manière de voir et donne du processus histologique et anatomo-pathologique la description suivante : il se forme des amas de cellules embryonnaires entre la couche glandulaire et la muscularis mucosæ; ces cellules dégénèrent, se transforment en globules de pus, rompent la barrière épithéliale, sont éliminées et laissent à leur place une perte de substance qui, d'abord simple érosion, devient un ulcère grâce à l'extension centrifuge du même processus. A cette théorie, se rattachent également M. Laveran et M. Bucquoy : tous ces auteurs ont été frappés de la fré-

(1) Galliard. Th. de Paris, 1882.

quence et de l'abondance des plaques de gastrite observées dans la plupart des cas d'ulcère de l'estomac.

A côté de la gastrite proprement dite et considérée dans son mode chronique, il convient de placer un certain nombre de processus accidentels qui peuvent arriver à détruire la barrière épithéliale et créer de véritables foyers inflammatoires en tout comparables à ceux décrits par Galliard. C'est ainsi que les empoisonnements surtout par les caustiques, les traumatismes déterminés directement par l'absorption de corps étrangers, peuvent créer une lésion primitive sur laquelle le suc gastrique pourra exercer son influence, lorsqu'il présentera les altérations nécessaires pour lui permettre d'attaquer les tissus de la paroi stomacale. Les ulcérations produites par l'urémie pourraient être considérées au même point de vue, mais il est bien rare qu'une affection rénale, arrivée à un degré capable d'avoir produit de telles altérations, laisse survivre assez longtemps le malade pour que l'ulcère proprement dit ait le temps de s'installer.

L'une des théories qui ont rassemblé le plus grand nombre d'adeptes et ont été défendues avec le plus d'énergie est celle qui fait succéder l'ulcère à des lésions vasculaires ou tout au moins à des troubles de vascularisation : embolie, thrombose, suffusions sanguines, ralentissement de la circulation veineuse, tout a été incriminé.

L'embolie a surtout été observée et soutenue par Virchow qui, tout en la considérant comme une cause d'ulcère, ne la regardait pas comme la seule possible. Cette théorie s'appuie sur des faits cliniques indiscutables : l'embolus détaché soit du cœur, soit des gros vaisseaux et venant oblitérer un rameau artériel destiné à la muqueuse stomacale détermine un foyer nécrosique : les anastomoses vasculaires qui existent dans la couche glandulaire restreignent considérablement son étendue, mais il suffit comme amorce à ce que le suc gastrique transformera en un véritable ulcère; il est évident que les qualités de ce suc gastrique doivent constituer un facteur important, car il est loin d'exister un rapport direct de fréquence entre l'ulcus rotundum et les affections valvulaires du cœur, causes les plus fréquentes des embolies artérielles.

C'est par un mécanisme absolument analogue qu'agit la thrombose défendue par Rokitanski : thrombose qui détermine soit de petites nécroses partielles, soit des anémies locales suivant que l'oblitération est plus ou moins complète. Il n'est d'ailleurs guère d'auteurs qui, s'occupant de l'anatomie pathologique de l'ulcère rond, n'aient eu à signaler les altérations vasculaires allant de l'épaississement à l'oblitération : mais la priorité en date de ces altérations n'est rien moins que démontrée; d'ailleurs, comme le fait remarquer M. Mathieu (1), avec la thrombose, on ne s'expliquerait guère que la production de vastes ulcérations correspondant à un rameau considérable, puisque les artères gastriques ne sont pas des artères terminales. En tout cas, un fait intéressant, lors même que ces altérations vasculaires ne seraient que secondaires, c'est qu'il en résulte, comme l'a observé Galliard, une zone fortement anémiée au pourtour de l'ulcère et partant une moindre résistance des tissus qui permet la marche extensive de la lésion. A cette question des anémies locales, se rattache celle des anémies spasmodiques : pour Klebs, les mauvaises conditions de résistance de la muqueuse seraient dues à la diminution de l'apport sanguin sous l'influence de la contraction des petits vaisseaux; pour Axelkey, le même résultat serait dû non pas à la contraction des petits vaisseaux, mais à celle des tuniques musculaires de l'estomac qui, formant brides autour d'eux, ralentiraient tout aussi efficacement la circulation en étranglant les petits vaisseaux.

(1) Mathieu. *Traité de médecine*, t. IV, p. 344.

Toutes les causes d'origine cardiaque, vasculaire ou nerveuse, qui peuvent s'accompagner de congestions veineuses, de suffusions sanguines, aboutissent au même résultat, en diminuant la résistance de la muqueuse ou en en déterminant l'élimination partielle. Nous venons de parler incidemment du rôle du système nerveux dans la production de l'ulcère : indépendamment des ecchymoses sous-muqueuses consécutives aux lésions des centres cérébro-spinaux, le système nerveux pourrait, pour quelques auteurs, intervenir d'autre manière et on pourrait observer, au niveau de la muqueuse gastrique, des lésions trophiques analogues à celles qu'on observe du côté de la peau; la coïncidence de l'ulcère rond et de troubles névropathiques a été, il est vrai, souvent observée, mais l'hyperchlorhydrie est fréquente chez les névropathes et, d'ailleurs, il ne semble pas qu'il existe d'observation probante de ces troubles trophiques, admis plutôt à titre d'hypothèse, par analogie.

Entre les théories purement anatomiques et les théories qu'on pourrait appeler chimiques, on doit réserver une place aux théories qui font jouer le premier rôle, dans le cas qui nous occupe, aux maladies infectieuses : des données dans ce sens ont été fournies par Bœttcher, M. le professeur Brouardel, Lejuge de Segrais, de Lignerolles, etc., mais c'est surtout M. Letulle qui a établi le point de départ infectieux de certains ulcères de l'estomac. Quiroga, inspiré par lui, fit de ce sujet l'objet de sa thèse inaugurale (1). Dans une communication à l'Académie des sciences (2), M. Letulle fit connaître le résultat de recherches anatomo-pathologiques et expérimentales ayant pour point de départ deux observations : dans la première, il s'agissait d'un ulcère rond de l'estomac développé au cours de la convalescence d'une maladie infectieuse; dans la seconde, d'un cas mortel de septicémie puerpérale, suivi d'autopsie.

Dans les pièces provenant de cette seconde observation, les veinules étaient thrombosées, la muqueuse était infiltrée de streptocoques. Les mêmes résultats furent observés sur l'estomac de cobayes ayant reçu l'un, une inoculation de culture pure de dysenterie, l'autre une culture de staphylococcus aureus : les lésions varièrent de simples ecchymoses à des ulcérations étendues menaçant de perforer l'estomac. De ces faits, M. Letulle donne l'explication suivante : « Je crois devoir conclure de ces faits, en disant que le mécanisme qui préside à l'établissement de ces lésions ulcératives d'origine infectieuse peut être double : tantôt — ce sont les cas qui me paraissent les plus rares — l'injection de germes pathogènes déglutis permet leur culture à la surface de la muqueuse gastro-duodénale; tantôt les éléments morbigènes, véhiculés au hasard des courants sanguins ou lymphatiques, viennent se greffer dans les mailles du tissu conjonctif sous-muqueux. Là les parasites trouvent un terrain favorable à leur développement, entravent l'apport des sucs nutritifs et exposent la muqueuse correspondante à la corrosion des liquides acides qui la baignent. »

(1) Quiroga. Th. de Paris, 1888.
(2) 18 juin 1888.

Ici ce ne serait donc plus la diminution de l'apport sanguin qui entraînerait la déchéance des éléments de la muqueuse, mais les microbes directement par leur présence. Cette théorie semble peu séduire M. Bouveret qui, après l'avoir analysée, termine en disant : « Ces expériences prouvent seulement qu'une injection expérimentale peut produire des ecchymoses, des infarctus et des ulcérations de la muqueuse de l'estomac. »

Dans ce même cadre peuvent rentrer les ulcérations que les travaux de M. le professeur Cornil, de M. Chauffard ont fait connaître dans la fièvre typhoïde, que les travaux de M. Marfan ont montrées dans la tuberculose; il convient également de rapprocher de ces faits les expériences récentes de MM. Henriquez et Hallion (1), qui ont observé des ulcérations gastriques à la suite d'injections de toxines diphtériques.

Les auteurs modernes sont loin de considérer la question sous le même point de vue que leurs prédécesseurs. Dans la première période, chacun s'efforce de trouver la cause d'une lésion primitive sur laquelle il admet que le suc gastrique peut mordre. Les auteurs modernes, au contraire, s'élèvent contre cette conception et n'admettent point qu'un suc gastrique normal entrave la cicatrisation et creuse un ulcère véritable, appuyant leur opinion sur le fait de la réparation rapide et facile des plaies stomacales d'origine chirurgicale. Tout en admettant le rôle occasionnel que peuvent jouer les causes d'ulcérations que nous venons de passer en revue, ils n'en reconnaissent pas la nécessité et rapportent aux modifications du suc gastrique le rôle principal et véritablement efficace dans la production de l'ulcère de l'estomac. C'est donc actuellement la théorie chimique qui tend à prévaloir.

III

Avant que ce rôle chimique du suc gastrique modifié eût été mis en avant et profondément étudié avec toutes les ressources de l'analyse moderne, un certain nombre d'observateurs avaient cherché dans les modifications des liquides de l'organisme la cause de la destruction ulcérative de la muqueuse, non pas tant, pour la plupart, en faisant intervenir les modifications du suc gastrique lui-même, que les altérations des milieux chargés de la nutrition des parois de l'estomac. C'est d'abord la diminution de l'alcalinité du sang qui fut incriminée par M. Pavy : d'après la théorie émise par M. Pavy, le suc gastrique acide, se trouvant en présence d'une résistance moindre, parviendrait à entamer la muqueuse; c'est, on le voit, l'analogue de la théorie moderne, mais avec cette différence que l'excès d'acidité du suc gastrique, au lieu d'être absolue, n'est que relative.

On a également cherché à expliquer l'absence de réparation des ulcérations de la muqueuse gastrique, quelle qu'ait été la cause qui les ait produites, par la diminution des qualités normales du sang, et plusieurs observateurs se sont efforcés de combiner expérimentalement des ulcérations gastriques artificielles, avec une anémie provoquée par d'abondantes pertes sanguines : à cet ordre de faits appartiennent les expériences de Quincke et Dœttvyler qui, après avoir anémié un chien, ont lésé les couches optiques. Si, comme nous l'avons vu, cette dernière blessure ne suffit pas à déterminer un véritable ulcère, elle produit des ecchymoses et de petites ulcérations qui, normalement, se réparent rapidement. Dans l'expérience de Quincke et Dœttvyler, au bout de trente jours, la réparation ne s'était pas faite. En réalité, comme le fait remarquer M. Bouveret, il ne s'agit là nullement d'un véritable ulcère mais bien d'un retard de la cicatrisation d'une plaie chez un animal affaibli; les conditions de l'expérience ne sont d'ailleurs que fort peu comparables à ce qui s'observe en clinique pour l'ulcère rond. Il va sans dire que c'est dans l'altération du sang que se trouve, avec cette théorie, l'explication des rapports de l'ulcère et de la chlorose.

Avant d'en arriver à la conception toute moderne de l'hyperchlorhydrie et de l'hypersécrétion, nous signalerons encore les expériences qui furent faites dans le but de montrer l'action du suc gastrique normal sur une paroi malade; cette conception est déjà établie en Allemagne depuis assez longtemps, pour que l'ulcère de l'estomac y soit connu sous le nom d'ulcère peptique. L'un des premiers, Filehne dirigea ses recherches dans ce sens et prit, pour sujet d'étude, les ulcérations stomacales qui suivent les injections hypodermiques d'arsenic. Les animaux en expérience furent divisés en deux séries : on introduisit dans l'estomac des animaux d'une des séries, une certaine quantité de magnésie et de bicarbonate de soude, de façon à neutraliser le suc gastrique ; les autres furent abandonnés à eux-mêmes, après avoir reçu l'injection hypodermique. Tandis que ces derniers présentèrent des ulcérations gastriques très manifestes, les autres en furent complètement exempts, d'où Filehne conclut que les ulcérations gastriques sont d'ordre peptique.

Mais c'est à l'augmentation de l'acidité du suc gastrique et à la permanence anormale de sa sécrétion qu'est attribuée maintenant la grande part dans la pathogénie de l'ulcère de l'estomac. De tout temps, l'allure spéciale et progressive de cette affection avait bien été attribuée à la digestion de la paroi stomacale, mais c'était à l'action du suc gastrique normal sur une paroi malade qu'était rapportée la lésion, tandis que maintenant, au contraire, c'est au suc gastrique modifié, attaquant une paroi relativement saine, qu'on fait jouer le rôle principal.

L'étude récente et ardemment poursuivie du chimisme stomacal a conduit à cette nouvelle conception qui, il faut bien le dire, a pour elle la plupart des cas observés consciencieusement et la plus grande vraisemblance, sans rencontrer de faits nettement négatifs.

Nous croyons ne pouvoir mieux faire que d'emprunter au récent ouvrage de M. Bouveret les principales lignes de ce sujet; mais avant d'entrer dans la question elle-même, il nous semble utile de dire quelques mots des troubles de sécrétion considérés en eux-mêmes, puisque c'est à ces troubles de sécrétion qu'on fait jouer le rôle le plus important.

C'est à Reichmann (1882) qu'est due la première étude complète sur les troubles de la sécrétion gastrique; une différence nettement tranchée doit être établie entre les deux grandes manifestations de cet ordre : l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion. Nous emprunterons exactement au livre de M. Bouveret la définition de ces deux expressions. Voici ce qu'on doit entendre par *hyperchlorhydrie* ou *hyperacidité*, hyperacidité gastrique des Allemands : « La sécrétion pèche par excès, elle est plus abondante qu'à l'état normal ou plus riche en pepsine et en acide chlorhydrique, mais elle garde toujours l'allure périodique qu'elle

(1) Henriquez et Hallion. Soc. de biol., déc. 1893.

a toujours chez l'homme bien portant. L'excès de la sécrétion ne se produit que pendant la période digestive et sous l'influence de la stimulation des ingesta sur la muqueuse gastrique. La période digestive peut ne pas excéder la durée normale, et quand elle a pris fin, la sécrétion cesse entièrement, l'appareil sécréteur revient à l'état de repos. »

Voici en quoi consiste l'hypersécrétion : « Ce qui caractérise essentiellement cet état pathologique, c'est que la sécrétion du suc gastrique est devenue tout à fait continue. Elle a perdu l'allure périodique de l'état normal; elle a lieu sans cesse, même à jeun, en l'absence de toute stimulation de l'aliment sur la muqueuse de l'estomac. L'appareil sécréteur est toujours en activité, il n'a pas de période de repos. »

Or de ces deux troubles sécrétoires, l'un surtout a une part considérable dans le développement de l'ulcère, c'est l'hypersécrétion, qui, ne laissant à aucun moment l'érosion primitive à l'abri du suc gastrique, empêche toute réparation et ne permet la guérison de l'ulcère qu'à la condition de disparaître elle-même, mais le point particulièrement intéressant de cette conception, c'est que l'hypersécrétion fournirait à elle seule les deux facteurs nécessaires à la production de l'ulcère : le point de moindre résistance et le liquide gastrique modifié.

L'hypersécrétion ou maladie de Reichmann embrasse ainsi toute la pathogénie de l'ulcère simple qui ne se présente plus que comme une de ses complications. Cependant à côté du résultat relevant de la continuité de la sécrétion, il existe une place pour le rôle joué par l'excès d'acide chlorhydrique; son action est prouvée par l'expérience d'Ewald et Koch (1), qui provoquent d'abord des troubles vaso-moteurs de la muqueuse gastrique par la blessure de la moelle cervicale, puis dans l'estomac de l'animal opéré introduisent à diverses reprises une solution à 5 p. 1000 d'acide chlorhydrique; cet acide existe sans cesse à l'état libre dans le milieu stomacal; les ulcérations de la muqueuse ne se cicatrisent pas ; elles deviennent de plus en plus profondes.

Nous avons déjà rapporté la définition de l'hypersécrétion, mais son importance est trop grande pour que nous n'entrions pas dans plus de détails sur son histoire. Les données anatomo-pathologiques ne peuvent servir de base et être acceptées sans réserves, car elles ont été fournies par l'examen de pièces provenant d'ulcère simple et, pour leur donner leur importance, il est de toute nécessité d'établir les relations étroites de l'hypersécrétion et de l'ulcère sur d'autres preuves : c'est ce que s'est efforcé de faire M. Bouveret, s'appuyant sur des renseignements d'ordre clinique et surtout sur de nombreuses analyses du suc gastrique; nous le suivrons d'abord dans le détail des caractères de l'hypersécrétion, soit protopathique, soit deutéropathique, caractères retrouvés dans la plupart des cas d'ulcères, et nous terminerons par l'exposé des lésions anatomiques attribuées à ces deux étapes d'un même processus.

Disons de suite que la même description convient à l'hypersécrétion, qu'elle soit protopathique ou deutéropathique, cette dernière ne se distinguant qu'au point de vue pathogénique par la concomitance d'une affection plus générale

(1) Koch. *Klinik der Verdanungskrankheiten*, Berlin 1888.

dont elle dépend. Parmi les affections générales qui lui donnent le plus souvent naissance se trouvent, en première ligne, la neurasthénie et la chlorose, d'où l'explication de la fréquence de l'ulcère chez ces malades. De quelque origine qu'elle soit, l'hypersécrétion peut déterminer des phénomènes graves qui rappellent le cancer de l'estomac. Les forces baissent rapidement, l'amaigrissement est considérable, les vomissements sont répétés, apparaissant à la fin de la crise gastralgique et faisant cesser la douleur : celle-ci sourde le matin, où elle ne se traduit souvent que par une sensation de pesanteur, apparaît généralement avec intensité quelques heures après le repas de midi et devient particulièrement intolérable la nuit; lorsque cet élément douloureux n'est pas trop considérable, l'appétit est conservé, la soif est généralement vive, l'estomac, dilaté souvent dans de grandes proportions, contient à jeun de 100 à 500 grammes d'un liquide mélangé de débris alimentaires et fortement acide. Lors même qu'on a pratiqué le soir précédent un lavage complet, l'estomac contient, au réveil, une notable quantité de suc gastrique sécrété pendant le sommeil : les fonctions intestinales sont troublées, la sécrétion urinaire a diminué, le taux des chlorures est abaissé. Somme toute, c'est l'examen direct par la sonde et l'analyse chimique du suc gastrique qui constitue le criterium et permet d'affirmer le diagnostic.

Nous n'insisterons pas sur la ressemblance clinique de cette affection avec le tableau ordinaire de l'ulcus rotundum et nous nous bornerons à indiquer quelques statistiques fournies par les auteurs qui se sont le plus occupés de la question, statistiques portant sur la sécrétion gastrique au cours de l'ulcère simple.

Riegel (1), ayant fait 382 analyses du suc gastrique dans 42 cas d'ulcères, a vu constamment l'ulcère associé à l'excès de la sécrétion. Sur 10 malades atteints d'ulcère, Schœffer (2) a constaté dans les liquides gastriques une proportion exagérée d'acide chlorhydrique. Korczinski et Jaworski (3), sur 24 cas d'ulcères examinés, ont trouvé que, dans les 24 cas, la sécrétion était augmentée et existait même à jeun. M. Bouveret (4), auquel nous empruntons les chiffres précédents, a, dans 12 cas examinés, trouvé l'association constante et permanente de l'hypersécrétion. Pour les malades chez lesquels l'introduction de la sonde eût été dangereuse, l'examen des vomissements a toujours fini par révéler un excès d'acide chlorhydrique.

Les cas négatifs, dus à d'autres auteurs beaucoup moins nombreux, sont, de plus, tous sujets à des critiques qui en diminuent la portée.

C'est à Korczinski et Jaworski qu'est due la description de la lésion considérée comme caractéristique de l'hypersécrétion : indépendamment des lésions d'épaississement et d'infiltration embryonnaire déjà connues, ces auteurs ont décrit une altération spéciale des glandes gastriques. Les cellules principales ont dégénéré ou disparu, tandis que les cellules de revêtement, ou cellules bordantes, sont entièrement conservées, même hyperplasiées, avec intégrité parfaite du noyau et du protoplasma. C'est à cette lésion que M. le professeur Hayem donne le nom de gastrite parenchymateuse hyperpeptique.

(1) Riegel. *Zeits. f. Klin. Med.*, Bd. XII, S. 434.
(2) Schœffer. *Berlin. Klin. Wochens.*, mai 1888.
(3) Korczinski et Jaworski. *Deuts. Med. Wochens.*, 1886.
(4) Bouveret. *Traité des maladies de l'estomac*, 1893, p. 247.

avec une préface du docteur LANCEREAUX. — 1 vol. in-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires, par le docteur H. BARTH, médecin de l'hôpital Broussais. Un joli volume in-12 relié de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Détermination pratique de la réfraction oculaire par la kératoscopie ou skiascopie. Application à l'examen des conscrits (*Petite encyclopédie médicale*), par le docteur BILLOT, médecin-major de première classe. 1 vol. in-18, cartonné à l'anglaise, fer spécial. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Recherches expérimentales sur les leucocytes, par le docteur E. MAUREL, médecin principal de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse. *Applications à la méthode microbienne.* — Huitième et dernier fascicule « Action des microbes pathogènes sur nos leucocytes ». Résumé général : Essai sur la méthode microbienne. 1 vol. in-8° de 250 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 15 janvier 1894.

Les internes en médecine de nos hôpitaux viennent de faire une sorte de plébiscite sur un certain nombre de questions qui les intéressent spécialement. Presque tous les internes ont répondu aux questions qui ont été posées. Les réponses publiées sont donc un reflet exact de l'opinion générale des « salles de garde ».

Première question. — A partir de 1896, tout candidat à l'internat ne devra pas avoir plus de six années de médecine. Ce règlement qui exclut les vieux externes et les internes de province doit-il être accepté ?

142 ont répondu *non*.
22 — *oui*.
10 se sont abstenus.

Avec l'application de la nouvelle loi militaire, il est à penser qu'il y aura peu de candidats à l'internat ayant plus de six années de médecine. Ce ne seront guère que les étudiants réformés ou dispensés et les étrangers qui pourraient profiter d'un nouveau remaniement du règlement. A notre avis, il serait peut-être injuste de faire une faveur profitable surtout à ceux qui n'auraient pas une année à passer sous les drapeaux. Aussi, demandons-nous que, dans l'intérêt général, le règlement soit maintenu tel qu'il est.

La deuxième question a trait au doctorat des internes.

Deuxième question. — Doctorat des internes.

a. Tout candidat à l'internat doit-il être docteur ?

164 ont répondu *non*.
4 — *oui*.
6 se sont abstenus.

b. Un candidat à l'internat peut-il être docteur ?

107 ont répondu *non*.
56 — *oui*.
11 se sont abstenus.

c. Un interne peut-il passer sa thèse en conservant ses fonctions?

123 ont répondu *oui*.
44 — *non*.
7 se sont abstenus.

d. En présence de la nouvelle loi militaire et si le doctorat des internes n'est pas accepté en principe, ne doit-on pas autoriser tout candidat qui, pour échapper aux deux années de service supplémentaire, a dû passer sa thèse, de se présenter au concours ?

77 ont répondu *non*.
72 — *oui*.
25 se sont abstenus.

La réponse aux questions *a* et *b* est fort nette. Elle sera approuvée de tous. Mais la réponse à la troisième nous paraît en contradiction avec les deux premières. Si l'interne peut conserver ses fonctions après avoir passé sa thèse, il n'y a aucune raison de refuser au candidat à l'internat le droit d'être docteur. Refuser au candidat ce qu'on lui accorderait le lendemain de sa réception, nous paraît absolument illogique.

Non, un interne ne saurait être docteur, c'est-à-dire praticien. C'est ce que les internes ont nettement compris, à la majorité de 164 contre 4. Dès lors, les questions *b*, *c*, *d*, devaient recevoir la même réponse : ni le candidat à l'internat, ni l'interne en fonctions ne peuvent être docteurs. Créer des catégories, admettre des exceptions, c'est entr'ouvrir la porte à l'arbitraire, et la porte une fois entr'ouverte, c'est avec l'Administration, qui est censée administrer l'Assistance publique, le règne absolu du bon plaisir.

Troisième question. — Doit-on exiger de tout candidat à l'internat l'abstention des cinq examens de doctorat?

112 ont répondu *non*.
41 — *oui*.
21 se sont abstenus.

Quatrième question. — Êtes-vous partisan de l'assimilation des internes aux docteurs dans l'intérieur de l'hôpital ?

155 ont répondu *oui*.
6 — *non*.
13 se sont abstenus.

On ne saurait marchander son approbation aux réponses ci-dessus. Il est ridicule de voir l'interne, appelé d'urgence près de cas graves, ne pouvoir *légalement* intervenir et, en réalité, être passible de peines judiciaires, uniquement pour accomplir ce qui est son devoir. Il est profondément triste de voir un interne, mandé devant les tribunaux, pour un accident de chloroforme, alors surtout, ce qui s'est, hélas! présenté, qu'il n'est pas soutenu et couvert par son chef de service. Nous répondrons donc, avec nos jeunes collègues : « Oui, l'interne à l'hôpital a et doit avoir les droits et les prérogatives des docteurs. »

Cinquième question. — En présence du nombre toujours croissant des internes, nombre qui ne peut aller qu'en augmentant, à mesure que se créeront des hôpitaux nouveaux, ne paraît-il pas légitime de prendre des dispositions qui permettraient de ne pas dépasser le nombre actuel ?

133 ont répondu *oui.*
28 — *non.*
13 se sont abstenus.

Nous avons maintes fois, dans le journal, protesté contre l'augmentation trop considérable du nombre des internes. Nous ne saurions donc être suspectés quand nous ferons remarquer que le nombre des candidats à l'internat *ayant lu leur copie*, par conséquent candidats réels, était de 157 en 1883 et de 235 en 1892. Or, en 1892, le concours n'a nommé que 7 titulaires de plus qu'en 1883. Il ne faut donc pas enfermer dans des limites invariables le nombre des places à mettre au concours. Le nombre des candidats augmente, les services hospitaliers sont chaque année plus nombreux, il est donc juste que les places mises au concours soient proportionnellement plus nombreuses. Les internes ont raison de craindre l'amoindrissement d'un titre qu'ils ont conquis de haute lutte : il faut les féliciter de veiller au bon renom du corps de l'internat. Mais nous pensons qu'il est difficile de limiter à jamais le nombre des places à donner. Toutefois, pour éviter un accroissement hors de propos dans le nombre des internes titulaires, nous croyons que l'Administration trouverait, dans les moyens indiqués ci-dessous, la façon de remédier à une augmentation trop considérable du nombre des places.

Sixième question. — Mesures à prendre :

a. Suppression d'un interne sur trois dans les services de chirurgie :

101 ont répondu *oui.*
38 — *non.*
35 se sont abstenus.

b. Suppression des internes de Bicêtre et de la Salpêtrière dont les chefs ne sont pas médecins des hôpitaux :

125 ont répondu *oui.*
23 — *non.*
20 se sont abstenus.

c. Dans les services de médecine où il existe deux internes, suppression de l'un d'eux :

101 ont répondu *oui.*
34 — *non.*
39 se sont abstenus.

Nous accusera-t-on de patriotisme mal compris, la chose est possible ; mais nous avouons humblement nous ranger à l'opinion exprimée ci-dessous Nous sommes d'avis d'accorder nos faveurs uniquement à ceux qui supportent nos charges.

Septième question. — Êtes-vous partisan d'exiger la naturalisation des étrangers se présentant au concours de l'internat?

129 ont répondu *oui.*
35 — *non.*
10 se sont abstenus.

Huitième question. — Êtes-vous partisan de créer, pour les étrangers, le titre d'interne adjoint qui serait donné au concours, dans les mêmes conditions que celui d'interne titulaire?

103 ont répondu *non.*
51 — *oui.*
20 se sont abstenus.

Nos jeunes collègues pardonneront à un « ancien » d'avoir critiqué quelques-unes de leurs conclusions. Les internes, aujourd'hui en activité, comprendront peut-être différemment certaines choses, lorsque, le moment venu, ils auront déposé la calotte et le tablier.

M. P. Marie a fait à la Société médicale des hôpitaux (12 janvier) une importante communication sur les lésions de la moelle, au cours de la pellagre, de la paralysie générale et des scléroses combinées. La conclusion générale de ce travail très étudié, c'est qu'il n'y a pas de dégénération primitive des cordons blancs médullaires ; leur lésion est subordonnée à la lésion de cellules situées dans les centres gris de la moelle qui remplissent vis-à-vis d'eux le rôle que remplissent d'autres cellules à l'égard des nerfs et les cellules des circonvolutions ascendantes pour les faisceaux pyramidaux. Ces cellules, dont l'existence était ignorée il y a peu de temps encore, n'ont été démontrées que grâce à des procédés nouveaux de coloration. La nutrition de tous les filets nerveux intra ou extra-médullaires est donc soumise à une même loi générale et lorsqu'on trouve de la sclérose des cordons de la moelle, c'est que les cellules nerveuses, d'où émanent les filets qui les constituent, ont été lésées ou détruites ou que leurs communications avec les cylindres-axes qui en émanent ont été interrompues.

Nous n'insisterons pas davantage, nos lecteurs trouveront aujourd'hui même dans ce journal un travail original dans lequel M. Marie expose ses recherches en ce qui concerne la paralysie générale.

Les *abcès du foie* ont occupé le surplus de la séance. On sait que le pus de beaucoup d'abcès du foie, et, en particulier, d'abcès d'origine dysentérique, a été trouvé stérile. Ainsi s'explique ce fait constaté avec surprise par les chirurgiens que la pénétration du pus hépatique dans le péritoine, reste souvent inoffensive et ne provoque pas de péritonite. M. Laveran avait récemment exprimé cette idée que cette curieuse et heureuse stérilisation du pus ne s'observe guère que dans des abcès à marche lente.

M. Zancarol (d'Alexandrie) déclare qu'il ne faut pas se fier à cette apparence de stérilisation. D'après lui, il faudrait non seulement cultiver le pus hépatique sur des milieux nutritifs, mais encore l'injecter dans le rectum des chats ; cet animal serait, en cas semblable, un réactif vivant des plus sensibles.

M Laveran déclare ne pas bien comprendre la portée de l'objection faite par M. Zancarol. En effet, si le pus est réellement stérile, il ne comprend pas qu'il provoque des lésions même sur le chat, et, d'autre part, le milieu intestinal de cet animal n'est certainement pas un milieu aseptique ; il s'y rencontre normalement des microbes de divers ordre, même des microbes de suppuration, qui se mélangent au pus, et se retrouvent dans les lésions qui se produisent à la suite des manœuvres d'inoculation et d'injection rectales.

M. André Petit apporte une observation d'*abcès du foie*, à marche aiguë et à pus stérile ; il n'y aurait donc pas que les abcès hépatiques à marche lente, dont les microbes pyogènes seraient détruits. Chez le malade en question, le foyer purulent a été ouvert vingt jours seulement après le début des accidents douloureux et de la fièvre. A cela, M. Laveran objecte qu'il est toujours très difficile de déterminer quelle est la date de début d'un abcès du foie. Avant

l'apparition des phénomènes aigus, il a pu y avoir une période latente plus ou moins prolongée; du reste, il ne prétend pas que dans tous les cas, le pus reste inoculable dans les abcès à marche aiguë; le plus souvent, il reste virulent alors qu'il est devenu stérile dans les abcès à marche lente; il ne peut pas aller au delà de cette affirmation générale, sans préciser de limite à la stérilisation.

La Société de dermatologie et de syphiligraphie, qui se réunissait le 11 janvier, a levé la séance en signe de deuil; elle avait perdu, dans la même semaine, son président d'honneur Diday (de Lyon) et l'un de ses membres les plus actifs, M. Quinquaud, médecin de l'hôpital Saint-Louis, qui a succombé en quelques jours à des accidents de grippe infectieuse.

Diday et Quinquaud étaient deux figures très originales · le premier était arrivé à la fin d'une longue carrière bien remplie; le second, travailleur acharné, savant modeste et désintéressé, passait sa vie dans les salles d'hôpital et dans les laboratoires. Il est mort avant d'avoir récolté le fruit de son labeur persévérant.

HOSPICE DEBROUSSE. — M. Pierre MARIE.

Étude comparative des lésions médullaires dans la paralysie générale et dans le tabes.

I

L'existence de lésions de la moelle dans la paralysie générale est connue depuis fort longtemps au point de vue anatomo-pathologique, ainsi que l'est, au point de vue clinique, la coïncidence des symptômes de la démence paralytique avec ceux du tabes : vous pourrez vous en assurer en lisant les travaux consacrés à ce sujet par Baillarger (1862), Westphal (1863, 1867, etc.), Jaccoud, Magnan, Foville, etc. Dans la période contemporaine, alors que les publications de Westphal, de Claus, de Köberlin, etc., nous avaient déjà donné des renseignements précieux sur la localisation de ces lésions médullaires de la démence paralytique, il semble qu'on se soit, en France, un peu trop désintéressé de cette question; aussi devons-nous être reconnaissants à M. Raymond d'avoir, dans une communication à la Société des hôpitaux (1892), appelé de nouveau l'attention sur les relations de la paralysie générale avec le tabes. Cette communication donna lieu à une discussion mémorable, dont vous comprendrez tout l'intérêt quand je vous aurai cité, parmi les membres de la Société qui y prirent part, les noms de Ballet, Joffroy, Rendu, Siredey, Chantemesse, Alb. Mathieu.

Depuis lors, plusieurs thèses importantes ont paru, qui, faites sous l'inspiration de quelques-uns des médecins que je viens de vous nommer, reflètent et accentuent encore les opinions par eux émises dans cette discussion (Nageotte-Raymond; Stojanovitch-Joffroy; G. Renaud-G. Ballet).

Je ne saurais, d'ailleurs, mieux faire, pour vous indiquer l'état de cette question, que de résumer, en quelques mots, les opinions des auteurs que je viens de vous citer.

Pour Raymond, le tabes et la paralysie générale ne sont qu'une seule et même maladie, l'identité entre les lésions médullaires de la paralysie générale et celles du tabes est complète; à tel point que cet auteur va jusqu'à déclarer que si, dans la paralysie générale, on observe assez souvent une altération du faisceau pyramidal croisé conjointement à celle du cordon postérieur, cela ne saurait constituer une différence entre les deux affections, car la participation du faisceau pyramidal au processus anatomo-pathologique du tabes ne serait pas un fait exceptionnel, mais un fait habituel; on pourrait même, dit-il, se demander si cette participation est une complication ou si elle ne fait point partie intégrante du processus spinal tabétique.

Rendu se rallie entièrement à l'opinion de Raymond et adopte aussi la manière de voir de cet auteur sur la participation du faisceau pyramidal au processus tabétique.

Pour Gilbert Ballet les conclusions de Raymond ne répondraient pas à la réalité des faits, la paralysie générale et le tabes ne sauraient être considérés comme une même maladie, mais dépendraient de processus différents; si les symptômes du tabes se montrent chez un assez grand nombre de paralytiques généraux, on voit peu de tabétiques verser dans la paralysie générale. Les lésions médullaires dans la paralysie générale semblent n'être pas identiques à celles du tabes vrai.

Pour Joffroy, le tabes, de même que la paralysie générale, est d'origine parenchymateuse, mais ces deux affections diffèrent en ce que la première est une maladie systématique du système sensitif, tandis que la seconde n'est pas une maladie systématique, Les deux maladies ne sont pas identiques mais « parentes », leur cause réelle réside dans l'hérédité; si elles se développent fréquemment à la suite de la syphilis, cela ne veut pas dire qu'elles soient directement causées par cette infection.

Telles sont les principales opinions qui se sont fait jour dans la discussion de la Société médicale des hôpitaux. Si, pour ma part, j'ai gardé alors le silence, c'est que, tout en entrevoyant les faits dont je veux vous entretenir, ceux-ci n'avaient pas encore acquis dans mon esprit un degré de netteté suffisant pour que je pusse les exposer avec quelque espoir d'entraîner la conviction de mes collègues. Mais, depuis lors, je n'ai cessé de penser à cette question si importante des rapports de la paralysie générale et du tabes, et j'espère être actuellement en mesure d'appuyer ma manière de voir sur des arguments assez probants pour la rendre vraisemblable.

Envisageons, tout d'abord, cette question sous son point de vue *clinique*. Que faut-il penser du degré de fréquence avec lequel le tabes et la paralysie générale coïncideraient chez le même malade? J'avoue que je ne saurais admettre qu'il soit aussi grand que le veulent certains auteurs. Si, notamment, je reporte mes souvenirs sur les nombreux tabétiques que j'ai observés et, pour la plupart, longtemps suivis dans les hôpitaux, il en ressort pour moi, de la façon la plus nette, que si l'on peut voir en effet la paralysie générale survenir au cours du tabes (1), c'est un fait assez rare. Je me trouve donc en cela d'accord avec Gilbert Ballet. Envisageant, d'autre part, le processus inverse, celui

(1) Il est bien entendu que nous entendons, par ces dénominations, le tabes et la paralysie générale cliniquement purs. Quant aux cas de tabes dans lesquels, comme l'a montré E. Jendrassik, il existe certaines lésions de l'écorce cérébrale sans qu'on ait vu se développer le tableau clinique de la paralysie générale, on ne peut dire actuellement quelle est leur fréquence; il est possible qu'elle soit considérable, mais en réalité ce ne sont pas là des paralytiques généraux.

dans lequel, soit simultanément, soit au cours de la paralysie générale, se produisent des symptômes de lésion du cordon postérieur, je reconnaîtrai volontiers que le fait s'observe plus fréquemment que la combinaison précédente. L'appréciation est d'ailleurs souvent assez délicate et il peut être fort difficile de dire lequel des processus a commencé. Mais le fait sur lequel je tiens à insister est la rareté relative avec laquelle on voit un tabétique avéré devenir paralytique général.

J'avoue, n'ayant dressé moi-même aucune statistique, ne pouvoir vous donner des chiffres exacts sur la fréquence relative de cette coïncidence, chez le même malade, entre les symptômes du tabes et ceux de la paralysie générale. Mais, à défaut de statistique personnelle, il en est une qui me semble mériter d'être citée ici, car elle présente des garanties incontestables, c'est celle qu'a dressée G. Renaud (1). Cette statistique porte sur 482 cas de paralysie générale spécialement examinés à ce point de vue par cet auteur dans les asiles dépendant de la préfecture de la Seine. Parmi ces 482 cas de paralysie générale, 25 seulement présentaient soit des symptômes nettement tabétiques (14 cas), soit des signes plus ou moins prononcés d'une sclérose des cordons postérieurs, mais insuffisants pour motiver le diagnostic de tabes (11 cas). Enfin, chez 44 autres, il existait une abolition des réflexes rotuliens constituant un phénomène isolé, sans aucun autre signe d'une lésion des cordons postérieurs. Voilà, vous en conviendrez, des chiffres qui s'accordent fort bien avec ce que je vous disais tout à l'heure de la rareté relative du tabes dans la paralysie générale, puisque les symptômes d'une altération tabétique des cordons postérieurs ne s'y rencontrent, même en comptant largement, que dans 5 p. 100 des cas de paralysie générale. Si, allant plus loin encore, on considère comme des cas de tabes tous ceux dans lesquels manque le réflexe rotulien, il y en a 68 sur 482, soit 14 p. 100. — Tels sont les enseignements de la clinique (2) ; voyons maintenant ce que l'anatomie pathologique nous apprend sur les lésions du cordon postérieur dans la paralysie générale.

II

Avant toute discussion anatomo-pathologique sur le sujet que nous étudions aujourd'hui, je dois vous rappeler que ce serait une grave erreur de considérer comme relevant du tabes toutes les lésions qui, au cours de diverses affections, s'observent dans le cordon postérieur.

Déjà, dans une précédente leçon (3), j'ai cherché à vous démontrer que les lésions du cordon postérieur sont loin de reconnaître toujours la même origine. J'avais pris dans cette leçon, comme terme de comparaison, les lésions du cordon postérieur qui s'observent dans la *pellagre* et j'avais mis en regard ces lésions, telles que les a figurées Tuczek, avec celles d'un cas de tabes incipiens typique.

J'espère avoir réussi à vous prouver que des différences capitales les séparent. Vous me permettrez de vous rappeler celles-ci en quelques mots :

TABES INCIPIENS	PELLAGRE
Lésions des racines postérieures.	Néant.
Lésions de la zone marginale de Lissauer.	Néant.
Lésions de la zone cornu-radiculaire.	Néant.
Lésions du réseau nerveux des colonnes de Clarke.	Néant.
Intégrité de la zone cornu-commissurale.	La zone cornu-commissurale, sans être très altérée, est cependant un peu intéressée.
Néant.	Lésions de la zone postérieure interne.
Néant.	Lésions du faisceau en virgule.

M'autorisant de différences aussi tranchées, et commentant leur raison d'être, j'avais été conduit à développer devant vous cette opinion, puissé-je vous l'avoir fait partager, à savoir que, dans le tabes incipiens, les lésions du cordon postérieur ont une origine *exogène*, c'est-à-dire qu'elles sont consécutives à l'*altération des racines postérieures*. Dans la pellagre, au contraire, les lésions du cordon postérieur auraient une origine *endogène*, elles proviendraient surtout d'un *processus intra-médullaire*, d'une *poliomyélite* caractérisée par *l'altération des « cellules du cordon postérieur »*.

Après la discussion prolongée à laquelle nous nous sommes livrés ensemble à cet égard, il me semble inutile d'insister davantage sur ce point. Si j'ai tenu à vous le rappeler, c'est que cette notion de l'origine exogène ou endogène des lésions du cordon postérieur, dans telle ou telle affection, doit être, aujourd'hui encore, le fil conducteur qui nous guidera dans la route mal jalonnée que nous devons parcourir.

Revenons à notre étude comparative des lésions du cordon postérieur dans le *tabes* et dans la *paralysie générale*, et commençons par étudier ces dernières. Cette fois encore, j'agirai comme pour la pellagre; c'est-à-dire que je m'astreindrai à n'employer pour mes démonstrations que des figures déjà publiées, afin, comme je vous l'ai dit, d'éviter toute suggestion personnelle. En revanche, je me réserve la faculté de choisir parmi ces figures celles qui me semblent typiques, laissant de côté celles, plus compliquées, dans lesquelles le processus morbide ne me paraîtrait pas revêtir le degré de simplicité nécessaire pour une orientation en somme fort délicate.

Les figures de Westphal (*Arch. f. Psych.* XII, pl. X) sont celles que j'ai choisies, non seulement parce qu'elles présentent un intérêt historique particulier, mais encore parce qu'elles répondent aux conditions ci-dessus exprimées (fig. 1). Si vous les considérez avec attention, vous remarquerez tout d'abord que, sur aucune de ces figures, la région que nous avons appelée la *zone cornu-radiculaire* n'est altérée. Vous n'avez sans doute pas oublié que cette zone cornu-radiculaire est située dans la partie externe du cordon de Burdach, au niveau où celui-ci s'accole au tiers moyen du bord interne de la corne postérieure. Or, ainsi que nous

(1) G. Renaud. *Étude sur les réflexes dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1893.

(2) En réalité, ces enseignements de la clinique seule me paraissent être au-dessous de la vérité, les lésions du cordon postérieur dans la paralysie générale, même en ne comptant que celles qui sont de nature franchement tabétique, peuvent être considérées comme notablement plus fréquentes; c'est ce qui ressort des statistiques basées sur les cas suivis de mort, Fürstner notamment trouve 24 p. 100 de lésions isolées du cordon postérieur.

(3) Cette leçon a été publiée dans la *Semaine médicale*, numéro du 13 janvier 1893.

l'avons vu, la lésion de cette zone (fig. 2) doit être considérée comme caractéristique du processus exogène tabétique. C'est là, à mon avis, une différence capitale; à elle seule, elle nous permettrait de dire que l'altération du cordon postérieur, dans les cas de paralysie générale que nous étudions, n'est pas identique à celle du tabes.

La lésion du cordon postérieur a, dans ces figures de Westphal, une localisation assez particulière et variable, d'ailleurs, suivant la région dont proviennent les coupes. Au niveau de la VIIIe cervicale et de la Ire dorsale, elle est constituée uniquement par une bandelette assez mince dont la direction est antéro-postérieure et légèrement oblique en avant et en dedans; dans la première de ces

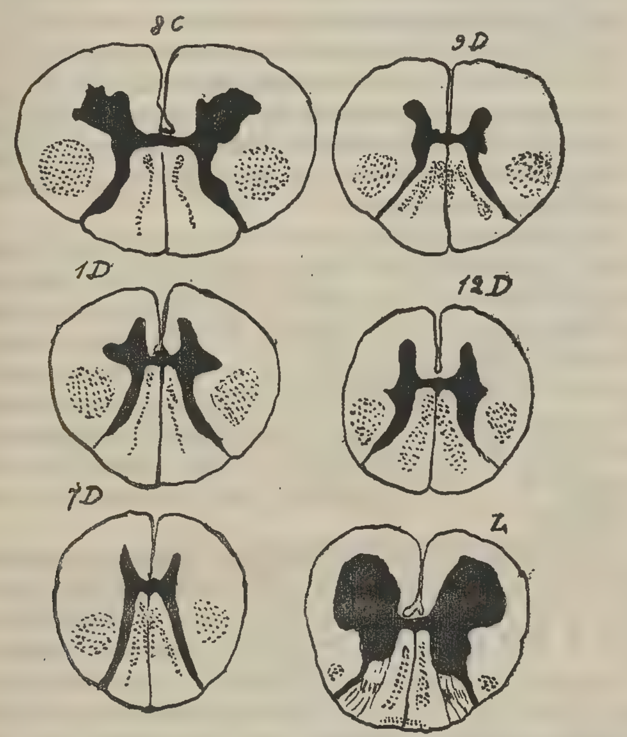


Fig. 1 (Westphal. *Arch. f. Psych.*, t. XII, Pl. X). — Moelle de paralysie générale avec lésions dans le territoire du cordon latéral et dans les bandelettes en virgule du cordon postérieur. — Processus endogène, poliomyélitique.

figures, on constate en outre sur cette bandelette une sinuosité en S et l'existence d'une sorte de crosse au niveau de l'extrémité antérieure. Plus bas (VIIe dorsale) existe toujours la même bandelette, mais un autre territoire de sclérose s'unit à elle à sa partie antérieure, et la zone altérée présente ainsi la forme d'un M; ce nouveau territoire est situé immédiatement au bord du sillon postérieur. Plus bas encore (IXe dorsale), la silhouette de la lésion est la même, sauf que les branches de l'M s'écartent, comme d'ailleurs le font les cornes postérieures et le cordon postérieur tout entier; la zone juxta-sulcique est notablement moins étendue suivant la direction antéro-postérieure que dans la coupe précédente. Si nous examinons maintenant la XIIe dorsale, nous trouvons toujours notre même bandelette mais considérablement élargie, la zone juxta-sulcique est ici réduite à son minimum, et constituée simplement par l'accolement des deux bandelettes à leur extrémité antérieure. Enfin, dans la région lombaire, toute altération de la zone juxta-sulcique a disparu, celle des bandelettes persiste; mais, dans cette région, comme dans toutes celles que nous venons d'examiner, elle n'atteint pas le voisinage immédiat des cornes postérieures, en un mot, la lésion ne s'étend pas à la zone cornu-radiculaire. Il faut encore signaler, sur cette coupe de moelle lombaire, un petit territoire de sclérose dans la partie postérieure et interne du cordon postérieur (1).

Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous le dire au cours de cette description, ces lésions sont fort différentes de celles du tabes typique; elles s'en distinguent très nettement (fig. 2): 1° par l'absence d'altération de la zone cornu-radiculaire; 2° par la sclérose d'une bandelette spéciale (faisceau en virgule).

Si nous cherchons à interpréter la signification de ces lésions, nous sommes tout d'abord, par suite de l'intégrité de

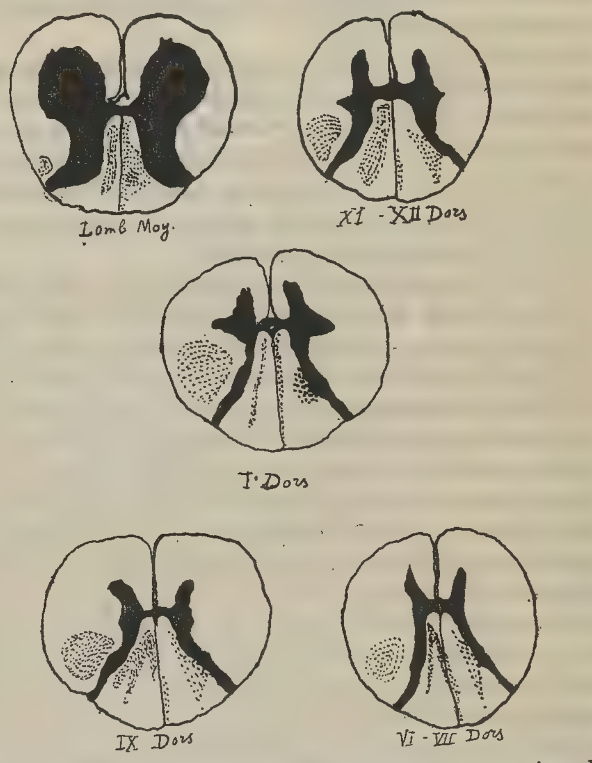


Fig. 2. — Figures composites destinées à faciliter la comparaison des lésions du cordon postérieur dans la paralysie générale et dans le tabes. La moitié gauche de chaque coupe représente les lésions dans la *paralysie générale* (cas de Westphal reproduit dans la fig. 1); la moitié droite représente les lésions dans le *tabes incipiens* typique (cas de Borgherini) dans la même région de la moelle. Dans chacune de ces coupes, les lésions sont, on le voit, essentiellement différentes d'un côté à l'autre.

la zone cornu-radiculaire, conduits à penser qu'elles ne sont pas d'origine exogène. Je crois avoir, en effet, suffisamment insisté déjà, à propos de la pellagre, sur ce que les lésions du cordon postérieur de nature exogène (celles du tabes typique) se distinguent immédiatement en ce qu'elles se localisent tout d'abord dans la zone d'entrée des racines postérieures, dans cette région occupant le tiers moyen du bord interne de la corne postérieure, que nous avons appelée la zone cornu-radiculaire. Puisque ces lésions du cordon postérieur ne sont pas de nature exogène, il faut donc nécessairement qu'elles soient d'*origine endogène*.

Un certain nombre d'arguments peuvent être invoqués à l'appui de cette manière de voir:

(1) Ce territoire sclérosé se voit dans un certain nombre de cas; il est notamment figuré par Köberlin et signalé aussi dans la description de Fürstner. Atteint-il les fibres de la *zone postérieure interne* de Flechsig? Je n'oserais l'affirmer.

1° Vous n'êtes certes pas sans avoir remarqué spontanément que les bandelettes de sclérose à direction antéro-postérieure oblique, dont je vous parlais tout à l'heure, sont fort analogues à celles que nous avons déjà rencontrées dans les moelles pellagreuses de Tuczek et dont j'ai, à cette occasion, essayé de vous démontrer, sous le nom de *bandelettes en virgule*, l'origine endogène.

2° La zone juxta-sulcique atteinte, dans notre moelle de paralysie générale, semble bien n'être autre chose que la *zone médiane* de Flechsig; cette zone, ainsi que Strümpell a contribué pour une grande part à le montrer, est souvent respectée dans le tabes, tandis qu'au contraire on l'a trouvée dégénérée dans certains cas de lésions transverses de la moelle intéressant la substance grise (notamment dans les lésions traumatiques).

3° Il existe d'une façon très nette une sclérose bilatérale du *cordon latéral*, sur la nature de laquelle il convient d'autant plus de s'entendre que, comme nous l'avons vu, Raymond considère celle-ci comme habituelle dans le tabes, et peut-être comme faisant partie intégrante du processus spinal tabétique. C'est là une opinion à laquelle, pour ma part, il m'est impossible de souscrire.

Voyons donc quels sont les caractères de cette sclérose du cordon latéral dans la paralysie générale. Tout d'abord un fait est à noter, c'est que, tout en siégeant manifestement sur le territoire du faisceau pyramidal croisé, cette sclérose ne reste pas exactement confinée à celui-ci mais envahit souvent aussi les parties voisines. Un autre fait, également intéressant, consiste en ce que, dans un certain nombre de cas, la lésion du territoire pyramidal croisé s'arrête au niveau du bulbe et ne peut être suivie au-dessus. Une troisième particularité est la suivante : cette altération dans le territoire du faisceau pyramidal croisé ne s'accompagne pas de lésions analogues dans le faisceau pyramidal direct. Ce sont là, si on compare cette lésion dans le territoire pyramidal croisé au cours de la paralysie générale avec celle qui se montre dans ce même territoire, à la suite d'une lésion en foyer du cerveau, des différences fort importantes et qui tendent à faire penser qu'il ne s'agit pas, dans la paralysie générale, d'un processus analogue à la dégénération secondaire des hémiplégiques. Cette divergence avait déjà frappé, d'ailleurs, un certain nombre des observateurs qui m'ont précédé. Westphal, par exemple, considère l'altération du cordon latéral, dans la paralysie générale, comme spontanée et tenant à ce que le faisceau pyramidal recevant, l'un des derniers, sa gaine de myéline se trouve, par cela même, l'un des premiers exposés à éprouver les effets de l' « involution »; Fürstner doute également qu'il s'agisse d'un processus identique à la dégénération secondaire des hémiplégiques; Nageotte admet que l'altération des faisceaux pyramidaux, ou bien est le résultat d'une myélite diffuse (Raymond), amenant progressivement l'altération des fibres longues de la moelle, ou bien dépend indirectement de la lésion corticale du cerveau, celle-ci, bien qu'incapable de produire à elle seule la dégénérescence du faisceau pyramidal, mettrait les fibres de ce faisceau dans un tel état d'infériorité, que leur altération en serait grandement facilitée. Pour moi, ainsi que je vous l'ai déjà dit, à plusieurs reprises, il m'est impossible d'admettre qu'un faisceau de fibres nerveuses puisse dégénérer spontanément; *toute dégénération d'une fibre nerveuse ayant sa cause immédiate dans l'altération du centre trophique de cette fibre ou dans la séparation de cette fibre d'avec la cellule qui lui sert de centre trophique*. Ce n'est donc pas dans les faisceaux altérés eux-mêmes qu'il faut chercher l'origine du processus morbide, mais dans les centres dont ils dépendent. Appliquons cette notion à la dégénération dans le territoire pyramidal, observée dans la paralysie générale. Il y a tout d'abord un fait qui doit nous frapper, c'est l'analogie indiscutable qui existe entre cette dégénération et celle du même territoire dans la sclérose latérale amyotrophique. Or, par cette dernière, je crois avoir démontré (1) que la dégénération, dans le territoire pyramidal croisé, était (abstraction faite de la part plus ou moins grande, qu'y peut prendre ou non un processus morbide cérébral) surtout produite par l'altération de certaines cellules situées dans la substance grise médullaire. Ces cellules sont directement constatables par l'emploi de la coloration de Golgi, et portent le nom de « cellules du cordon latéral ». C'est également à ces « cellules du cordon latéral » que j'attribuerai la dégénération dans le territoire pyramidal croisé au cours de la paralysie générale ; cette dégénération serait donc due surtout à une *poliomyélite* portant sur certains éléments spéciaux.

Mais l'étude de la dégénération dans le territoire du faisceau pyramidal croisé vient de me faire faire une bien longue digression et je dois revenir, sans tarder, à mon point de départ. J'avais entrepris de vous prouver que les diverses dégénérations que vous avez constatées dans les moelles de paralysie générale, mises sous vos yeux, étaient d'origine endogène. J'espère avoir fourni cette démonstration pour la dégénération du *cordon latéral*, je veux essayer de la faire également pour les lésions du *cordon postérieur*.

Nous avons vu tout à l'heure que, dans les moelles de paralysie générale que nous avons choisies pour types, les lésions du cordon postérieur pouvaient être rapportées surtout à deux systèmes : 1° celui des *bandelettes en virgule*; 2° celui de la *zone médiane de Flechsig*. Or ces deux systèmes qui ne sont pas altérés dans les dégénérations médullaires d'origine exogène, se trouvent l'être, au contraire, à la suite de lésions transverses de la moelle (2) intéressant la substance grise et, à cet égard, je ne saurais mieux faire que de mettre sous vos yeux une coupe empruntée à Daxenberger (fig. 3); il s'agit d'un cas de compression de la moelle entre la dernière racine cervicale et la première dorsale.



FIG. 3 (DAXENBERGER. *Deutsche Zeits. f. Nervenheilk.*, 1893). — Dégénération secondaire descendante consécutive à une compression totale de la moelle entre la VIII[e] cervicale et la I[re] dorsale. La lésion des bandelettes en virgule est très nette dans la région dorsale supérieure.

Vous constatez très nettement, dans la coupe de la région dorsale supérieure, c'est-à-dire d'une région située au-dessous de la lésion transverse médullaire, que, dans le cordon

(1) Soc. méd. des hôpitaux, séance du 17 nov. 1893.

(2) Cette dégénération secondaire d'origine traumatique ou par compression est fréquente pour les faisceaux en virgule, plus rare pour la zone médiane de Flechsig.

postérieur, la dégénération descendante occupe justement les deux mêmes systèmes qui sont atteints dans la paralysie générale : les *bandelettes en virgule* et la *zone médiane de Flechsig*. Vous remarquerez en outre, sur la coupe de la région dorsale moyenne, empruntée au même auteur, que la localisation de la lésion dans le territoire de la *zone médiane* tend, ainsi que cela a lieu pour la paralysie générale, à se rapprocher d'autant plus de la commissure postérieure qu'on examine une région plus inférieure de la moelle. Il me semble qu'une semblable analogie dans les territoires dégénérés plaide en faveur d'une identité d'origine, c'est-à-dire en faveur de l'origine *poliomyélitique* des altérations du cordon postérieur dans la paralysie générale. Quant à la source même de cette altération, c'est encore dans la substance grise médullaire qu'il la faut chercher, dans ces « cellules du cordon postérieur » dont nous devons la connaissance à Ramon y Cajal, Kölliker, von Lenhossek, van Gehuchten, etc...

En résumé, dans les moelles de paralysie générale qui font l'objet de cette leçon, on est en présence de *lésions combinées*, portant sur le *cordon latéral* et sur le *cordon postérieur* (bandelettes en virgule, zone médiane de Flechsig). Chacun de ces groupes de lésions est sous la dépendance d'une altération poliomyélitique systématisée. Cette poliomyélite porte à la fois sur certaines « cellules du cordon latéral » et sur certaines « cellules du cordon postérieur ». Voilà ce que nous apprend la comparaison des faits, tant pathologiques qu'anatomiques (1).

Mais avons-nous épuisé, par l'examen de ce type spécial, l'étude des lésions médullaires dans la paralysie générale ? Ce serait un tort de le croire. Il nous reste, en effet, d'autres types encore à examiner. Je ne vous parlerai pas de celui dans lequel *le cordon latéral est seul altéré*, le cordon postérieur restant indemne ; je n'aurais rien à vous dire sur ce sujet qui ne vous ait été déjà exposé quand nous avons traité de la lésion du cordon latéral.

Un type autrement intéressant est celui dans lequel la dégénération *n'occupe que le cordon postérieur* (2) et respecte le cordon latéral. Dans ces cas, en effet (fig. 4), les lésions sont beaucoup plus comparables à celles du tabes typique ; la zone cornu-radiculaire est atteinte et il est de toute évidence que ce n'est plus à un processus endogène, mais à un processus *exogène*, que l'on a affaire. Ce sont uniquement ces cas, et non les précédents, qui doivent être considérés comme présentant l'association du tabes et de la paralysie générale, puisque, en réalité, ce sont les seuls dans lesquels les lésions médullaires présentent véritablement les caractères propres au processus tabétique. A notre avis, si, au point de vue anatomo-pathologique, ces cas se distinguent très nettement de ceux du premier type que nous avons étudié, type dans lequel il s'agit d'une sclérose combinée postéro-latérale, d'origine endogène, il semble que, cliniquement, il en soit de même. Ces cas sont en effet susceptibles

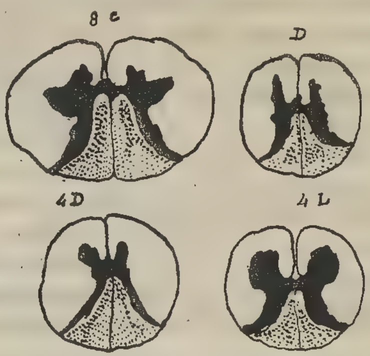


FIG. 4 (WESTPHAL. *Arch. f. Psych.*, t. XII, pl. X). — Moelle de paralysie générale dans laquelle les lésions limitées au cordon postérieur se présentent avec le type tabétique. Dans cette moelle, les zones cornu-radiculaires sont atteintes ; on peut donc admettre l'existence d'un processus exogène.

d'être séparés des précédents, du moins ceux dans lesquels les symptômes d'une lésion du cordon postérieur ont précédé pendant un long espace de temps les symptômes cérébraux. Voici, à cet égard, un passage fort intéressant emprunté à Fürstner et traduit presque littéralement (*Arch. f. Psych.*, XXIV, p. 105) :

« Une notion me semble de grande importance, c'est que, dans un certain groupe de paralytiques généraux, la démence ne nous apparaît pas sous la forme qui vient d'être esquissée plus haut. Ce groupe est celui dans lequel le tabes existe depuis des années et les symptômes cérébraux ne surviennent que consécutivement aux symptômes spinaux. J'ai, assez souvent encore, pu converser de différents sujets avec des malades de cette catégorie parvenus à une période avancée, je les ai trouvés suffisamment orientés sur leur situation et leur entourage, tandis que, chez les paralytiques généraux avec altération simultanée des cordons latéraux et postérieurs ou des cordons latéraux isolément, toutes les notions de ce genre étaient table rase. Les cas du groupe en question se distinguent souvent aussi, par une autre particularité, du gros des paralytiques généraux, c'est par la marche prolongée de l'affection : ainsi les cas où la maladie dure six, huit, dix ans, ne sont pas une rareté ; on constate, en outre, dans ces cas, une intensité moindre ou même l'absence de divers symptômes cérébraux. Par exemple, j'attire l'attention sur ce fait que les troubles pathognomoniques de la parole peuvent faire défaut pendant toute la durée de la maladie ; à la vérité, on voit les malades parler lentement et d'une façon monotone, mais il n'existe aucune trace de trébuchement des syllabes ou d'un trouble de l'articulation ; de même, les secousses et le tremblement de la musculature de la langue ou de la face sont extrêmement peu prononcés. Enfin je signalerai encore ce fait que, chez les malades de ce groupe, d'après mes observations, les attaques paralytiques avec leurs conséquences se voient beaucoup plus rarement.

Déjà, d'après les différents caractères qui viennent d'être énoncés, on se trouve autorisé à poser la question suivante : ces cas doivent-ils, en réalité, être considérés comme appartenant à la paralysie générale ? La classification est encore plus difficile pour quelques-uns des cas appartenant au groupe en question, dans lesquels, bien que la maladie

(1) De tout ce qui vient d'être dit, il ressort que je ne saurais considérer comme appartenant réellement au tabes incipiens les figures données par Flechsig dans un travail qui a fait époque (Ist die Tabes dorsalis eine System Erkrankung? *Neurol. Centralbl.*, 1890). A mon avis, ces figures se rapportent uniquement aux lésions médullaires de la paralysie générale et relèvent pour une bonne part du processus endogène dont il vient d'être question ; Flechsig prend d'ailleurs soin, dans son travail, d'informer le lecteur qu'il s'agit d'une moelle de paralytique général et non de tabétique.

(2) Il convient cependant, avant de déclarer que la lésion du cordon postérieur est isolée, de se livrer à une recherche attentive des corps granuleux dans le cordon latéral, car lorsque la dégénération de celui-ci est encore peu avancée, elle peut rester invisible dans les préparations montées au baume, tandis qu'elle se révèle aisément à l'état frais par la présence de corps granuleux plus ou moins abondants.

dure depuis quatre à six années et davantage, le tableau clinique du tabes est resté à l'état tout à fait rudimentaire. C'est ainsi qu'on peut ne constater que l'immobilité pupillaire réflexe, l'absence des réflexes rotuliens, la diminution de la sensibilité à la douleur, de légers troubles vésicaux; mais il n'existe aucune trace d'ataxie, aucun trouble étendu de la sensibilité, pas de paralysie des muscles de l'œil, pas de crises tabétiques, pas de signe de Romberg; dans ces cas, enfin, il n'y a guère, en fait de symptômes cérébraux, qu'une diminution modérée de la mémoire, la dégradation de quelques parties isolées de la conscience et un état d'apathie... Si on compare ce tableau à celui offert par la plupart des cas de paralysie générale, il me semble qu'on est en droit de se demander si véritablement ces deux processus morbides reposent sur un processus anatomique identique. »

J'ai tenu à vous citer à peu près textuellement ce passage, parce qu'il corrobore pleinement l'opinion exprimée au début de cette leçon, que le tabes avéré ne verse pas si aisément qu'on l'a dit dans la paralysie générale. Vous y constaterez en outre ce fait que, par la clinique seule, on peut déjà soupçonner l'existence, dans le processus anatomo-pathologique, des différences que je me suis appliqué à faire ressortir devant vous et dont j'ai cherché à vous indiquer la cause.

Ainsi donc, si nous mettons un peu à l'écart les cas de paralysie générale dans lesquels on rencontre une dégénération isolée du cordon latéral, nous nous trouvons en présence de deux grands types bien distincts : dans l'un (celui que nous venons d'étudier en dernier lieu) la lésion frappe uniquement le cordon postérieur, elle est assez analogue à celle du tabes, atteint la *zone cornu-radiculaire*, en un mot elle semble être d'*origine exogène*. Dans l'autre type, la lésion frappe à la fois le cordon postérieur et le cordon latéral, constituant une véritable *sclérose combinée*, la *zone cornu-radiculaire* est intacte, tandis que les *bandelettes en virgule* sont atteintes; elle est d'*origine endogène*.

Il est fâcheux que ces deux grands types ne soient pas toujours aussi nettement tranchés qu'ils le sont dans les cas que j'ai choisis ici pour exemples. On les voit, en effet, se combiner l'un à l'autre, et, à côté des lésions d'origine endogène se montrer des lésions d'origine exogène, caractérisées surtout par l'envahissement de la *zone cornu-radiculaire;* de la sorte, se trouve constituée une *forme mixte* intermédiaire aux deux grands types dont il vient d'être question.

Telles sont les considérations que je désirais vous exposer sur la nature des lésions médullaires dans la démence paralytique. La notion de l'origine endogène d'un certain nombre de ces lésions me semble présenter un réel intérêt au point de vue de la neuropathologie générale. Elle nous montre, en effet, que la syphilis, qui est certainement la cause la plus fréquente de la démence paralytique comme du tabes, peut agir sur la moelle par deux mécanismes fort différents. Tantôt son action s'exerce sur l'axe spinal, de dehors en dedans, par l'intermédiaire des racines postérieures; tantôt cette action s'exerce directement à l'intérieur de la moelle, sur la substance grise elle-même, déterminant ainsi un *processus poliomyélitique;* tantôt, enfin, ces processus se combinent et la moelle est frappée des deux côtés à la fois, mais toujours sous l'influence d'une même maladie : la *syphilis*.

Cette notion, qu'une portion des lésions médullaires dans la paralysie générale proviendraient d'une poliomyélite portant sur certaines cellules spéciales, s'allierait en réalité fort bien avec l'opinion soutenue par quelques auteurs, notamment en France par Joffroy et par Pierret, que les lésions du cerveau dans la paralysie générale sont d'origine parenchymateuse. En effet, si vous acceptez la manière de voir que je viens de vous exposer, vous reconnaîtrez que toutes, ou presque toutes les lésions de la paralysie générale pourraient être rapportées à une action directe de l'agent morbide (syphilitique ou toxique) sur les *cellules nerveuses* des différentes parties du système cérébro-spinal : *cerveau, substance grise médullaire* (pour les lésions endogènes), cellules des *ganglions spinaux* (pour les lésions exogènes).

Telles sont les réflexions que m'a suggérées l'étude comparative des moelles de tabes et de paralysie générale; j'ai la conviction que, dans les hypothèses que je viens de dérouler devant vous, il y a une bonne part de vérité, c'est à dégager entièrement celle-ci que devront tendre nos recherches ultérieures.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 10 janvier 1894. — Présidence de M. Perier.

RAPPORTS

Fracture du crâne; trépanation. — Tumeur tuberculeuse du biceps. — Perte de la verge; boutonnière uréthro-périnéale. — M. CHAUVEL fait un rapport sur trois observations adressées par M. Chupin :

I. Dans la première, il s'agit d'un homme de quarante-deux ans, qui reçoit un coup de pistolet à la tête. Le lendemain, il entre à l'hôpital; il n'a pas de contracture, ni de paralysie. Il a une plaie avec fracture de l'os. M. Chupin dissèque les lambeaux, ne trouve pas de projectile, mais constate une fracture rayonnante de l'occipital; il enlève la table externe enfoncée, trouve au-dessous une dépression de la lame vitrée; il applique une couronne de trépan et trouve un foyer hémorragique entre l'os et la dure-mère. On fait un nettoyage antiseptique de la région. Le blessé a bien guéri.

M. Chauvel ajoute que ces fractures du crâne avec enfoncement réclament l'enlèvement des esquilles et des corps étrangers. C'est aujourd'hui une opération sans danger et qui permet d'éviter des complications inflammatoires ultérieures.

II. Dans le second cas, il s'agit de l'ablation d'une tumeur du biceps, se prolongeant en haut, vers le grand pectoral. Bien qu'on n'ait pas trouvé de bacille, M. Chupin pense que la tumeur était de nature tuberculeuse. Peut-être s'agissait-il d'un ancien trajet tuberculeux provenant de la paroi costale.

III. Le malade qui fait le sujet de la troisième observation était un homme de trente-cinq ans, syphilitique et paludéen, ayant été atteint d'une gangrène totale de la verge. M. Chupin pratiqua une boutonnière de l'urèthre au périnée. Il établit ainsi une fistule permanente qui permit à ce malade d'uriner.

M. GÉRARD MARCHANT a été appelé, il y a six mois, auprès d'un jeune homme de dix-neuf ans, qui avait reçu un coup de feu dans la région frontale gauche. Il le voit vingt-quatre heures après l'accident. Il fait un pansement. Le lendemain, il y a de la fièvre, pas de perte de connaissance; il explore la plaie et pénètre dans un orifice osseux. Il y a donc pénétration cranienne. M. Marchand trépane et trouve une moitié de la balle pénétrant dans la dure-mère perforée. Au-dessous, il y a un foyer hémorragique. La substance cérébrale elle-même est lésée, nettoyage de la plaie, guérison.

M. Marchant est d'avis d'intervenir lorsqu'il y a pénétration

cranienne, même en l'absence d'accidents. Si, après des recherches faites directement jusqu'au cerveau, on ne trouve pas la balle, il faut s'en tenir là et faire le pansement.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE DANS LE PROLAPSUS UTÉRIN

M. **SCHWARTZ**, contrairement à ce qui a été dit pour le prolapsus, a eu une hémorragie qui est venue compliquer une hystérectomie vaginale pour un cas de ce genre. Il s'agissait d'une femme de cinquante-trois ans, qui avait subi une colpopérinéorraphie un mois auparavant, suivie de récidive. L'utérus était volumineux et donnait lieu à des hémorragies très fréquentes. Après avoir abaissé l'utérus, M. Schwartz place deux pinces sur les deux artères utérines grosses comme des humérales. L'utérus est bourré de corps fibreux, dégénéré, sans consistance, adhérent en avant avec la vessie. Il eut beaucoup de peine à décoller le péritoine; il y eut des hémorragies profuses, successives. Il appliqua une vingtaine de pinces sur les nombreux vaisseaux qui donnaient à chaque essai de décollement. Il fit un tamponnement vaginal avec de la gaze iodoformée. Le résultat fut excellent. La malade était complètement guérie après quatre semaines. Il n'y a pas, jusqu'ici, de tendance au prolapsus vaginal ou rectal. Nous verrons, dit en terminant M. Schwartz, si les pinces ainsi appliquées donneront un bon résultat définitif.

M. **ROUTIER** a fait deux fois l'hystérectomie vaginale pour prolapsus. Il s'agissait, dans un cas, d'une infirmière atteinte de prolapsus avec cystocèle. On lui fit, en 1887, une opération d'Alexander qui ne donna aucun résultat. Les pessaires, le cloisonnement du vagin furent également essayés sans succès. Enfin, M. Routier pratiqua l'hystérectomie vaginale. Mais le cystocèle ne fut pas guéri. Quand cette malade tousse, la paroi vésico-vaginale bombe à la vulve.

M. Routier fit la même opération chez une femme de cinquante-quatre ans, n'ayant pas de lésions tubaires ou ovariennes, mais ayant un utérus très lourd. Il ne peut donner encore les résultats éloignés de cette hystérectomie. M. Routier fait maintenant, avec plus de succès, l'élytrorraphie et la périnéorraphie.

M. **RECLUS** a fait trois hystérectomies vaginales pour prolapsus. La première a été pratiquée, avec l'anesthésie à la cocaïne, chez une femme de soixante-dix ans atteinte d'une chute complète de l'utérus ulcéré. Guérison opératoire, mort plus tard par accidents cardio-pulmonaires. La seconde opération a été faite sur une femme de cinquante-neuf ans; son utérus prolabé était volumineux; elle présentait des troubles urinaires, pouvait à peine marcher. M. Reclus fit l'hystérectomie avec anesthésie à la cocaïne. Il enleva les pinces après trois jours. Il y eut une guérison momentanée, puis apparut du cystocèle. M. Reclus fit alors une colpo-périnéorraphie. Le résultat fut excellent. Aujourd'hui, vingt et un mois après l'opération, le périnée est parfaitement solide.

Enfin, dans le troisième cas, il s'agit d'une femme de cinquante-deux ans, avec l'utérus à la vulve. M. Reclus extirpa l'utérus avec anesthésie par la cocaïne. Il y eut une hémorragie abondante. Cependant, la malade fut guérie après quinze jours. Le lendemain, apparition du rectocèle et du cystocèle. Colpo-périnéorraphie, résultat excellent se maintenant encore huit mois après l'opération.

L'hystérectomie vaginale, pour prolapsus, est une bonne opération; l'hémorragie est peu inquiétante et, d'ailleurs, facile à arrêter. Mais le résultat définitif ne semble pas très brillant. Il est vrai que M. Reclus n'a pas employé le procédé de la sangle recommandé par M. Quénu. Mais il reste sceptique à l'égard de ce mince plafond. Sera-t-il suffisant pour maintenir un vagin et une vessie aussi flexibles? La colpo-périnéorraphie semble l'opération de choix, même sans extirpation de l'utérus, pourvu qu'il soit peu volumineux.

On devra recourir à l'hystérectomie quand l'utérus sera dégénéré ou ulcéré, quand il y aura des lésions des annexes ou quand l'utérus sera très volumineux.

ÉLECTIONS

MM. Choux (de l'armée), Hue (de Rouen), Ménard (de Berck), Lecerf (de Valenciennes) sont nommés membres correspondants nationaux.

MM. Demosthènes (de Bucarest), Czerny (de Heidelberg), Keen (de Philadelphie) et Thornton (de Londres) sont nommés correspondants étrangers.

M. Mayor (de Genève) est élu associé étranger.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Syphilis et prostitution chez les insoumises mineures [1878-1887] (1), par O. Commenge.

Dans ses statistiques, portant sur dix années, l'auteur montre le grand danger que fait courir, à la santé publique, la prostitution des filles mineures qui, parmi tout le personnel de la débauche professionnelle, présentent le plus grand nombre de malades. Bien que la plupart d'entre elles logent dans des garnis, il est aisé de voir qu'une grande ville, comme Paris, offrira les plus grandes facilités pour l'inconduite à ces jeunes filles : beaucoup d'entre elles habitent encore et rentrent coucher chez leurs parents, leur faisant croire qu'elles travaillent le jour à l'atelier, alors qu'elles passent leur temps à racoler et emmener des clients dans des garnis ou des débits de vins à l'hospitalité aussi louche que large.

Le livre de M. Commenge est un document de haute importance, étant donné la situation de son auteur au Dispensaire de salubrité.

Au point de vue scientifique pur, peut-être pourra-t-on regretter le côté arbitraire et quelque peu étrange des classifications : ainsi, nous trouvons deux chapitres intitulés, l'un, *érosions chancreuses*, l'autre, *chancres*, et l'auteur a soin de nous faire remarquer qu'il ne s'attarde point à préciser s'il s'agit de chancres mous ou de chancres syphilitiques.

Une autre division, *accidents vénériens*, comprend, sans autre désignation, un grand nombre d' « ulcérations du col » (?); or ce diagnostic suffisait, il a quelques années encore, à empêcher la sortie des femmes de Saint-Lazare, comme indiscutablement vénériennes et contagieuses. Mais il est bon de savoir que M. Commenge a dû se trouver là en face de classifications et statistiques administratives qu'il a dû respecter, sans doute bon gré mal gré.

Ce point de vue mis de côté, l'œuvre de M. Commenge reste des plus intéressantes, car, après avoir fait ressortir le danger de la prostitution clandestine, il montre les remèdes qu'y apportent les législations étrangères, et ceux que, même en l'état actuel, les pouvoirs constitués pourraient utilement employer pour sauvegarder la santé publique, si les soucis politiques ou électoraux ne venaient souvent se jeter au travers des revendications de l'hygiène.

M. QUINQUAUD

Discours prononcé par M. le docteur Hallopeau, membre de l'Académie de médecine.

Je viens, au nom de la Société française de dermatologie et de syphiligraphie, dire un dernier adieu à notre profondément regretté collègue Quinquaud. Ancien interne de Bazin, dont on trouve un reflet, sinon dans ses doctrines, du moins dans son langage, il avait conservé, de son premier séjour à Saint-Louis,

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, G. Masson.

une prédilection pour les maladies de la peau; il était ainsi désigné pour y devenir chef de service; il y parvint en 1886 et, depuis lors, après la période de recueillement que doit nécessairement traverser tout médecin qui s'adonne à l'étude de la dermatologie, des publications de plus en plus nombreuses sont venues témoigner de sa grande activité scientifique. Membre du comité de direction de notre société dont il a été, en 1889, l'un des fondateurs, il a pris constamment part à ses travaux.

Il s'était fait, au point de vue de la direction des recherches, une place un peu à part au milieu de nous : profondément versé dans l'étude de la chimie, pourvu, grâce à l'intelligente libéralité de l'Assistance publique et du Conseil municipal, d'un laboratoire et d'aides expérimentés, il s'efforçait d'appliquer ses connaissances spéciales aux progrès de la dermatologie. « Il faut, disait-il en 1892, pénétrer profondément dans la connaissance de l'état morbide; il est indispensable de savoir comment l'organisme souffre dans sa constitution intime »; et Quinquaud s'adressait de préférence à la chimie pour arriver à la solution du problème. Il avait grandement raison, car c'est là une des voies principales qui doivent, dans l'avenir, conduire à la vérité : l'on sait, en effet, aujourd'hui que, les microbes pathogènes agissent presque exclusivement par les produits toxiques qu'ils engendrent et, d'autre part, l'on est en droit de rapporter à des auto-intoxications nombre de grandes dermatoses; il faut donc s'efforcer d'isoler ces substances toxiques et de les définir scientifiquement : la clinique doit ainsi s'appuyer sur la chimie en même temps que sur la bactériologie. Mais nous sommes malheureusement loin d'une solution : l'étude de ces toxines, produits instables et susceptibles d'agir à des doses presque infinitésimales, la lymphe de Koch l'a trop prouvé, est hérissée des plus grandes difficultés; nous en avons pour témoignage le nombre relativement restreint de résultats auxquels était arrivé Quinquaud lui-même dans cet ordre d'idées, après huit années de labeur incessant : une étude sur les variations de la toxicité du sérum dans les affections cutanées, une note sur les troubles que subit l'hématose dans le xeroderma pigmentosum, un travail sur les éruptions que provoquent les injections d'acide urique, un autre sur les troubles de nutrition qu'entraînent les dermatites artificielles, étaient jusqu'ici les seules publications dermatologiques dans lesquelles Quinquaud eût mis à profit ses connaissances spéciales en chimie : on voit combien est vaste le champ qui reste à explorer dans cette direction.

Aussi, comme ses prédécesseurs, est-ce surtout comme clinicien que Quinquaud laissera la marque de son séjour à Saint-Louis. Nous mentionnerons, à ce point de vue, d'intéressantes recherches pratiquées avec un instrument perfectionné, sur les troubles de la sensibilité cutanée qui se produisent dans la lèpre, des notes sur les folliculites épilantes décalvantes, sur les hydroas, sur l'hydradénome qu'il appelle cellulome épithélial éruptif, sur l'histologie de l'urticaire pigmentée, où il attribue aux mastzellen un rôle prépondérant, sur le lupus à marche serpigineuse offrant le caractère syphiloïde, sur l'hypertrophie de la rate dans la syphilis, sur le pemphigus foliacé avec papillomatose généralisée, sur une maladie pigmentée urticante, sur des lésions trophiques de la main et de l'avant-bras d'origine traumatique et sur le mycosis.

Quinquaud a fait également, surtout avec le concours de M. Nicolid, d'importantes études bactériologiques; c'est ainsi qu'il a constaté la présence du bacille de Hansen dans les manifestations cutanées précoces de la lèpre et celle de sporozoaires dans l'acné varioliforme de Bazin, qu'il a perfectionné la méthode de coloration du microbe du chancre mou, qu'il a établi le diagnostic d'un cas de farcinose à l'aide d'examens bactériologiques et d'inoculations; nous mentionnerons encore un travail sur la flore cutanée à l'état normal et pathologique.

Au point de vue thérapeutique, la dermatologie doit à Quinquaud une nouvelle méthode de traitement de la teigne qui, d'après ses statistiques, diminuerait de moitié la durée de la maladie, un traitement général de la syphilis par l'application, sur de larges surfaces, d'un emplâtre au calomel, qu'il a conseillé de préférence au Vigo, employé par Unna dans le même but. Nous signalerons enfin une étude sur les dangers qu'entraînent les injections de sublimé en provoquant une altération de l'épithélium rénal.

On voit que l'œuvre clinique de Quinquaud est considérable; la mort le surprend en pleine activité de production scientifique; ce qu'il a fait permet de prévoir ce qu'il aurait produit s'il avait pu poursuivre jusqu'au bout sa carrière hospitalière.

A un autre point de vue, Quinquaud laissera un souvenir durable à l'hôpital Saint-Louis : il était orateur et il avait le goût de l'enseignement. Doué d'une voix pénétrante, aux intonations les plus variées, d'une physionomie expressive, d'accents vibrants et chaleureux, il exerçait une action puissante sur ses auditeurs. Il avait, dans ces dernières années, inauguré à Saint-Louis, avec le concours d'éminents collaborateurs, un enseignement complet des maladies de la peau et rendu ainsi aux élèves d'incontestables services. Quinquaud était donc à la fois un observateur pénétrant et un professeur d'une réelle éloquence; nous ajouterons que l'homme attirait toutes les sympathies : ceux qui l'ont connu n'oublieront pas sa physionomie pensive, habituellement un peu triste, sur laquelle semblait constamment empreinte la préoccupation de quelque recherche scientifique et qui, tout d'un coup, s'éclairait d'un fin et doux sourire, lorsque la présence d'un ami y apportait une distraction passagère. Depuis trente ans le camarade, l'émule ou le collègue de Quinquaud, nous avons été témoin de sa grande puissance de travail et des efforts qui, après de longues et pénibles luttes, l'ont amené successivement à l'internat, au Bureau central, à l'agrégation et à l'Académie; il restera pour nous le type du travailleur énergique, persévérant et intelligent. C'est avec douleur que nous le voyons disparaître aussi prématurément, au grand préjudice de notre école dermatologique et de la science française.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 janvier 1894, M. le docteur Augros, médecin adjoint à la maison d'éducation des Loges, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 14 janvier 1894, M. le docteur Guyon, membre du Conseil général des Vosges, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le conseil de la Faculté propose la création d'une agrégation de dermatologie et maladies vénériennes et d'une agrégation d'ophtalmologie.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Cathétérisme évacuateur de la vessie, chez l'homme. — Symptômes et diagnostic de la variole. — Fractures de la clavicule.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le méro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

10

SIROP DU Dr DUFAU

à l'extrait de stigmates de maïs.

Maladies aiguës et chroniques de la vessie.

Diathèse urique. — Gravelle. — Cystite. — Catarrhe vésical. — Dysurie.

DIURÉTIQUE PUISSANT ET INOFFENSIF.

Hydropisies, affections du cœur, albuminurie.

et tous les cas dans lesquels la digitale et les autres diurétiques sont mal supportés.

Dose : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, dans un verre d'eau froide ou chaude.

Boisson très agréable. Prix : **3** fr. le flacon.

PHOSPHURE DE ZINC

(GRANULES TROIS CACHETS)

4 milligr. (1/2 milligr. de Phosphore actif).

Ces Granules sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit et des effets qu'on est en droit d'en attendre.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

Dose : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas. Prix : **3** fr. le flacon.

99

CARBONATE

DE

CRÉOSOTE

(CRÉOSOTAL)

"HEYDEN"

CONTIENT

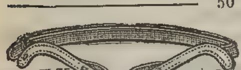
92 p. 100 de Créosote de Hêtre pure

ET

8 p. 100 d'Acide carbonique.

DE 2 A 3 CUILLERÉES A CAFÉ PAR JOUR — CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

50



NOUVEAU BANDAGE

Inventé par le Dr Prévost.

Expérimenté avec succès dans les hôpit. de Paris, présenté à la Soc. de chir. (22 avril 1891) et accepté avec un rapport des plus favorables, **ce bandage**, *à pression élastique, fixe, sans ressort lombaire ni sous cuisse*, **contient les hernies les plus rebelles.**

Env. s^r t^tte dem. Meyrignac, 229, r. St-Honoré, Paris.

72

PILULES (RHÉO-FERRÉES) VIGIER

spéciales contre la constipation. — 1 à 2 au dîner.

65

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint Raphaël est un vin fort agréable à boire.

Dose : Un petit verre après les principaux repas.

Dépot : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

99

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE **MYRRHE**)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,

28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Ph^ie Lachartre, 19, rue des Mathurins, Paris.

51

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. Roy, pharmacien, Asnières (Seine).

77

SUC TESTICULAIRE

Concentré, stérilisé, de conservation assurée.

Le flacon représentant 30 ampoules, 6f au public.

— — 90 — 12f —

1 fl. pr essai est adressé aux Méds qui le demandent.

Catillon, 3, boulev. Saint-Martin, Paris.

62

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les **Pilules du Dr Moussette**, à l'Aconitine et au Quinium calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

74

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, ex associé de la Maison du *Canapé-lit Leroux*, s'étant retiré, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G. **Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.**

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fab^t ces meubles bon marché (garantis).

39

LIQUEUR CONCENTREE

BALSAMIQUE, ANTISEPTIQUE

Deux cuillerées par litre donnent instantanément une *excellente eau de goudron*, que l'on boit aux repas au lieu d'eau ordinaire, contre :

MALADIES DE LA PEAU

VOIES RESPIRATOIRES

VOIES URINAIRES

Diathèse furonculeuse

MALADIES ÉPIDÉMIQUES



Couper de 1 ou 2 parties d'eau pour *lotions, pulvérisations.*

Le flacon : **1 fr. 50**

Rue de Rennes, 105, Paris, et dans les pharmacies.

22

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies.

22

LE VRAI **FER QUEVENNE** seul approuvé par *l'Acad. de médec.*, guérit la **chloro-anémie** sans avoir les inconvénients des sels de fer. Fl, f°, 14, r. Beaux-Arts, Paris.

N° 8. — JEUDI 18 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 18 JANVIER 1894. — N° 8.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance annuelle du 17 janvier 1894. — Présidence de M. PERIER.

ÉLOGE DE A. RICHET

Par M. Ch. MONOD, secrétaire général.

Messieurs,

« Le professeur Richet était le type du chirurgien classique : grand, grave, solennel même; ayant une haute idée de la dignité professionnelle, et je dirai aussi de sa propre dignité; donnant à tous l'exemple du travail incessant et du devoir accompli. De tels hommes honorent notre profession; nous leur devons un tribut d'admiration, de respect et d'éloges. »

Vous avez reconnu, Messieurs, les paroles prononcées par notre président M. Terrier, quand, dans la séance annuelle du 20 janvier 1892, il nous annonça la mort du professeur Richet. Je me plais à les reproduire en tête de cette notice. On ne saurait mieux, en quelques mots, peindre l'homme et donner une idée de sa laborieuse carrière.

A mon tour, je veux essayer d'évoquer devant vous la figure de notre regretté collègue, anatomiste expert, chirurgien de premier ordre, professeur apprécié et chéri par ses élèves.

Didier-Dominique-Alfred Richet naquit à Dijon le 16 mars 1816. Son père, modeste employé, secrétaire de la mairie de Dijon, était alors âgé de soixante ans. Il mourut trois ans après, laissant à sa veuve le soin de son jeune fils et d'une sœur aînée. Une autre sœur, née d'un premier lit, trente ans auparavant, était entrée en religion; elle est devenue supérieure des hospitalières de l'hôpital de Dijon.

M. Richet père, en mourant, avait exprimé le vœu que son fils reçût une éducation libérale. Il voulait lui assurer les bienfaits d'une instruction dont il souffrait d'avoir été lui-même privé. Mme Richet et ses filles n'eurent, dès lors, d'autre souci que de procurer, au jeune garçon, les moyens de faire de bonnes études. Mais il fallait se créer des ressources. Mme Richet, veuve et sans fortune, ne voulut les demander qu'au travail. Elle ouvrit, à Dijon, un petit magasin de modes. Le profit qu'elle en tira, grâce à son entente des affaires, à son intelligente énergie, à sa probité universellement reconnue, fut suffisait pour faire face à ses besoins et à ceux de ses enfants.

Alfred Richet fut placé au lycée de Dijon. Ayant conscience des sacrifices que l'on faisait pour lui, il comprit qu'il devait s'en montrer digne. Il tint constamment la tête de sa classe, et sitôt bachelier, annonça à sa mère son intention de faire ses études de médecine. D'où lui venait cette idée, alors que rien en apparence ne le poussait de ce côté? Il nous faut ici remonter un peu dans l'histoire de la famille Richet.

Richet avait parmi ses ascendants deux médecins. L'un, qu'il ne connut que de réputation, était son grand-oncle. Il s'appelait Claude Lombard. C'était un chirurgien militaire, qui se fit un nom vers la fin du siècle dernier. On a de lui de nombreux mémoires, dont deux furent couronnés par l'Académie de chirurgie et ont été imprimés dans le recueil des prix de cette compagnie (1).

L'autre, fils du précédent, oncle de notre collègue, suivit la même carrière que son père. Sa vie, plus mouvementée, fut marquée par un épisode que Richet aimait à raconter. En 1797, le jeune Lombard fut appelé, à la suite d'un concours, à faire partie de l'expédition d'Égypte, en qualité de chirurgien de brigade. Dans ce temps-là, les mers, et surtout la mer Méditerranée, étaient peu sûres. Le vaisseau qui portait Lombard fut poursuivi par les Anglais, malmené par la tempête et finalement tomba aux mains de corsaires tunisiens. Conduit à Tunis, l'équipage y fut mis aux fers. Or, le bey se trouvait alors malade. Il avait, depuis longtemps, à la jambe un ulcère qui, grâce aux soins des marabouts et autres charlatans de la cour, s'aggravait sans cesse. Il apprend qu'un *toubib* français est au nombre des prisonniers que viennent de ramener ses écumeurs de mer. Il le fait venir, lui demande ce qu'il pense du mal qui le tourmente et du traitement qu'on lui fait suivre. « Si Votre Altesse continue à se laisser soigner de la sorte, répond Lombard, elle est perdue! — Serais-tu capable de me guérir? » s'écrie le bey. Lombard lui affirme sans hésitation qu'il y parviendra, et lui demande en retour la vie et la liberté pour ses compagnons et pour lui-même.

Il a le bonheur de réussir. Le bey tient parole; la prison s'ouvre; les captifs reprennent le chemin de la patrie... à l'exception du pauvre Lombard, que le souverain, trop reconnaissant, se refuse à laisser partir.

Pendant trente ans, de 1797 à 1827, Lombard resta à la cour de Tunis, comblé d'honneurs et de présents, mais surveillé de près, et privé de tout moyen de mettre fin à son exil.

Le bey étant mort, Lombard obtint, non sans peine, de son successeur l'autorisation de faire un voyage en France, mais avec promesse de retour. Ne vous hâtez pas, messieurs, d'évoquer l'héroïque souvenir de Régulus... Le bon chirurgien était sincère, je veux le croire, au moment où il prenait cet engagement, mais quand il se retrouva dans sa patrie, il ne se sentit plus la force de la quitter et y demeura jusqu'à sa mort.

Richet a souvent eu occasion, pendant son enfance, de voir l'oncle Lombard, qui se plaisait à raconter sur Tunis et sur l'existence qu'il y avait menée des histoires intéressantes et curieuses.

(1) *Prix de l'Académie de chirurgie*, t. V, p. 666, 977. — Voir aussi *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*, 2e série, t. III, p. 75.

Nul doute que l'exemple et les récits de ce médecin, qui, paraît-il, était aussi spirituel que judicieux, n'aient influencé pour leur part son jeune neveu, dans le choix de sa carrière.

C'est en 1833 que Richet entra comme externe libre à l'hôpital de Dijon. L'année suivante son parti était pris définitivement : il demandait à sa mère la permission d'aller faire ses études à Paris. Mme Richet y consentit; mais elle entendait qu'au bout de cinq ans, le jeune étudiant serait reçu docteur et reviendrait exercer la médecine à Dijon. Elle s'engageait, de son côté, à lui faire parvenir, pendant cinq années, la somme de 60 francs par mois! Il est vrai que la valise du voyageur se trouva bondée, au départ, de confitures, biscuits et autres provisions légères, qui, par la suite, furent fréquemment renouvelées. Et cependant nos jeunes contemporains se demanderont, sans doute, par quels prodiges d'économie on pouvait arriver alors à se nourrir, à se loger et à se vêtir avec une aussi modeste pension.

La mère tint rigoureusement parole. Le fils, heureusement pour la science chirurgicale française, manqua à la sienne.

Au bout de cinq ans révolus, tout envoi d'argent cessa. Richet était alors interne provisoire. Il se demandait si, obéissant au désir de sa mère, il allait rapidement passer ses examens et rentrer dans sa ville natale, ou si, demeurant à Paris, il ne s'engagerait pas dans la voie des concours qui seule pouvait le conduire aux sommets. Il savait la route semée d'obstacles. Isolé, sans appui à Paris, quelles que fussent son énergie et son ardeur au travail, serait-il en état de les surmonter?

Un incident se produisit, qui mit fin à ses hésitations. Dupuytren venait de mourir (février 1839). On sait avec quelle solennité ses obsèques furent célébrées. Dans la foule qui se pressait derrière le char funèbre on ne comptait pas seulement des princes, des pairs de France, toutes les sommités des lettres, des sciences, des arts et de la politique, mais des hommes du peuple en grand nombre, anciens malades de l'Hôtel-Dieu, venant rendre à l'illustre chirurgien un témoignage ému de reconnaissance.

La grandeur de ce spectacle frappa le jeune Richet et éveilla dans son âme de nobles ambitions. Il se dit que l'homme honoré de la sorte avait eu, comme lui, les plus humbles origines; qu'il avait connu, lui aussi, les difficultés de la vie et lutté pour l'existence; que son âpreté au travail, son intelligence et sa ferme volonté avaient suffi pour l'élever aussi haut; enfin, que l'accès de telles destinées n'était interdit à personne. Il se promit tout bas sinon d'égaler un pareil maître, au moins de consacrer toute son énergie à suivre un aussi glorieux exemple.

Cette même année, Richet se présentait de nouveau au concours de l'internat. Il était nommé le premier de la promotion, le 24 décembre 1839.

Ce brillant début eut sur toute sa carrière une influence décisive. Son rang lui donnait le droit d'entrer dans le service de Velpeau. Celui-ci reconnut bien vite les brillantes qualités de son interne et le retint deux ans auprès de lui. Velpeau était déjà une puissance. Sa protection ne fit jamais défaut à son élève préféré. C'est lui, sans doute, qui l'encouragea à diriger ses études dans la voie chirurgicale.

De ses quatre années d'internat, Richet en passa deux, nous venons de le dire, chez Velpeau, une chez Ph. Boyer, une seule en médecine. Il avait été interne provisoire chez mon père, « son premier maître », comme il aimait à me le rappeler lorsque, plus tard, je fus moi-même son élève.

Les premières étapes de la route où il s'engageait furent rapidement franchies. Dès sa seconde année d'internat (1841), il était nommé aide d'anatomie; deux ans plus tard (1843), il était prosecteur; il concourait en même temps pour la médaille d'or des hôpitaux et était placé par le jury en tête de la liste, *ex æquo*, avec Oulmont. L'année même où il soutenait sa thèse de doctorat (1) [28 mars 1844], il obtenait au concours le titre de chirurgien des hôpitaux (13 novembre 1844); enfin, trois ans plus tard (1847), celui d'agrégé en chirurgie, le premier de la promotion. Une telle série de succès suffit à montrer qu'Alfred Richet joignait, aux connaissances acquises par un travail incessant, ce que l'on est convenu d'appeler les qualités de concours.

Une seule fois jusqu'alors il avait échoué dans les difficiles épreuves qu'il abordait. C'était en 1846, lorsque la nomination de Denonvilliers à la chaire de médecine opératoire rendit libre la place de chef des travaux anatomiques.

Il échoua encore aux concours ouverts à la Faculté pour les chaires de médecine opératoire et de clinique chirurgicale, auxquelles furent nommés Malgaigne et Nélaton, beaucoup plus anciens que lui dans la carrière. Il ne pouvait guère espérer triompher d'adversaires comme ceux-là, mais il sut du moins, ici encore, faire voir ce dont il était capable.

En 1852, lorsque le concours fut supprimé, Richet se trouvait être de ceux que leur passé et les sympathies qu'ils avaient su s'attirer, désignaient d'avance à l'attention de la Faculté. Mais, dédaignant de ne tenir sa nomination que de la seule bienveillance de ses maîtres, il chercha à se créer un titre sérieux à leurs suffrages. Un des juges du dernier concours, pour justifier son choix, n'avait-il pas dit : « Je vote pour les gros livres »? Richet voulut avoir le sien.

Aussi bien, peu absorbé encore par les soucis de la clientèle, n'ayant plus d'épreuves à subir, il pouvait désormais consacrer au travail personnel le temps qu'il avait dû réserver, jusque-là, à l'éternelle revue de ses notes de concurrent infatigable.

Dès sa première année d'internat, il avait poussé très loin ses études anatomiques. C'était grâce à ses leçons particulières d'anatomie qu'il avait pu vivre, lorsque sa famille l'eut réduit à ses seules ressources. Plus tard, comme aide d'anatomie, puis comme prosecteur, il ne cessa de poursuivre ses recherches sur le cadavre, vérifiant les descriptions classiques, les corrigeant ou les complétant.

Ses remarques et ses découvertes étaient à mesure consignées par écrit, et il était ainsi arrivé à se former un véritable dossier, plein de vues originales, qu'il n'avait pu jusqu'alors utiliser. Il résolut de les mettre à profit et, à l'exemple de maîtres tels que Velpeau, Blandin, Malgaigne, dont l'œuvre lui semblait à certains égards incomplète, de publier à son tour un traité d'anatomie chirurgicale. Telle est l'origine du livre bien connu de Richet. Nous aurons occasion d'y revenir. Il était intéressant de marquer au passage le moment où il en conçut l'idée.

La première édition du *Traité d'anatomie chirurgicale* parut en janvier 1855. Mais on savait son auteur à l'œuvre. Dès 1854, il était présenté par la Faculté pour la chaire de clinique chirurgicale, à laquelle fut nommé Jobert (de Lamballe); il l'était encore, en 1858, pour celle de pathologie chirurgicale, qui fut donnée à Gosselin.

Ce fut seulement sept ans plus tard, en 1865, lorsque la mort de Malgaigne eut de nouveau créé une vacance à la Faculté, que Richet, après une attente qui lui parut longue, fut enfin nommé professeur de pathologie chirurgicale à l'unanimité des voix. Le *Traité d'anatomie chirurgicale* avait eu un succès considérable. Les deux premières éditions étaient épuisées, la troisième était sur le point de paraître. L'ouvrage était entre toutes les mains. Le suffrage de la Faculté ne faisait que confirmer celui du public médical. Richet entrait à l'École par la grande porte.

Nul ne s'acquitta plus consciencieusement de la tâche qui lui était confiée. Dans l'exposé de titres dressé par lui en 1883, lorsqu'il se présenta à l'Académie des sciences, il pouvait terminer sa notice par ces mots éloquents dans leur brièveté : « Depuis ma nomination de professeur, j'ai fait tous les ans mon cours officiel. » Et il le continua jusqu'en 1888, c'est-à-dire pendant vingt-trois ans, sans presque une seule interruption.

Il ne fut chargé que pendant deux ans d'un cours théorique à la Faculté. Dès 1867, une chaire de clinique étant devenue vacante, il demanda et obtint d'y être nommé. Il atteignait ainsi le but de son ambition, celui qu'il s'était proposé lorsque, en 1839, à la

(1) Richet (Alfred). *Études d'anatomie, de physiologie et de pathologie pour servir à l'étude des tumeurs blanches*, Th. de Paris, 1844.

mort de Dupuytren, il avait pris le parti de demeurer à Paris.

Richet était, comme Gosselin, son prédécesseur immédiat, l'un des derniers représentants de cette grande chirurgie classique qui s'est personnifiée, après Desault et Dupuytren, en Velpeau, Blandin, Laugier, Jobert, et, plus près de nous, en Malgaigne, Nélaton, Denonvilliers, Jarjavay, Robert, Lenoir, et tant d'autres.

Comme eux, il avait compris que c'est au lit du malade que se forme le vrai praticien. Aussi ne croyait-il pas pouvoir trop encourager ses élèves à l'étude patiente des faits cliniques, ni pouvoir mieux employer son temps et ses efforts qu'à les guider dans cette voie laborieuse, mais singulièrement féconde.

Très régulier à l'hôpital, il faisait chaque jour une visite attentive dans les salles, s'arrêtant, et souvent longuement, auprès des malades dont l'histoire prêtait à quelque considération utile ou intéressante, montrant, dans les cas difficiles, par quelle série de déductions on parvient à poser un diagnostic exact; pour d'autres, s'attachant surtout à établir le pronostic ou à indiquer les principales lignes du traitement.

J'ai conservé, et je relisais récemment, des notes prises par moi au courant de la plume, au temps où je suivais le service du professeur Richet. Elles portent bien la marque de cet enseignement pratique, élémentaire, accessible aux plus petits.

Et, sans peine, je me le représente dans les longs couloirs de l'Hôtel-Dieu, suivi de son cortège d'élèves, redressant sa haute taille, la tête coiffée de la calotte classique, sous laquelle il aimait à ramener certaine mèche rebelle, ceint du tablier blanc qu'il portait court, comme s'il eût craint de laisser entraver sa marche; s'avançant d'un pas rapide, mais toujours digne, l'air plus grave que sévère, comme pénétré de l'importance de son rôle, sans qu'on pût jamais songer à l'accuser de pédanterie.

Peu familier, sachant garder la distance du maître à disciple, il cachait sous une apparence un peu froide des trésors d'indulgence et de bonté. Très dévoué à ses élèves, il s'intéressait à leurs travaux et à leurs légitimes ambitions. Aussi n'a-t-il laissé dans leur esprit, comme le disait l'un d'eux sur sa tombe, que le souvenir du « maître vénéré, du maître profondément aimé, du conseiller paternel et bon », dont le jugement sûr ne fut jamais en défaut.

Trois fois par semaine, il se rendait à l'amphithéâtre où, dans une leçon toujours préparée avec soin, souvent écrite d'avance, il exposait avec détail, à propos de tel de ses malades, quelque fait de pathologie clinique.

Le volume publié par les soins d'un de ses élèves de prédilection, mon excellent collègue et ami, M. le docteur Blum, ne saurait donner qu'une idée bien incomplète de cet enseignement : les sujets qu'il traitait de préférence ont seuls, en effet, pu y trouver place.

Mais ceux qui ont entendu le maître n'ont pas perdu le souvenir de cette parole lucide, s'efforçant de faire pénétrer dans l'esprit de ses auditeurs les préceptes de la saine chirurgie, j'allais dire de la chirurgie du bon sens; faisant appel, quand il y avait lieu, à des connaissances anatomiques précises pour en tirer certaines déductions cliniques; ne cherchant pas les effets oratoires, soucieux avant tout de clarté, ayant souvent recours, pour mieux frapper l'attention, à des comparaisons pittoresques, qui faisaient quelquefois sourire, mais qui demeurent aujourd'hui encore, avec l'enseignement qu'elles comportent, gravées dans notre souvenir.

Jusqu'à la fin il resta sur la brèche, heureux de voir, même dans les dernières années de sa vie, ses élèves lui rester fidèles. Comme on le pressait de prendre un repos bien mérité : « Mon amphithéâtre est encore plein, disait-il en montrant les rangs serrés de ses auditeurs, ce serait une désertion. »

La leçon clinique n'était, du reste, qu'une partie et, peut-être à ses yeux, la moins importante, de son enseignement. A la parole succédait l'acte chirurgical.

C'était pour le professeur l'occasion, parfois impatiemment attendue, d'établir l'exactitude du diagnostic avancé; c'était surtout la possibilité de montrer aux étudiants les qualités dont le chirurgien, aux prises avec la pratique, doit savoir faire preuve.

Richet, mieux que personne, était en mesure de donner cette vivante démonstration. Tous ses élèves rediront avec moi quel excellent orateur il était. D'un imperturbable sang-froid, ne se laissant émouvoir par aucun incident, il poursuivait sa route avec calme, marchant droit au but et achevant, souvent aux applaudissements de son jeune auditoire, les interventions les plus audacieuses ou les plus délicates.

C'est qu'ici encore l'anatomiste venait puissamment en aide au chirurgien. Cette sûreté de main, cette sorte de divination qui lui permettait d'éviter, comme en se jouant, les obstacles et les écueils, qu'était-ce donc, sinon la mise en œuvre de ses longues recherches sur le cadavre? Précieux enseignement, précieux encouragement aussi pour ceux qui seraient tentés de se laisser rebuter par ces études préliminaires, arides en apparence, mais sans lesquelles le vrai chirurgien n'existe pas.

Les résultats furent-ils à la hauteur de ses efforts? Hélas, non. C'est que Richet vivait à cette époque néfaste où les opérations les mieux comprises et les mieux conduites n'aboutissaient, pour la plupart, qu'à des revers. L'infection purulente, l'érysipèle et toutes les complications des plaies guettaient les malheureux opérés, et l'on ne savait pas se défendre! Lorsque le bruit des résultats obtenus par Lister, en Angleterre, se répandit à Paris, Richet fut d'abord parmi les incrédules. Plus tard, il se rendit à l'évidence et ne se refusa point à suivre le mouvement. Mais il laissa faire, plus qu'il ne fit lui-même. Il n'avait pas la foi qui soulève les montagnes.

Pendant une longue période de sa vie — de 1852, date de sa nomination au titre de membre titulaire de la Société de chirurgie, jusqu'en 1865, année qui suivit celle où il fut appelé à diriger nos travaux — c'est ici même qu'il se plaisait à nous apporter le récit des faits intéressants observés dans son service, ou les pièces qu'il y recueillait. Relativement rares dans les premières années, ses communications augmentent bientôt de nombre et d'importance. On sent, en parcourant nos *Bulletins* de cette époque, que son autorité parmi nous va croissant.

Il n'est pas une grande discussion à laquelle il ne prenne une part active : *traitement des anévrysmes par la compression digitale; trépan; avantages et inconvénients de la ligature préalable des grosses artères pour faciliter l'ablation des tumeurs; rôle du périoste; traitement des polypes naso-pharyngiens; conduite à tenir dans les cas de traumatismes graves du genou;* voire même les *indications de l'iridectomie dans le glaucome*, brillant débat qui s'engagea à la suite de la communication d'un fait personnel et qui lui fournit l'occasion de se mesurer avec Follin; tant il est vrai que les chirurgiens de cette époque n'entendaient se désintéresser d'aucune branche de leur art.

Faut-il rappeler encore les nombreux points de pratique courante sur lesquels il s'est efforcé, dans cette enceinte, de porter la lumière : *signes et pronostic des fractures du rocher, formes rares des hernies, tumeurs des os, bec de lièvre, tumeurs du testicule, traitement des pseudarthroses, abcès des os, corps étrangers articulaires, luxations anciennes de l'épaule, fractures de l'extrémité inférieure du fémur, polypes du rectum, fractures de l'omoplate, anévrysmes artério-veineux, tumeurs de la parotide, tumeurs à myéloplaxes, palatoplastie, excision des nerfs dans les névralgies, amputation du pénis*, etc. Je cite, non au hasard, mais suivant l'ordre où j'ai pu noter, dans notre recueil, les principales discussions auxquelles, dans cette longue suite de séances, notre collègue a pris part.

Je ne saurais oublier, enfin, certains sujets qu'il avait particulièrement étudiés et dont il aimait à s'entretenir avec vous. C'est à cette tribune que, dans un long mémoire, il vous exposait les moyens propres à obtenir l'*anesthésie locale;* qu'il vous faisait connaître ses recherches sur les *fistules de l'espace pelvi-rectal supérieur*, sur les *hernies ombilicales*, sur les *auto-intoxications à la suite des fractures du maxillaire inférieur;* sur ses procédés de *blépharoplastie*, opération où il était passé maître; sur le perfectionnement qu'il apporta aux *appareils inamovibles*, en mélangeant en certaines proportions la gélatine et le plâtre, etc...

Cette longue énumération suffit à montrer quelle activité variée

et féconde le professeur Richet a déployée au sein de notre société.

A partir de 1867, il cessa d'assister à nos réunions. Il avait été nommé, l'année précédente, membre de l'Académie de médecine. Il crut devoir consacrer à l'illustre compagnie le peu de temps que laissaient disponible son service à l'hôpital et des obligations professionnelles de plus en plus nombreuses.

C'est à l'Académie qu'il fit part de ses vues sur les *tumeurs osseuses des sinus de la face*, à propos du fait bien connu de Dolbeau, et qu'il exposa l'opération conçue par lui pour remédier à l'*adhérence cicatricielle du voile du palais avec le pharynx*. C'est là encore que, comme le rappelait un de ses panégyristes, « faisant preuve d'un amour sincère du progrès, il soutint les avantages de la *résection du genou*, à une époque où la valeur de cette opération était encore contestée, et admit, contre l'avis de plusieurs de ses collègues, la légitimité de l'*hystérectomie abdominale* ».

De si nombreux travaux, intéressant toutes les branches de la chirurgie, et poursuivis depuis de si longues années, devaient assurer au professeur Richet une place d'honneur parmi ses collègues. L'Académie l'éleva, en 1879, au fauteuil de la présidence.

Il aspirait à une récompense plus haute encore, celle d'être jugé digne, par l'élite de ses contemporains, de s'asseoir sous la coupole de l'Institut, distinction suprême, réservée au petit nombre, d'autant plus ardemment recherchée.

Richet était de ceux qui pouvaient légitimement y prétendre. Dans une notice sur ses œuvres, dont j'ai déjà fait mention, il a soin de rappeler qu'avant sa nomination de professeur, il avait été, pendant les dix-huit premières années de sa carrière, un homme de laboratoire et d'amphithéâtre, uniquement occupé de recherches sur le cadavre et d'expériences sur les animaux vivants.

C'est de cette époque de sa vie que datent ses travaux sur l'*usage du liquide céphalo-rachidien*, et la part qui lui revient dans les mouvements du cerveau ; sur la *nutrition et le mode de vitalité des cartilages articulaires;* sur le *mode de résistance du crâne aux lésions traumatiques;* sur le *mécanisme de la respiration* et le rôle des adhérences pleuro-pulmonaires dans les fonctions du poumon; et, dans l'ordre anatomique, ses recherches originales sur la *région parotidienne*, sur les *aponévroses du cou*, sur l'*aponévrose orbito-oculaire*, sur le *trajet et l'anneau ombilical*, sur l'*anatomie chirurgicale du périnée et de l'urèthre*, et enfin sur la *direction, le volume et la structure de l'utérus*, organe qui n'avait été, jusqu'à lui, l'objet d'aucun travail spécial.

C'est à la faveur de cet ensemble de travaux qu'après avoir, en 1874, laissé passer devant lui son émule et son ami le professeur Gosselin, Alfred Richet fut appelé, le 7 mai 1883, à prendre, à l'Académie des sciences, la place de Sédillot.

Un des principaux titres de notre collègue, aux yeux de ceux qui lui donnèrent leur appui en cette circonstance, fut assurément le *Traité d'anatomie médico-chirurgicale*, dans lequel se trouve résumée l'œuvre anatomique et chirurgicale de Richet.

Ce livre était parvenu à sa 6e édition, ce qui, comme le disait modestement l'auteur, « semblait démontrer que l'ouvrage, à défaut d'autre mérite, avait au moins celui de l'à-propos ».

J'ai montré plus haut comment Richet avait été amené à entreprendre ce travail considérable (1). Il me sera permis d'arrêter encore un instant votre attention sur cette œuvre capitale de notre collègue et de rechercher les causes de son grand succès.

Depuis longtemps, on s'accordait à reconnaître que l'anatomie descriptive pure ne suffisait pas aux besoins de la pratique médicale.

Genga, professeur d'anatomie et de chirurgie à Rome, dans la seconde moitié du XVIIe siècle, mit le premier à exécution l'idée, dont on trouve le germe dans l'enseignement de notre grand Riolan, « de rattacher par le lien de l'utilité, l'anatomie à la médecine pratique ». C'est à lui que l'on doit le premier traité d'*anatomie* dite *chirurgicale*, paru à Rome en 1672 (1).

Cinquante ans plus tard, Palfin, chirurgien juré, anatomiste et lecteur en chirurgie à Gand, sa patrie, publiait un livre plus important qu'il intitulait : *Anatomie du corps humain avec des remarques utiles aux chirurgiens dans la pratique de leurs opérations.* Ce livre, traduit en français par l'auteur, eut à Paris trois éditions successives, dont la dernière date de 1753 (2).

Les chirurgiens n'en avaient pas d'autre à leur disposition jusqu'au commencement du présent siècle. Mais, dès lors, les travaux de ce genre se multiplient. Ce sont les traités de Malacarne (3), en Italie; de Seiler (4), Rosenmüller (5), Rosenthal (6), Bock (7) et Froriep (8), en Allemagne; de Colles (9), en Angleterre; enfin et surtout, ceux de Velpeau et de Blandin, en France, tous parus dans la première moitié du XIXe siècle.

On se passionnait de tous côtés pour l'étude de l'anatomie des régions. On comprenait de plus en plus que le chirurgien ne pouvait prétendre à un diagnostic précis ni conduire une opération avec sûreté que s'il était en état de résoudre le problème posé par Chaussier en ces termes : *Un instrument traversant le corps dans un point et une direction donnés, dire quelles parties il intéresse.*

Et cependant, selon Malgaigne, « l'anatomie chirurgicale, à peine sortie de ses langes et encore incertaine de son domaine et de sa puissance, n'avait pas donné, à beaucoup près, tout ce dont elle était capable ».

Malgaigne reprochait en effet à Blandin et à ses prédécesseurs de s'être montrés, dans leurs livres, plus anatomistes que chirurgiens, de n'avoir pas su tirer de leurs descriptions, exactes d'ailleurs, toutes les déductions chirurgicales et physiologiques qui s'y rattachent, d'avoir fait, en un mot, de l'anatomie topographique pure, plutôt que de l'anatomie chirurgicale, telle qu'elle doit être comprise.

Il félicitait Velpeau d'avoir su réagir contre cette tendance, d'abord en joignant à l'étude de l'anatomie chirurgicale celle des tissus, ou anatomie générale, puis en introduisant dans son

---

(1) « Ce traité n'a pas moins de 1355 pages d'impression grand in-8°, petit texte très serré, formant au moins la matière de 4 volumes ordinaires. » (*Note de A. Richet* dans la *Notice analytique de ses travaux scientifiques*, etc., Paris 1883.)

(1) GENGA (Bernardin). *Anatomia chirurgica, ossia istoria dell' ossa e moscoli del corpo umano, con le descrizzione de vasi*, Rome 1672, in-8°; *ibid.*, 1675, in-8°; Bologne 1687.

J'emprunte cette indication et les deux suivantes à Deizeimeris (*Dictionnaire historique de la médecine ancienne et moderne*).

(2) PALFIN (Jean). *Anatomie du corps humain, avec des remarques utiles aux chirurgiens dans la pratique de leurs opérations* (en flamand), Leyde 1718, in-8°, fig. — Traduit par l'auteur (et J. Devaux), avec des additions et changements, Paris 1726, in-8°, fig. — Deux nouvelles éditions : par P. Boudin, Paris 1734, in-8°, fig., 2 vol., et par A. Petit (avec refonte complète, par l'auteur, du second volume et addition des *Observations anatomiques de Ruysch* et *celles de M. Brisseau*, etc.), Paris 1753, in-8°, 2 vol.

(3) MALACARNE (Vincent). *Ricordi della anatomia chirurgica spettanti al capo e al collo*, Padoue 1801, in-8°. — *Ricordi... spettanti al tronco*, Padoue 1802, in-8°. — *Ricordi... spettanti alle braccia e alle gambe*, Padoue 1802, in-8°.

(4) SEILER (B.-Wilh.). *Commentatio primas lineas prælectionum anatomiæ chirurgicæ complectens*, Wittemberg 1802, in-4°.

(5) ROSENMULLER (Jean-Chrétien). *Chirurgisch anatomische Abbildungen für Aertze und Wundærzte oder Icones Chirurgico-anatomicæ in usum medicorum et chirurgorum*, Weimar 1805-1812, in-fol., 3 parties.

(6) ROSENTHAL (Frédéric-Chrétien). *Handbuch der chirurgischen Anatomie*, Berlin 1817, in-8°.

(7) BOCK (Aug. Karl). *Handbuch der praktischen Anatomie des menschlichen Kœrpers, oder vollstændige Beschreibung desselben nach der natürlichen Lage seiner Theile*, Meissen 1819-1822, 2 vol. gr. in-8°.

(8) FRORIEP (Robert). *Atlas anatomicus partium corpori humani per strata dispositarum imagines in tabulis XXX... exhibens*, Weimar 1850, in-fol.; 2e et 3e édit, *ibid.*, 1852 et 1856; 4e et 5e édit., Leipzig 1861 et 1865.

(9) COLLES. *A treatise on Surgical Anatomy*, Dublin 1811.

ouvrage de nombreuses déductions pratiques. Lui-même, dans son traité classique, auquel il donne le nom significatif de *Traité d'anatomie chirurgicale et de chirurgie expérimentale*, est allé bien plus loin encore dans cette voie.

Mais ne mérite-t-il pas, à son tour, le reproche que lui a adressé l'un de nos plus judicieux collègues, d'avoir fait un traité de chirurgie plutôt qu'une anatomie, sacrifiant parfois les descriptions anatomiques à des considérations générales qui trouveraient mieux leur place dans un livre de pathologie ou de physiologie? [Eug. Bœckel (1)].

Ces quelques remarques étaient nécessaires pour bien faire comprendre le mérite spécial de l'ouvrage de Richet.

Sans doute il ne s'est pas borné, comme Blandin, à faire de l'anatomie topographique. On a même pu trouver que dans son livre — appelé par lui, pour en bien marquer l'esprit, *Anatomie médico-chirurgicale* — il se laissait entraîner, lui aussi, dans de trop longues excursions sur le terrain de la pathologie et de la physiologie ; mais jamais, du moins, il ne perd de vue que l'étude anatomique la plus précise et la plus détaillée doit rester l'objet principal de ses efforts. On retrouve, en le lisant, la trace de ses longues recherches sur le cadavre ; l'aide d'anatomie, le prosecteur, celui qui a consacré près de vingt ans de sa vie à l'étude et à l'enseignement de l'anatomie, se révèle à chaque page. Et l'élève, à l'amphithéâtre, le livre en main, a cette rare jouissance de pouvoir, sans peine, en suivant pas à pas la parole du maître, vérifier par lui-même l'exactitude de ses descriptions.

Voilà, Messieurs, ce qui a fait de l'œuvre de Richet le livre de chevet de tant de générations d'étudiants.

Viennent ensuite les déductions pathologiques, les longues considérations physiologiques : elles ne seront qu'un attrait de plus. Elles donneront à l'esprit du jeune travailleur cette satisfaction de pouvoir, à mesure qu'il avance dans son étude, apprécier toute l'importance des considérations anatomiques qui ont précédé.

Joignez à cela la sobriété et la clarté du style, un art véritable dans la façon de présenter et de diviser le sujet, l'intérêt qui s'attache à telles polémiques vigoureusement soutenues, enfin le charme de certains passages où l'homme se révèle dans l'expression simple et naïve d'un juste contentement de lui-même, et vous comprendrez que le *Traité d'anatomie chirurgicale* de Richet, malgré le mérite, à certains égards, supérieur, des ouvrages analogues qui ont suivi, compte encore parmi nos meilleurs ouvrages classiques.

Le manuscrit du *Traité d'anatomie médico-chirurgicale* se trouve à la bibliothèque de la Faculté de médecine de Paris. Il forme cinq gros volumes (tout entiers de la main de l'auteur), que les élèves et les admirateurs de Richet ne peuvent regarder sans émotion. On se plaît, en parcourant ces feuilles, couvertes de la fine écriture du maître, chargées de ratures et de corrections, à surprendre sa pensée primitive, à suivre les modifications que, chemin faisant, il lui faisait subir, à rechercher les raisons de ces changements, et l'on se représente aisément ce qu'il a fallu de temps, d'énergie, de ténacité pour mener à bien une telle entreprise.

Richet en était fier. Il avait le droit de l'être. C'est par là surtout que son nom demeure et demeurera longtemps encore vivant.

On oublie trop, cependant, que si « le livre », comme il l'appelait volontiers, tient en effet la première place dans l'œuvre du professeur Richet, bien d'autres travaux, dont quelques-uns auraient suffi à illustrer son nom, sont sortis de sa plume.

J'en ai déjà, au cours de cette étude, cité un grand nombre. Je ne puis cependant passer sous silence son fameux mémoire sur les *Tumeurs blanches*, couronné par l'Académie de médecine en 1850, dans lequel il résumait et complétait des recherches poursuivies depuis douze ans : celui sur les *Tumeurs vasculaires ou anévrysmes des os*, qu'il s'efforce de distinguer des cancers à vascularisation abondante ; ses remarquables thèses de concours dont il me suffira de rappeler les titres : *De l'emploi du froid et de la chaleur dans le traitement des affections chirurgicales* ; *Des opérations applicables aux ankyloses* ; *Des luxations traumatiques du rachis* ; ses articles *Anévrysmes*, *Carotides*, *Clavicule*, dans le « Nouveau dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques », composés à l'époque de sa pleine maturité, et tant d'autres notes et mémoires de moindre importance, relevés par lui dans ses exposés de titres.

Les indiquer tous serait transformer cette notice en un index bibliographique. Je passe donc et me borne à rappeler en terminant deux procédés de traitement auxquels Richet a attaché son nom : l'*ignipuncture* et la *volatilisation des hémorroïdes*.

Ceux qui ont suivi l'enseignement de notre collègue savent avec quelle insistance il aimait à revenir sur ces deux points de pratique. Il soutenait, non sans raison, que le fer rouge, porté profondément dans les tissus, était un modificateur puissant et un réel agent curateur dans un grand nombre d'affections, mais particulièrement dans les tumeurs fongueuses des gaines tendineuses et des articulations. Le nom d'*ignipuncture*, qu'il a donné à cette méthode thérapeutique, est resté dans le langage chirurgical.

C'est à la cautérisation par le feu que Richet donnait aussi la préférence pour la cure des hémorroïdes. Il avait, pour cet objet, fait construire une pince spéciale qui porte son nom et qu'il maniait avec habileté, j'allais dire avec amour. Il ne manquait pas une occasion de montrer avec quelle rapidité et quelle parfaite innocuité les tumeurs hémorroïdaires, saisies avec la « pince cautère écrasante » chauffée au rouge sombre, s'en allaient en fumée, se *volatilisaient*, comme il se plaisait à le dire, et disparaissaient à jamais, sans esprit de retour !

Richet ne fut pas seulement un anatomiste de premier ordre, un professeur écouté, un membre actif de nos sociétés savantes, il eut encore à Paris la grande situation chirurgicale que lui assuraient ses titres officiels, ses qualités universellement reconnues de clinicien et d'opérateur, et aussi son urbanité, la parfaite correction de ses manières, sa bonté et son dévouement pour ses malades.

Ce ne fut cependant qu'à partir de 1872, c'est-à-dire lorsqu'il eut largement dépassé la cinquantaine, que sa clientèle devint véritablement importante.

Pendant de longues années, son service à l'hôpital et le travail de laboratoire ou de cabinet absorbèrent presque tout son temps. En route à la première heure, il arrivait de bon matin à l'hôpital et en repartait tard. Rentré chez lui, il prenait, à la hâte, un repas frugal dans une petite chambre voisine de son salon d'attente. Puis il recevait les malades venus pour le consulter, ou allait voir ceux qui l'attendaient en ville. La soirée était presque toujours consacrée à l'étude. Il redoutait les réunions mondaines et les dîners priés, avait peu de goût pour le théâtre, et se permettait même rarement une lecture qui ne fût pas scientifique.

Marié, à trente-trois ans, avec une femme distinguée, issue d'une famille parisienne honorable entre toutes, il eut deux enfants : une fille, dont le mariage contribua à étendre ses propres relations dans le monde des lettres, et un fils qui fut sa joie et sa gloire. Comment ne pas rappeler ici qu'une des plus grandes et des plus nobles satisfactions éprouvées par notre collègue fut de voir ce fils, dont il avait surveillé et guidé les études, se créer à côté de lui une situation personnelle dans le mouvement scientifique contemporain, et s'imposer de telle sorte, par ses travaux et ses aptitudes, que, lors de la vacance de la chaire de physiologie à la Faculté de médecine, en 1887, nul ne parut mieux désigné que lui pour l'occuper. On vit alors, fait unique dans l'histoire de notre Faculté, le père et le fils siéger ensemble dans les conseils de l'École, tous deux entourés de l'estime et de l'affection de leurs collègues et de leurs élèves. Richet en concevait une légitime fierté, dont il ne cherchait pas à retenir l'expression.

Jusqu'en 1875, Richet ne sut pas ce que c'est que le repos. Il n'avait jusqu'alors jamais pris de vacances. Il possédait, depuis

(1) Bœckel (Eugène). *Nouveau Dictionnaire de médecine et de chirurgie pratiques*, Paris 1865, t. II, p. 186, art. Anatomie médico-chirurgicale.

1857, à Épinay-sur-Seine, une petite propriété où il se rendait tous les soirs en été, délassement qu'il estimait lui suffire. Ce fut le charme de sa vie. Comme beaucoup de gens que leurs occupations retiennent à la ville, il avait la passion de la campagne. Il s'occupait lui-même de ses fleurs et de ses fruits, surveillant la croissance, guettant la maturité, saluant enfin l'apparition, sur sa table, de tel melon bien à point ou de pêches succulentes, cueillies de sa main sur des arbres plantés par lui. Dans ces plaisirs champêtres il oubliait les soucis et les fatigues de sa profession.

Plus tard, lorsqu'il crut pouvoir s'accorder de véritables congés, il se livra plus entièrement à ses goûts de gentilhomme campagnard. Il avait acheté, en 1874, dans le midi de la France, le beau domaine de Carqueiranne. Il y fit exécuter de grands travaux, dont il avait conçu le plan. Dès lors, ses absences de Paris se prolongèrent et devinrent plus fréquentes.

C'est à Carqueiranne que survint le terrible accident qui assombrit les dernières années de sa vie. Une digue, qu'il faisait construire et dont il se plaisait à surveiller les progrès, se rompit. Sous ses yeux, Mme Richet fut atteinte par l'éboulement et mortellement blessée. C'était en 1884. Le coup fut terrible. Richet ne put jamais s'en remettre.

En 1890, il perdit sa dernière sœur, celle qui avait si doucement bercé son enfance et soutenu ses premiers efforts. Elle avait quatre-vingt-trois ans, l'âge où leur mère était morte, en 1866. Celle-ci avait donc pu assister au triomphe de Richet. Depuis longtemps elle avait pardonné à son fils, qui entourait sa vieillesse des soins les plus tendres, d'avoir préféré la lutte et certains déboires inévitables à la vie plus paisible qu'elle avait rêvée pour lui.

Le dernier jour de l'année 1891, la nouvelle de la mort de Richet se répandit à Paris. Il avait succombé, la veille, à une broncho-pneumonie, dont l'allure avait paru d'abord bénigne. Son fils, appelé par dépêche à Carqueiranne, l'avait trouvé plein d'entrain et d'espoir : « Je me sens décidément mieux », lui disait-il, lui reprochant presque de s'être dérangé pour si peu. C'était un dimanche. Dès le lendemain, la situation s'aggravait, et, le mercredi 30 décembre, Richet s'éteignait sans souffrance, dans la soixante-quinzième année de son âge.

En 1868, le professeur Richet, chargé dans une séance solennelle, à la Faculté de médecine, de faire l'éloge de Jobert (de Lamballe), terminait son discours par ces mots : « Ce qui, à mes yeux, caractérise surtout Jobert, ce qui le recommande à l'attention de la postérité, c'est que, parti de bas, sans fortune, sans appui,.., il a su s'élever aux plus hautes dignités par le fait d'un travail sans relâche et que rien n'a pu décourager. »

En prononçant ces paroles, Richet faisait sans doute un retour sur lui-même. Nous aussi, après avoir repassé ensemble la longue carrière de notre collègue, nous pouvons dire qu'il laisse un salutaire exemple : sa vie et ses œuvres montrent ce que peut le travail servi par une belle intelligence et une volonté tenace.

PRIX DÉCERNÉS POUR 1893.

Prix Duval. — Décerné à M. P. Mauclaire, prosecteur de la Faculté de médecine de Paris, pour sa thèse : « Des différentes formes d'ostéo-arthrites tuberculeuses. »

Prix Laborie. — Deux mémoires envoyés. — 1 000 francs à MM. Aug. Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et Maubrac, pour leur travail intitulé : « Des accidents encéphaliques consécutifs aux otites, envisagés au point de vue de leur traitement. » — 200 francs à M. E. Estor, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Montpellier, pour son travail intitulé : « Du cathétérisme rétrograde. »

Prix Gerdy. — Question posée : « De la cure radicale de la hernie ombilicale. » — Trois mémoires envoyés : 1 500 francs à M. Jules Bœckel, chirurgien des hôpitaux civils de Strasbourg. — 750 francs à M. Léon Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce. — 750 francs à M. Paul Barrier, aide-major de première classe au 1er régiment d'artillerie à Bourges.

Prix Demarquay. — Question posée : « Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications. Résultats. Manuel opératoire. » — Aucun mémoire n'ayant été adressé, la même question est remise au concours pour 1895.

Prix Ricord. — Le prix n'est pas décerné.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Distinctions honorifiques. — Sont nommés :

1° Officiers de l'Instruction publique : MM. les docteurs Benoist (de Privâs) ; Blanc (de Gap) ; Delthil (de Paris) ; Feltz (de Paris) ; Gelly (de Bar-le-Duc) ; Jannin (de Paris) ; Joyeux (de Mirecourt) ; Lepagnols (de Besançon) ; Longet (de Vichy) ; Mène (de Paris) ; Mergaut (de Bayon) ; Sandras (d'Oran) ; Sicard (de Béziers) ;

M. Mathieu (Raoul), fabricant d'instruments à Paris.

2° Officiers d'Académie : MM. les docteurs Alirol (du Puy) ; Astier (de Paris) ; Baudot, médecin-major de première classe ; Bénard et Berbez (de Paris) ; Biaute (de Nantes) ; Cailleux (d'Amiens) ; Carlier, médecin-major ; Caubet (de Paris) ; Chabaud (de Jaujac) ; Christy, médecin-major de deuxième classe ; Collinot (de Coulonges-sur-Yonne) ; Cotoni (d'Oissel) ; Darget (d'Orthez) ; Deffaux et Delineau (de Paris) ; Durand (de Nemours) ; Édouard (de Châtillon-les-Dombes) ; Faure (de Saint-Émilion) ; Gaillard (du Creusot) ; Garnier (de Fouvent-le-Haut) ; Gautier (G.-F.-R.) de Paris ; Geminel (de Ligny-en-Barrois) ; Gendre (de Toulouse) ; Gerbault, médecin-major de première classe ; Grellet (de Birmandres) ; Hamaide (de Fumay) ; Houette (de Chartre) ; Kaddour-ben-Ahmed, médecin en chef de l'hôpital Sadiki ; Laffon (de Saint-Cernin-de-Larche) ; Laissus (de Moutiers) ; Laurens (de Magesq) ; Laurent, Le Juge de Segrais et Le Noir (de Paris) ; Linarès (de Lineuil) ; Ladroitte (de Brunoy) ; Langlebert et Maestrati (de Paris) ; Martin (du Chesne) ; Mercier, médecin-major ; Moulinier (d'Excideuil) ; Petitfour (de Ferrières) ; Raillard (de la Charité) ; Régnier (de Paris) ; Riche (de Jeumont) ; Robin (de Reims) ; Roland (de Laforce) ; Roufflay, médecin principal de deuxième classe ; Rougeot (de Paris) ; Rousseau (de Cernoy) ; Simon (de Quarre-les-Tombes) ; Toledano (de Paris) ; Tourangin des Brissards (de Saint-Maurice) ; Valette (de Montréal-de-l'Aude) ; Wibaille (de Préseau) ; Zucarelli (de Corte).

Mme Lévêque (de Paris), sage-femme.

Mme Pinçon, ancienne institutrice, surveillante à l'hôpital Broca.

MM. les chirurgiens-dentistes Jean et Rollin (de Paris).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bartoli (de Calvi) ; Buffré, à Liffré (Ille-et-Vilaine) ; Campmas (de Montaris).

— M. H. Hallopeau reprendra ses leçons cliniques sur les maladies cutanées et syphilitiques le dimanche 21 janvier, à neuf heures et demie du matin, dans la salle des conférences de l'hôpital Saint-Louis, et les continuera les dimanches suivants à la même heure.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Billets d'aller et retour de Paris à Turin, Milan, Gênes, Venise (via Mont-Cenis).*

	1re classe	2e classe
De Paris à Turin	147f 60	106f 10
— Milan	166f 35	119f »
— Gênes	167f 10	119f 15
— Venise.	216f 35	154f »

Validité : 30 jours. Arrêts facultatifs sur tout le parcours. — Franchise de 30 kilogrammes de bagages sur le réseau P.L.M.

La durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin est portée gratuitement à 60 jours, lorsque les voyageurs justifient avoir pris à Turin un billet de voyage circulaire intérieur italien. D'autre part, la durée de validité des billets d'aller et retour Paris-Turin peut être prolongée d'une période unique de

15 jours, moyennant le paiement d'un supplément de 14 fr. 75 en 1re classe ou de 10 fr. 60 en 2e classe.

Ces billets sont délivrés toute l'année à la gare de Paris-Lyon et dans les bureaux-succursales.

Goutte. Gravelle. Diabète — Eau minle Contrexéville-Pavillon.

Le Sirop de chloral de Freyssinge est agréable et très actif. — *1 gramme par cuillerée à soupe.* — Le flacon, 2 francs.

Dyspepsies — *Vin de Chassaing*, Pepsine et Diastase.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — **1 an : 30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — **1 an : 35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a lieu de s'étonner de l'insouciance avec laquelle le public continue, malgré tous les avertissements, à se servir de moyens de chauffage dangereux pour la santé et même pour la vie. Voilà longtemps déjà que tous les conseils d'hygiène ont condamné l'usage des poêles mobiles, des chaufferettes à briquettes des petites voitures. Au sujet de ces dernières, la Préfecture de police a été saisie, des règlements ont été édictés. Rien n'y a fait, les poêles mobiles et les chaufferettes à briquettes continuent, comme par le passé, à intoxiquer le bon public. Voilà encore deux nouvelles victimes, au sujet desquelles M. Brouardel vient de porter de nouveau la question devant l'Académie. Les faits d'intoxication par l'oxyde de carbone, résultant de l'emploi de ces moyens de chauffage, sont beaucoup plus fréquents qu'on ne le croit et se multiplient chaque année.

Comme plusieurs membres de l'Académie eux-mêmes s'en sont trouvés fortement incommodés, la docte assemblée juge à propos qu'on prenne des mesures contre les chaufferettes détestables des petites voitures, suivant en cela l'exemple que vient de lui donner récemment la Chambre des députés, après la bombe de Vaillant. Elle a donc émis un vœu sur la rédaction duquel, malheureusement, l'entente n'a pu s'établir, c'est pourquoi il a été renvoyé à une commission qui nous le formulera dans la prochaine séance.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Straus sur les titres des candidats dans la section de pathologie médicale.

Voici la liste de classement :

En première ligne, M. Landouzy;
En deuxième ligne, M. Fernet;
En troisième ligne, M. Rendu;
Et en quatrième ligne *ex æquo*, MM. Joffroy et Troisier.

REVUE GÉNÉRALE

Diagnostic des cataractes.

Par H. Ripault et A. Guépin, internes des hôpitaux.

I

Le diagnostic des cataractes, si simple d'ordinaire, surtout à première vue, repose cependant sur un certain nombre de notions indispensables à bien connaître dans leur ensemble et leurs détails.

Ce n'est pas seulement l'examen de l'opacité cristallinienne qu'il faut faire, et complètement, mais encore celui du globe oculaire en entier et de ses annexes, sans oublier l'état général du sujet.

Tous ces points de diagnostic n'ont pas d'ailleurs un intérêt purement scientifique; les indications et le résultat de l'intervention en dépendent forcément.

Le chirurgien, jaloux du succès, doit savoir n'en négliger aucun; n'en voit-on pas d'ailleurs chaque jour des preuves évidentes dans toutes les statistiques?

Pour être fructueux, le diagnostic doit être complet et méthodique. Aussi est-ce avec cette méthode réellement clinique que nous étudierons la question, sans insister sur certains détails classiques.

II

Diagnostic de l'existence. — Dans tous les cas, l'examen de la lentille doit être fait successivement à l'éclairage oblique, avec le miroir plan, puis le miroir concave.

Dans le premier examen, rappelons qu'une lumière modérée est préférable à une lumière vive, permettant moins exactement de se rendre compte des détails.

L'existence de l'opacité n'est, le plus souvent, délicate à reconnaître qu'au début de l'affection et le nombre est certes assez grand de malades chez lesquels on a diagnostiqué : affection du corps vitré, névrite optique, etc., au moins après examen superficiel, pour que nous insistions un peu sur ce point.

Au début, on trouve surtout dans une cataracte, soit des rayons opaques se portant de la périphérie du cristallin à son centre, soit un trouble diffus, une nébulosité au niveau de ce centre, plus rarement des plaques disséminées çà et là.

Le premier cas ne présente pas de réelle difficulté; il suffira d'ordinaire de faire regarder le malade obliquement

dans toutes les directions; on explorera ainsi successivement toutes les parties du cristallin qui peuvent être masquées à première vue par le plan irien. Dans les deux autres, toutes les fois où l'on aura affaire à une pupille contractée surtout, l'instillation modérée de mydriatique (atropine ou cocaïne) permettra de localiser, avec certitude, le trouble pupillaire à son siège véritable.

Cette mydriase est parfois indispensable pour bien poser un diagnostic affirmatif. Il peut être permis d'ailleurs de confondre une opacité de la lentille avec d'autres lésions, trompeuses au moins à un examen rapide ; examinons les principales :

Sclérose simple, mais on éclaire et distingue les détails du fond d'œil à l'aide de la loupe et du miroir concave.

Opacités du vitré partielles, s'en distinguent par leur mobilité dans les excursions du globe ; totales, par examen latéral absolument négatif; début ordinairement très brusque et surtout ce fait, que l'acuité visuelle derrière elles se trouve presque égale à zéro.

Taies cornéennes, surtout les simples néphélions voisins du centre ; l'éclairage oblique sous des incidences diverses au besoin, avec lumière modérée, en fait rapidement justice.

Dépôts iritiques sur la cristalloïde, d'un aspect très terne, situés dans le plan même du champ pupillaire ; ils adhèrent intimement aux bords du sphincter irien qui se présente, d'ailleurs, plus ou moins irrégulier.

Quelques néoplasmes intra-oculaires, enfin, peuvent simuler la cataracte à une certaine période de leur évolution ; bien vite reconnaissables à leur aspect tout spécial, joint aux commémoratifs. Signalons cependant la difficulté, quelquefois grande, du diagnostic chez des malades offrant une coloration grisâtre uniforme de tout l'intérieur de l'œil, avec pupille assez petite, résistant à l'action mydriatique.

L'un de nous a observé récemment un cas de ce genre dans le service de M. le docteur Chevallereau, où le diagnostic resta en suspens.

Il y a même intérêt à savoir parfois si le cristallin, cataracté ou non, se trouve à sa place ; rappelons qu'en dehors du tremblement irien, l'absence des images de Purkinje, la constatation d'une forte hypermétropie s'y joignant, sont les signes évidents de cette aphakie.

Diagnostic de la variété. — Avec un peu d'habitude, on arrivera vite au diagnostic de la forme d'opacité, dont l'utilité découle de ce fait que des modifications opératoires spéciales, ou du pronostic, s'y rattachent.

Cataracte dure, attribut de la sénilité (d'ailleurs plus ou moins précoce) ; d'aspect gris ou ambré, de médiocre volume (la chambre antérieure ayant sa profondeur normale), demande une large incision, la cataracte s'expulsant d'ordinaire à peu près d'un seul bloc ; on trouve à l'examen, tantôt la forme striée, à évolution centripète, tantôt, et plus habituellement, la forme nucléaire, particulièrement lente d'évolution et parfois bien difficile (1) à affirmer sans dilatation irienne préalable.

Cataracte molle, dépourvue de noyau, d'aspect laiteux, à reflets bleuâtres ; où l'iris, par suite du gonflement considérable des masses, se trouve fortement refoulé dans la chambre antérieure et paraît presque accolé à la cornée.

On la voit chez l'enfant, chez l'adulte, jusqu'à quarante ans environ ; elle relève parfois d'un mauvais état des membranes profondes, parfois d'une diathèse.

L'incision cornéenne aura une étendue moindre que pour la forme précédente ; chez l'enfant, l'aspiration suffit souvent. C'est avec elles surtout qu'on devra redouter les hernies de l'iris, par tuméfaction post-opératoire des masses molles qui auront échappé à l'opérateur.

Cataracte mixte présentant à son centre une tache sombre, plus ou moins étendue : le noyau, plus ou moins foncé suivant sa consistance, et entouré de masses molles corticales, striées.

Cataracte liquide. — Émulsion d'aspect homogène, dépourvue de stries, sans ou avec noyau mobile (cataracte morgagnienne) dans les mouvements de l'œil. Elle indique une cataracte supra-mûre, dont l'extraction peut exposer à l'issue rapide du vitré.

Cataracte membraneuse. — Sorte de toile uniforme, plate ; en rapport avec une régression des masses, comme la précédente ; opérable par simple discision ou par capsulotomie.

Cataracte calcaire, avec plaques saillantes, irrégulièrement disséminées sur la cristalloïde, épaissie d'ailleurs ; inopérable en raison du mauvais état oculaire auquel elle se rattache.

Cataracte noire (1) qui manque de signes bien positifs, se reconnaissant surtout par exclusion en se fondant, en outre, sur la conservation de la sensibilité rétinienne et l'apparition de légères stries à la périphérie, après dilatation atropinique.

Cataracte tremblante qui frappe par le tremblottement particulier de l'iris ; l'examen ophtalmoscopique permet ordinairement de bien apprécier la situation exacte du bord cristallinien. Liée à une atrophie de la zonule fixatrice, exposant donc beaucoup, par sa rupture, à la chute de la lentille dans le vitré (2).

Elles peuvent donner d'ailleurs d'excellents résultats : un opéré de M. le docteur Delens, pour double cataracte trémulante avec subluxation marquée, a récupéré de ses deux yeux une acuité oscillant entre deux tiers et un.

L'iridectomie doit précéder l'extraction.

Cataracte adhérente. — Des synéchies la fixent très solidement à l'iris, elle est consécutive à d'anciennes iritis ou irido-choroïdites et, pour ces causes, difficile, dangereuse même assez souvent à retirer.

Une iridectomie large précédera forcément l'extraction.

Cataracte glaucomateuse. — Aspect verdâtre presque caractéristique à lui seul, se joignant, d'ailleurs, à la dilatation et immobilité de la pupille, à la dureté du globe, aux commémoratifs, la fera bien vite redouter, car elle doit être respectée par-dessus toutes.

Cataracte hémorragique. — A rapprocher de cette dernière, puisqu'elle relève d'une grande cause : le glaucome, quelles qu'en soient d'ailleurs ses manifestations.

Le pronostic fatal par hémorragie intra-oculaire consécutive contre-indique formellement toute intervention ; son diagnostic est malheureusement des plus difficiles à faire (3).

Cataracte capsulaire. — Exsudat rarement multiple, superficiel, ordinairement bien limité, sans tendance à progresser ; d'un blanc mat (néo-membraneuse) ou nacré (phos-

(1) Galezowski. Marche et pronostic des cataractes. in *Rec. d'ophtalmol.*, mai 1885.

(1) Gillet de Grandmont. Sur la cataracte noire, *Rec. d'ophtalmol.*, avril 1893.
(2) H. Sureau. Th. de Paris, 1891.
(3) Wilot. *De la cataracte hémorragique*, Th. de Paris, 1891.

phatique). Cette cataracte fait parfois saillie dans la chambre antérieure (pyramidale antérieure) ordinairement congénitale; consécutive parfois à une perforation de la cornée dont on doit retrouver la cicatrice au voisinage du centre de cette membrane. De celle-ci se rapproche la variété, beaucoup plus rare, de pyramidale postérieure, symptomatique, le plus souvent, de chorio-rétinites.

Nous croyons, à ce propos, devoir rappeler une règle donnée récemment par Dimmer (1) : une opacité située à l'endroit du centre de courbure de l'œil — ce centre de courbure répond à peu près au pôle postérieur de la lentille — reste toujours couverte par le reflet cornéen (au simple miroir); une opacité située en avant de ce centre se déplace dans le sens de l'œil observé.

Le contraire a lieu quand l'opacité siège en arrière de ce centre.

D'où l'on peut conclure que la cataracte polaire postérieure se déplacera peu par rapport au reflet cornéen; d'autre part que toute opacité, se déplaçant dans le même sens que l'œil observé, siège dans le cristallin (élément de diagnostic entre les opacités de la lentille et du vitré).

Cataracte zonulaire caractérisée par un disque opaque tranchant sur le rouge de la région centrale nucléaire, et des régions périphériques; peu accusée, cette forme est surtout nette avec l'éclairage moins intense du miroir plan. Le noyau peut se trouver pris, et on a, dans cette variété, la cataracte nucléaire congénitale.

Cataracte disséminée. — Série de petites plaques sombres, d'étoiles disséminées dans les deux lentilles et symétriquement disposées (2).

Cataracte mono-latérale. — Un mot enfin sur une variété de cataracte (molle) qu'on observe souvent dans la pratique : l'opacité bien limitée à un seul cristallin; elle tire son intérêt de ces deux faits : 1° que son étiologie est d'ordinaire particulièrement obscure. On peut penser successivement à toutes les causes des cataractes : diathèses, affections du fond d'œil, traumatismes (si souvent méconnus); 2° en second lieu, que l'opération peut être plus préjudiciable qu'utile au malade.

Car l'œil du côté opposé étant physiologique, il en résulte un manque d'équilibre de la vision binoculaire pouvant forcer, après une opération parfaitement réussie, à occlure un des deux yeux (Panas).

Diagnostic de la cause. — L'étiologie servant souvent de base au pronostic, pouvant régler ou contre-indiquer l'opération, il importe de la bien connaître.

Cataractes traumatiques. — Les traumatismes provoquent des cataractes toujours molles (chez le vieillard, la sclérose du noyau s'y surajoutera), soit par plaie pénétrante ou sans lésion oculaire apparente, soit à la suite d'une contusion péri-orbitaire seulement. Il faut savoir que le trauma peut amener l'opacification complète en quelques heures (deux heures même); toutefois cette rapidité de développement n'est pas la règle; plusieurs semaines sont généralement nécessaires.

Enfin, à la suite d'un traumatisme sans importance, accompagné d'un hypohéma léger, disparaissant rapidement, survient une cataracte très tardive (six mois, un an et plus encore), c'est la variété post-traumatique de M. le professeur Panas.

Dans ces cas, surtout, s'impose l'examen très attentif des milieux transparents, de l'iris, des membranes profondes.

On devra songer aussi à la possibilité d'un corps étranger fixé dans le cristallin et devenant plus apparent parfois avec le temps, alors que des masses corticales se sont résorbées. C'est ainsi qu'une tache rouillée caractérisera un corps métallique.

Ces corps étrangers, surtout s'ils intéressent l'iris, nécessiteront le plus habituellement une intervention hâtive (1).

De même, on devra s'attacher à rechercher le déplacement possible du cristallin, dont la subluxation ne se caractérisera qu'au moment où le gonflement des masses, la tuméfaction du tissu irien, auront rétrocédé.

Cataractes spontanées. — a. *Congénitales*. — On ne les rencontre pas toujours d'ailleurs chez de jeunes enfants, mais aussi chez un adulte qui n'aura jamais songé à consulter pour « sa mauvaise vue » et se trouve surpris même d'apprendre que son affection date de la naissance.

L'interrogatoire enseignera qu'il a toujours craint une lumière un peu vive; le soleil lui était insupportable.

Bien souvent des frères, sœurs, ascendants, ont été trouvés porteurs de la même affection. Elles ont d'ailleurs des aspects un peu particuliers : forme pointillée, pyramidale, stratifiée, zonulaire; fusiformes enfin quand elles présentent une opacité se rendant d'un pôle à l'autre de la lentille avec renflement médian.

Toutes ces variétés peuvent être plus ou moins combinées entre elles (2).

Il ne sera pas non plus sans intérêt de rechercher d'autres lésions congénitales du côté de l'organe de la vision : persistance du canal de Cloquet; vaisseaux centraux du vitré; colobome irien ou choroïdien; irido-choroïdites congénitales; plaques myéliniques, le microphtalmos peut aussi s'y ajouter (cas récent du docteur Valude).

b. *De l'adulte*. — L'opacité peut se développer chez un adulte, dont la vision était bonne dans le jeune âge; et sans rien dans l'état général pouvant l'expliquer. Il faut alors se souvenir que le cristallin tire sa nutrition des membranes profondes d'où nécessité de porter toute son attention du côté de l'œil malade, s'il est encore éclairable (atropine au besoin), ou de l'autre œil s'il est sain, ou pris, du moins, à un moindre degré. Dans des cas de ce genre surtout, on se fera bien préciser le mode de début, les troubles qui l'ont accompagné; les sensations parfois caractéristiques éprouvées et indiquées par le malade; tout en se défiant un peu de l'exagération et des erreurs, surtout en ce qui concerne le début; certains s'étant aperçus subitement un jour de la mauvaise vision d'un de leurs yeux, parfois de sa quasi cécité, et l'examen pourtant trouvera une cataracte normale, sans complications.

Parmi ces lésions profondes, susceptibles de retentir sur la nutrition du cristallin, mentionnons le glaucôme, le décollement rétinien, les irido-choroïdites chroniques, et spécialement, dit M. Galezowski, les altérations du cercle ciliaire, de causes très diverses : athérome sénile des vaisseaux, facteur souvent constaté, ou engendré par une dia-

(1) Dimmer. Contribution à l'étude de l'ophtalmoscopie, analyse in *Rev. de Beyrouth*, août 1893.

(2) Wray. Cataracte ponctuée disséminée, analyse in *Rev. d'ophtalmol.*, 31 juillet 1892.

(1) Valude. *Gaz. des hôpit.*, janv. 1893.

(2) Zirm. Cas rares de cataracte congénitale, in *Rev. d'ophtalmol.*, avril 1892. — Dor. Cataractes congénitales, *Lyon méd.*, 1881.

thèse sclérosante, telle que la goutte, l'arthritisme, l'alcoolisme, la syphilis.

A côté de ces causes, surtout locales, se placent les affections générales, incriminées à tort ou à raison dans la pathogénie de l'affection qui nous occupe et qu'il nous faut étudier.

En première ligne, par degré d'importance, le diabète (1).

La cataracte diabétique, que l'on peut distinguer ordinairement d'une cataracte sénile survenant chez un diabétique, présente une symptomatologie suffisante pour mettre en éveil; souvent le malade ressent au début, dit M. Lecorché, des douleurs péri-orbitaires assez violentes, dont il faudra savoir ne pas s'inquiéter.

Les deux yeux se trouvent pris à peu près simultanément; la marche est rapide, et il s'agit toujours de cataractes molles ou demi-molles; la lésion peut se compléter en quelques semaines seulement chez des malades très jeunes (quinze jours dans un cas).

L'albuminurie a aussi été invoquée; rien de particulier à dire de leur marche ou de leurs signes; avoir cependant bien présente à la mémoire la fréquence des complications du côté du nerf optique et de la rétine; insister donc sur l'examen fonctionnel.

Nous en rapprocherons la phosphaturie incriminée dans quelques cas (Dor, Tissier). Les affections cardiaques sont signalées par plusieurs; l'athérome et le mauvais état des circulations locales paraissent être ici les causes prédisposantes. Nous citons seulement les cataractes que l'on a vu se développer, très exceptionnellement, à la suite de maladies aiguës, fièvre typhoïde (Trélat), et des intoxications; les cataractes pointillées post-typhiques de Pontan en particulier.

Diagnostic de la maturité. — Un point jadis préoccupait fort les oculistes : c'était le degré de maturité plus ou moins complet de la lésion. Cette question a perdu beaucoup de son importance, et cependant ce serait un grand tort selon nous de la passer sous silence. Il n'est pas toujours indifférent d'opérer des opacités en voie d'évolution; plus d'une cataracte secondaire est due à une opération prématurée, où l'on n'a pu achever l'évacuation des masses adhérentes à la cristalloïde. L'opérateur doit savoir faire patienter suffisamment son malade, en lui faisant entrevoir, pour l'avenir, la possibilité d'un résultat meilleur. Actuellement, les opacités, empêchant le malade de vaquer à ses occupations, relèvent de l'opération. Pour juger de la maturité d'une cataracte, sur quels signes va-t-on se guider? Le fond de l'œil ne doit pas être visible à l'ophtalmoscope, même si l'on a jugé bon de dilater la pupille. Une autre indication se tire du degré d'affaiblissement de la vue; des opacités centrales empêchant le malade de se conduire feront, par exemple, juger l'intervention opportune (Galezowski).

Marche. — Non moins utile à connaître est la marche que suit la lésion; souvent le praticien est mis en demeure de répondre, et de dire, au moins approximativement, si l'opération sera nécessaire et dans combien de temps. L'examen attentif de la lentille, l'étiologie connue, sont les éléments capitaux du diagnostic. L'extension des stries périphériques vers les pôles de la lentille, la largeur plus grande de ces stries, caractérisent le morcellement du cristallin, et, par suite, l'évolution de la cataracte (de Wecker). On sait à peu près à quoi s'en tenir sur la marche habituelle de certaines formes. La cataracte capsulaire reste stationnaire; la cataracte nucléaire des vieillards augmente progressivement, mais lentement; un certain nombre d'entre elles ne se complètent jamais. Aussi est-on autorisé à les opérer d'assez bonne heure, d'autant plus qu'elles gênent considérablement la vision. Les cataractes corticales sont progressives d'une manière continue; mais il faut bien savoir qu'elles peuvent augmenter ou se compléter avec une rapidité, déroutant parfois le diagnostic (Galezowski), fait bien rare, d'ailleurs, signalé dans les formes nucléaires mixtes. Les cataractes myopiques, quoique corticales, évoluent d'ordinaire avec une extrême lenteur, peuvent rester stationnaires pendant de longues années, voire même toute la vie. Aussi ne faut-il point se presser d'annoncer la lésion à ces malades et la nécessité d'une intervention prochaine. Les cataractes traumatiques se complètent, le plus souvent, avec rapidité; parfois, cependant, certaines opacités resteront absolument limitées, même si elles ont dépassé la capsule (quelques cas).

Chez les jeunes enfants, penser toujours à la résorption considérable des masses, bien rarement complète cependant et dont une simple discision peut avoir raison. Récemment même, M. Chevallereau présentait, aux Quinze-Vingts, un jeune enfant chez lequel la résorption avait été complète, sans aucune intervention. Les cataractes congénitales restent bien souvent dans l'état, mais peuvent aussi se compléter et à un âge parfois assez avancé, ce que l'on reconnaîtra à la formation de stries périphériques tendant à gagner le centre de la lentille, et aussi à l'obscurcissement de la vision. Une cataracte sénile peut se développer dans un cristallin où les opacités ponctiformes congénitales restent apparentes (Wray). La résorption, qui se produit dans certains cas, est d'ailleurs bien différente de la régression des masses, chose d'ordinaire assez fâcheuse pour l'intervention (épaississement notable de la capsule, laxité de la zonule, etc.). Cependant, on a signalé vingt-huit cas, dont deux récents de Mitwalsky (1), où la transformation de la cataracte sénile en cataracte morgagnienne a permis la vision sans opération. A titre de complication possible, quoique rare, mentionnons l'envahissement par phénomènes glaucomateux d'un œil atteint de cataracte simple non opérée [Santos Fernandez (2)].

Il nous reste maintenant à étudier la partie la plus pratique, en quelque sorte, de la question : le champ opératoire, c'est-à-dire à examiner l'état des milieux oculaires, tant superficiel que profond, et l'état général du malade.

III

État des milieux oculaires. — *Globe.* — La saillie ou l'enfoncement du globe présente une réelle importance à être observée, pour éviter dans le pansement une compression parfois dangereuse. La paralysie de certains muscles peut empêcher de diriger convenablement le regard; d'où la nécessité de tenir l'œil fixé avec une pince pendant toute la

(1) Lecorché. *Traité du diabète.*

(1) Mitwalsky. Guérison spontanée de la cataracte par résorption intra-capsulaire, anal. in *Rev. gén. d'ophtalmol.*, 31 mars 1893, p. 134.

(2) Santos Fernandez. *Ann. d'occulist.*, nov. 1892.

durée de l'opération, ce qui ne sera pas toujours sans inconvénient, ainsi que nous l'avons observé une fois.

Paupières. — Certains malades présentent une véritable contracture des paupières, des mouvements saccadés de clignement à la moindre tentative d'examen. Il importe de les habituer peu à peu à subir les contacts; dans le cours de l'opération, de les surveiller de très près, en retirant l'écarteur une fois l'incision faite, en évitant toute traction trop violente sur les paupières. Une opération, faite dans ces conditions (malade atteinte de tic de la face), a présenté de sérieuses difficultés. Il peut être nécessaire même d'agrandir la fente palpébrale (blépharophimosis, etc.).

D'autres fois, les cataractés se trouvent sujets à des éruptions, eczémateuses ou autres, des paupières, pouvant donner quelques ennuis après l'opération; il suffira d'en être prévenu. On ne s'effrayera donc point de l'œdème des paupières, des sensations douloureuses accusées par les malades et qui peuvent les porter à se frotter. Le pansement, dans ces conditions, demande des soins particuliers; on s'abstiendra, tout particulièrement, du pansement salolé. On traitera de même soigneusement les entropions, entropion spasmodique en particulier; le trichiasis, source d'irritation à la fois cornéenne et conjonctivale. On ne négligera pas non plus l'ectropion, à cause de l'irritation conjonctivale et du larmoiement qu'il produit à la suite. Les bords palpébraux sont surtout à bien examiner; toute blépharite manifeste devra retarder l'intervention. Pfluger (1) incriminait récemment, dans l'infection des bords de la plaie cornéenne, les frictions faites à ce niveau par les paupières; et le professeur Panas, après avoir dégraissé les bords ciliaires, les enduit soigneusement d'huile bi-iodurée.

Conjonctive. — Avant d'intervenir, il est indispensable de songer à la possibilité de l'existence d'affections conjonctivales, pour atténuer leurs symptômes, si pénibles souvent (larmoiement, blépharospasme, sécrétions diverses, etc.). On se défiera surtout des épidémies de conjonctivite catarrhale, ainsi que de la conjonctivite granuleuse, cause si fréquente de lésions cornéennes. Ces maladies seront traitées ainsi qu'il convient, avant d'entreprendre quoi que ce soit contre la cataracte elle-même.

Rappelons ici l'efficacité d'un criterium proposé, par M. Nuel, au dernier congrès d'ophtalmologie (2). Un pansement est appliqué pendant quarante-huit heures sur l'œil à opérer. Celui-ci, quand on retire le bandeau, ne doit présenter aucune rougeur, ni phénomènes d'irritation; sur le pansement, on ne doit trouver que de rares sécrétions. Dans les cas douteux, ce procédé nous semble offrir les meilleures garanties.

On hésitait jadis à intervenir chez un malade porteur d'un ptérygion, surtout lorsque l'on sut que celui-ci contenait souvent des micro-organismes nombreux. Mais M. Trousseau (3) a démontré, par sa pratique, que ces craintes étaient chimériques. Le ptérygion n'est donc pas une contre-indication opératoire. Cependant, il peut être gênant par son étendue, l'incision cornéenne venant à l'intéresser forcément amènera parfois un hypohéma, plus ou moins abondant, dans la chambre antérieure; d'autre part, par les troubles cornéens dus à son extension au-devant de la pupille. Il sera donc préférable de traiter d'abord un ptérygion très étendu ou à marche progressive.

Voies lacrymales. — Les complications conjonctivales empruntent surtout leur gravité réelle aux affections lacrymales. Tout chirurgien devant qui se présente un cataracté doit porter le doigt à l'angle interne de l'œil, appuyer sur la région du sac et se rendre compte si aucun liquide ne sourd par les points lacrymaux ou se déverse dans le nez. Il ne devra même pas s'en tenir là, mais rechercher si, depuis longtemps déjà, il n'existe pas un larmoiement plus ou moins abondant, et s'assurer, par des injections, que les liquides s'écoulent facilement dans le nez, et que, par suite, les voies lacrymales ne sont pas obstruées. Sinon, il traitera ces complications aussi longtemps qu'il sera nécessaire; il s'assurera, enfin, du bon effet de son traitement par l'application du bandeau de Nuel. En un mot, toute infection des voies lacrymales fera surseoir absolument à l'extraction.

Cornée. — S'opposent également à toute intervention, les kératites aiguës quelles qu'elles soient. Disons ici que, au point de vue de la réunion de la plaie, l'arc sénile n'a aucune importance.

Quant aux taies, après les avoir recherchées avec grand soin, à l'éclairage latéral, on préviendra le malade de leur existence; car elles peuvent avoir une grande influence sur le résultat fonctionnel définitif. Par leur situation ou leur épaisseur suffisante, elles indiquent l'iridectomie dans tel ou tel point.

Iris. — L'existence de synéchies exige le plus souvent des précautions opératoires spéciales. Les mydriatiques seront ici d'une utilité majeure, mettant en évidence des synéchies qui, peut-être, sans eux, auraient été méconnues. Comme nous l'avons déjà dit, l'iridectomie doit ici accompagner l'extraction; elle devient indispensable dans les cas de synéchie postérieure totale.

Certains malades se présentent avec une dilatation pupillaire considérable; en l'absence de toute cause médicamenteuse, il faudra craindre une complication du côté du fond de l'œil.

Si la capsule offre une épaisseur notable, ne pas se contenter d'une simple discision, mais se tenir prêt à l'extraire avec des pinces. Les ophtalmologistes allemands conseillent même d'enlever, dans tous les cas, un lambeau de la capsule.

Acuité visuelle. — Sa mensuration est d'un intérêt capital et se fera avec précision aux diverses périodes :

1° Avant maturité de la cataracte, on s'assurera que le trouble visuel est bien en rapport avec une lésion cristallinienne seule. Des règles générales à ce sujet ont d'ailleurs été posées par les maîtres : des opacités purement périphériques devront gêner le malade, sans l'empêcher de vaquer à ses occupations, les opacités centrales seules pouvant l'empêcher de très bonne heure de lire et même de se guider. Toutes les fois que la rétine est visible à l'ophtalmoscope, le malade doit se conduire, compter les doigts à quelque distance, lire même les gros caractères;

2° L'opacité s'est complétée; la recherche de la sensibilité rétinienne se fera alors dans une chambre noire, à l'aide d'une lumière. Le malade couvre l'œil sain, et, placé à 4 ou 5 mètres d'ordinaire d'une lampe, doit indiquer exactement la situation de cette source lumineuse. On interposera la main; l'obscurité pour le malade remplacera

(1) Pfluger. In *Ann. d'occulist.*, 1893.

(2) Nuel. De l'asepsie dans les opérations pratiquées sur les yeux, XIe Congr. d'ophtalmol., tenu à Paris, en 1893.

(3) Trousseau. Ptérygion et opération de la cataracte, *Ann. d'occulist.*, janv. 1893.

alors la lumière. Suivant qu'on élèvera ou qu'on abaissera la flamme, il devra percevoir et indiquer nettement ces alternatives. Dans le cas où l'acuité est excellente derrière l'opacité, il indique encore l'existence de la lueur alors qu'elle devient à peine perceptible. Cependant, cette sensibilité peut-être moins facilement constatable à l'examen; il en est ainsi dans les cas où une capsule épaisse joue le rôle d'écran et surtout dans les cataractes anciennes déjà (plusieurs années), où il existe de la torpeur rétinienne. Enfin, il faudra tenir compte du sujet (jeune âge, intelligence médiocre), qui devra cependant différencier, sans hésitation, la lumière de l'obscurité.

Champ visuel. — La recherche de la sensibilité se complète toujours par celle de l'état du champ visuel; car, malgré une lésion parfois assez étendue, l'œil atteint peut encore être impressionné, jusqu'à un certain point, par diffusion (décollement, large plaque de chorio-rétinite atrophique, etc.). Alors, on promènera la lampe devant l'œil atteint, l'autre œil étant toujours soigneusement couvert. Quelle que soit la situation de la lumière par rapport à l'œil, le malade devra toujours en préciser, et immédiatement, la situation exacte. On peut aussi recourir au miroir-plan, à l'aide duquel on projettera, en tous sens et à 1 mètre de distance environ, des rayons lumineux d'une faible intensité.

On a, en outre, à sa disposition, la recherche, un peu négligée maintenant, des phosphènes, du phosphène inférieur en particulier (décollement rétinien si fréquent à ce niveau). L'inconvénient de cette méthode, excellente en pratique, est que beaucoup de malades ne savent se rendre compte et expliquer ce qu'ils ressentent.

Tension du globe. — Cette donnée est aussi utile à posséder que les précédentes. On agira toujours par comparaison sur les deux yeux. La tension, la dureté du globe jointe aux commémoratifs, à l'état de dilatation fixée de la pupille, à l'aspect grisâtre et atrophiqne de l'iris, permettront de poser le diagnostic de glaucome, et feront rejeter l'intervention comme dangereuse (hémorragie post-opératoire). Il faudra même prévenir le malade du danger d'une extraction dans son cas. On recherchera également la dureté du globe quand un traumatisme a provoqué le gonflement rapide des masses; il importe alors de pratiquer l'iridectomie, et de les extraire au plus vite, sous peine de graves accidents.

Ailleurs, au contraire, la consistance du globe est nettement diminuée; elle indique alors un ramollissement du corps vitré, des opacités consécutives à des lésions choroïdiennes, ce que l'on observe particulièrement chez les myopes.

Réfraction et état du fond de l'œil. — Puisque nous parlons de myopie, il sera bon de s'informer chez tout malade de l'état antérieur de la vision, sans trop attacher d'importance, cependant, à ses affirmations, beaucoup se refusant, en effet, à se dire myopes. Si la lésion n'est pas encore trop avancée dans l'autre œil, on pratiquera la pupilloscopie, en se rappelant que les deux yeux peuvent différer absolument au point de vue réfraction. Par cet autre œil également, on cherchera à se rendre compte de l'existence de lésions profondes, parfois symétriques (atrophie papillaire, atrophie choroïdienne, etc.); parfois, encore, la dilatation de la pupille pourra permettre de percevoir assez bien de grosses lésions dans l'œil malade.

État général du sujet. — Autrefois, on redoutait à l'extrême les cataractés entachés de telle ou telle diathèse; actuellement, on leur refuse bien rarement le bénéfice d'une intervention. Il ne sera pas, cependant, sans intérêt de les examiner attentivement à ce point de vue, de s'enquérir de l'état habituel de santé du sujet, d'examiner ses urines, d'ausculter son cœur et ses poumons, etc. Aucun de ces détails ne doit être négligé; car il peut expliquer un accident ou un insuccès. Témoin le cas observé en province par l'un de nous : un malade opéré rapidement, sans interrogatoire préalable sur son état de santé, fut pris le lendemain de l'opération d'un coryza aigu; des éternuements répétés amenèrent une hernie considérable de l'iris. En l'interrogeant alors, on apprit qu'il était extrêmement sujet à ces coryzas, qu'une fenêtre, malheureusement ouverte pendant l'opération, avait suffi à provoquer. Certains ne peuvent supporter le décubitus prolongé; ce sont les malades porteurs d'affections vésicales les obligeant à se lever fréquemment pour uriner. Leur imposer un séjour prolongé au lit, dans ces conditions, pourrait être très préjudiciable au succès. Rapprochons des précédents ceux à qui une lésion cardiaque, des accès d'asthme à répétition, une bronchite chronique, etc., empêchent de garder le lit, fait dont il importe d'être prévenu avant l'opération et qui obligera à donner des indications spéciales au malade et à son entourage. Les cardiaques, en outre, sont exposés à des hémorragies intra-oculaires post-opératoires, surtout si l'on a pratiqué l'iridectomie. Les accès de toux des malades peuvent être extrêmement gênants quoique leur danger paraisse avoir été exagéré. Il en est de même de certaines affections fébriles (deux cas de pneumonie observés aux Quinze-Vingts survenant après l'intervention sans influer sur le résultat).

Nous avons signalé tout à l'heure l'utilité de l'examen des urines : c'est qu'en effet, il importe de reconnaître le diabète, l'albuminurie. Les diabétiques en particulier, on le sait aujourd'hui, guérissent aussi bien que les autres opérés (M. Trousseau et d'autres ophtalmologistes ont insisté spécialement sur ce fait). On sera cependant prévenu de la fréquence des iritis post-opératoires chez de tels malades. De plus, on se défiera, non pas tant de la quantité de sucre éliminé — qu'il sera cependant bon d'abaisser autant que possible par un traitement approprié — que de l'état général du sujet, des diabétiques se cachectisant souvent avec une élimination médiocre de glycose. D'après Mauthner, il faudrait incriminer, dans ces cas, une toxine diabétique, pendant d'ailleurs de la toxine albuminurique et sur laquelle il insistait dans un récent article (1). D'une façon générale, pour une cataracte comme pour toute autre lésion justiciable d'un traitement chirurgical, il ne faut point, sauf indication urgente, intervenir chez un diabétique, avant de l'avoir soumis au régime. Si celui-ci produit une amélioration notable de la glycosurie, on est autorisé à ne point retarder davantage l'opération; sinon, il vaut mieux s'abstenir. Et si l'on agit, ce ne sera qu'après avoir fait toutes réserves sur les conséquences possibles. C'est ainsi que, récemment, s'éteignait, le lendemain de l'opération, un malade diabétique opéré de cataracte par un de nos maîtres et, si notre mémoire nous est bien fidèle, ce fait n'est pas isolé. Le « noli me tangere » ne s'applique pas non plus aux cataractes des albuminuriques.

L'âge est aussi un point qu'il serait imprudent de négliger

(1) Mauthner. *France méd.*, 1893, nos 45 et 48.

de parti pris. On sait combien les vieillards perdent rapidement leurs forces au lit et y contractent facilement des congestions pulmonaires graves. Il faut donc, comme le recommande M. Trousseau, immobiliser ces malades le moins possible (1) et éviter le décubitus horizontal. Cet oculiste cite aussi des cancéreux qu'il se félicite d'avoir opérés; ici, cependant, tenir compte de la cachexie du sujet et de la durée probable de la survie.

Plus importantes que l'âge sont les affections cérébrales. On a signalé, en effet, chez les hémiplégiques en particulier, chez des individus à tendances apoplectiques, des accidents cérébraux graves et même la mort après l'intervention. L'alcoolisme est un facteur auquel il importera de songer dans bien des cas, l'alcoolisme latent surtout, qu'il faudra souvent dépister, guidé par les rêves accusés par le malade, le tremblement des mains, etc. Car il n'est pas très rare de voir éclater un accès de delirium tremens consécutif à l'opération. Comme contre-indication capitale, signalons encore certaines modifications tenant à l'état mental du sujet et relevant de la démence, l'épilepsie, l'hystérie, etc.

Le délire post-opératoire, si souvent mentionné, ne relève pas toujours de ce trouble des facultés mentales, puisque l'on a incriminé successivement l'occlusion des yeux, la faiblesse du malade, consécutive à une diète relative, une auto-intoxication, enfin l'atropine elle-même.

Dans les cas où l'on peut avoir des craintes sur la possibilité de cet accident, il convient, non seulement d'interroger le malade dans ce sens, mais encore et surtout son entourage.

IV

Nous prévoyons, à la fin de cet article, le reproche qui nous sera peut-être adressé, de compliquer une question souvent si vite résolue dans la pratique. Mais depuis le diagnostic de l'existence de la cataracte, parfois délicat, de ses variétés qui peuvent régler telle ou telle intervention, des causes diverses qui ont présidé à son développement, jusqu'à celui de l'état de l'organe lui-même sur lequel on est appelé à intervenir et du terrain général, tout ici a son importance. On voit journellement des malades, victimes d'erreurs de diagnostic; les uns, opérés sans raisons suffisantes, les autres, opérés trop tôt ou trop tard, ou qui n'ont point subi l'intervention spéciale que réclamait la variété de cataracte dont ils étaient atteints, bon nombre même ayant beaucoup plus perdu que gagné à l'opération.

Nota. — Outre les travaux déjà cités, consulter les traités généraux d'ophtalmologie de Meyer, Galezowski, Abadie, Füchs, de Wecker et Landolt, la « Chirurgie oculaire » de de Wecker et Masselon, etc., etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 janvier 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. Ferrand et Legroux qui se portent dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale.

(2) Trousseau. *Travaux d'ophtalmologie*, 1891.

LECTURE

Fièvre puerpérale. — M. Riberolle (de Saint-Sauve) a observé quatre cas de fièvre puerpérale, tous terminés par la mort. De l'enquête à laquelle il s'est livré, il résulte que :

1° La fièvre puerpérale existe environ depuis une quinzaine d'années sur toute une région des hauts plateaux d'Auvergne;

2° La maladie revêt la forme miliaire. Les symptômes observés sont les suivants : état général aussi satisfaisant que possible pendant les premiers jours qui suivent la délivrance; le troisième, quatrième ou cinquième jour survient brusquement une sueur extrêmement profuse surtout à la tête et accompagnée d'un abattement profond, puis apparaît une fièvre qui se traduit par 120 à 140 pulsations avec une température qui ne dépasse pas 38 degrés à 38°5.

Le lendemain on peut constater sur tout le corps une éruption miliaire, donnant au toucher la sensation d'une peau ichtyosique.

Cet état persiste généralement trois ou quatre jours, puis surviennent quelques vomissements bilieux, une paralysie absolue de l'intestin et de la vessie, la température s'élève à 41 degrés, 41°5 et la mort survient sans que ni l'entourage, ni la malade aient eu un seul instant conscience du danger;

3° La maladie est due certainement à la contagion médiate ou directe. Cependant, le mal ne se manifeste que sous forme de cas sporadiques, ce qui semblerait indiquer qu'il existe un autre mode de propagation que le transfert par les sages-femmes et les accoucheurs.

En ce qui concerne la pratique des accouchements dans la région en question, il faut reconnaître que les règles les plus élémentaires de propreté, sans parler d'hygiène, sont totalement inconnues, et depuis que la maladie existe aucun moyen prophylactique n'a été tenté.

M. Riberolle conclut à la nécessité d'une enquête, afin de rechercher quels peuvent être les origines et le mode de propagation de cette infection dans un pays considéré comme essentiellement salubre.

COMMUNICATION

Danger du chauffage des voitures par les briquettes. — M. Brouardel appelle l'attention de l'Académie sur les dangers du chauffage des voitures publiques par les briquettes.

Le 31 décembre dernier, un cocher de fiacre qui s'était endormi, pendant environ une demi-heure, dans sa voiture, alors que les glaces étaient fermées y fut trouvé mort. On avait supposé que la mort pouvait tenir à une cause vulgaire, mais l'autopsie a démontré que ce cocher avait succombé à l'empoisonnement par l'oxyde de carbone dégagé par la chaufferette de sa voiture.

Dans la même journée, un de nos confrères, retenu pendant une heure par une consultation cité Trévise, remonta ensuite dans sa voiture sans songer que les glaces étaient restées relevées et qu'elle était chauffée par une briquette.

Il alla seulement de la cité Trévise au boulevard Montmartre. Arrivé là, il se sentit pris de vertiges, d'envies de vomir, et d'une impotence musculaire telle qu'il eut de la peine à baisser les glaces. Il comprit tout de suite de quoi il s'agissait. Il a été malade pendant plus de dix jours.

M. Brouardel rappelle que l'intoxication par l'oxyde de carbone, pour se produire, n'exige pas l'air confiné. Chaque année, à la Morgue, M. Brouardel a l'occasion de faire l'autopsie de gens asphyxiés en plein air par ce gaz.

En terminant, il propose que l'Académie rappelle aux pouvoirs publics, qui aviseront, les dangers du chauffage des voitures par les briquettes.

DISCUSSION

M. Gautier félicite M. Brouardel de sa communication, car il est déplorable qu'après les avis qui ont été donnés par le conseil d'hygiène, les choses en soient toujours restées au même point.

Les cas de mort résultant de l'emploi des chaufferettes à briquettes se multiplient et on en compte cinq à huit tous les ans. M. Gautier cite, de son côté, plusieurs exemples, entre autres celui d'un cocher qui a été trouvé mort dans son lit où, pour se chauffer, il avait mis la chaufferette de la voiture de son maître. A cette occasion, il revient sur les dangers des poêles mobiles dont les méfaits se multiplient malgré tout ce qui a été dit contre eux. Cela est d'autant plus regrettable que souvent ce sont, non pas ceux-là mêmes qui possèdent chez eux un poêle mobile, mais bien les voisins, qui en sont les victimes. M. Gautier rappelle le cas d'un chimiste qui a dû faire un procès à son voisin pour cette raison. Lui-même, alors qu'il travaillait dans son laboratoire sans prendre de précautions, a été intoxiqué par l'oxyde de carbone et a été entre la vie et la mort pendant un mois. Il y a donc, dans les moyens de chauffage produisant de l'oxyde de carbone, en particulier dans les chaufferettes à briquettes des voitures publiques, un danger très grave pour le public. Il importe que l'Académie demande la suppression de ce moyen de chauffage.

M. MOISSAN se joint à ses collègues pour demander que l'Académie fasse une campagne contre les appareils déterminant l'intoxication par l'oxyde de carbone. Il y a quelques années on a ainsi combattu des causes d'empoisonnement par le plomb. L'oxyde de carbone est au moins aussi dangereux que le plomb. En dehors des briquettes des voitures, presque tous les appareils de chauffage usités de nos jours paraissent avoir été inventés par des chimistes désireux de réaliser le maximum de production et de diffusion de l'oxyde de carbone. Les joints d'un grand nombre de ces appareils sont faits avec de la terre glaise qui se détache sous l'influence de la chaleur et laisse échapper le gaz délétère. On ne parle guère que des accidents mortels, mais les intoxications incomplètes, incomparablement plus nombreuses, et généralement méconnues, méritent peut-être davantage d'attirer l'attention. Une foule de gens accusent ainsi des malaises qui reviennent chaque hiver pour disparaître l'été.

M. PROUST soumet, à l'Académie, un vœu destiné à demander la suppression ou la modification des chaufferettes à briquettes. La rédaction de ce vœu est l'objet d'une discussion et finalement renvoyée à une commission.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité pratique de gynécologie (1), par les docteurs Stéphane Bonnet et Paul Petit.

En recevant le nouveau livre des docteurs Bonnet et Petit, notre impression première fut qu'il était tard venu au milieu des autres livres analogues, actuellement rangés dans nos bibliothèques. Le besoin ne pouvait pas se faire vivement sentir d'un nouveau traité de gynécologie. Après avoir été privés, pendant des années, d'un livre qui fût au courant sur cette partie de l'art médical, nous avons été largement récompensés ces dernières années par l'apparition de traités, les uns magistraux, les autres plus modestes, et plus terre à terre. Le nouveau traité avait-il bien sa place marquée? Nous devons avouer que notre impression première était entièrement erronée. La physionomie du nouveau traité est tout originale et très particulière. Les auteurs, essentiellement gynécologues, et adonnés uniquement, depuis plusieurs années, à la pratique des maladies féminines, ont fait œuvre personnelle. Leur livre, très travaillé, très au courant, ne négligeant rien de ce qui est théorique, est cependant surtout consacré à la pratique véritable, avec ses difficultés réelles. Les auteurs n'ont pas cherché à simplifier et à rendre clair en élaguant les choses ardues, et en omettant de les mentionner. Ils n'ont pas cru que des schémas, si souvent grossiers, étaient suffisants pour expliquer les points difficiles, alors que souvent ils ne constituent qu'un trompe-l'œil, propre au plus à satisfaire un ignorant.

Les affections génitales de la femme ont été étudiées comme il convenait, sans rien celer, sans rien dénaturer; en faisant face aux difficultés, et en les résolvant au mieux.

Le traité de MM. Bonnet et Petit est un vrai et bon livre, qui ne s'est pas perdu dans une bibliographie vaine; il est clair, méthodique, bien français; il ne s'arrête pas exclusivement à la thérapeutique opératoire, et les auteurs y font nettement voir que retranché n'est pas synonyme de guéri. Que dire de plus, sinon que ce nouveau livre est appelé à un franc et légitime succès?

(1) Gr. in-8°. Prix : 15 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les phénomènes de synopsie [audition colorée] (1) par Th. Flournoy.

On connaît le sonnet fameux d'Arthur Raimbaud, un écrivain décadent, qui s'est rendu célèbre en trouvant des couleurs aux voyelles. Ce ne serait pas une simple « fumisterie » mais l'expression d'un fait réel. Il y aurait bien réellement un arc en ciel phonétique.

M. Claparède, étudiant en médecine, et l'auteur, ont adressé, à un certain nombre de personnes, le questionnaire suivant :

A. Nom et prénom ; année de la naissance ; langue maternelle.

B. Quelle couleur trouvez-vous aux voyelles *a, e, i, o, u, ou*? Indiquer, autant que possible, la nuance et le degré de clarté.

C. Quelles couleurs trouvez-vous aux consonnes, diphtongues, mots, voix humaines, bruits, sons musicaux, chiffres, jours de la semaine, saveurs, odeurs, etc.?

D. Sous quelle forme figurée vous figurez-vous les mois de l'année, les jours de la semaine, la série des nombres, etc.? Prière d'en tracer le dessin, si possible.

E. Vous rappelez-vous vers quel âge ces phénomènes vous ont frappé pour la première fois? Ont-ils, depuis lors, augmenté d'intensité ou de précision?

L'auteur analyse avec soin les réponses données. Il montre dans sa conclusion une réserve que nous approuvons fort. Nous avons peine à nous figurer que tout cela n'est pas très artificiel; il y a là, avant tout, affaire d'auto-observation et d'auto-suggestion.

Demandez si les voyelles et les syllabes ont de l'odeur, produisent une sensation de chaud, de froid, de bien-être et de malaise et vous trouverez des personnes qui répondront sérieusement, si elles jugent que vous avez posé la question sérieusement et que vous ne vous moquez pas d'elles. Elles répondront peut-être même si elles croient que vous vous êtes moqué d'elles et elles vous démontreront que vous avez soulevé, en plaisantant, une question importante dont vous n'avez pas compris la portée. Vous trouverez de même, si vous cherchez, que les couleurs ont de l'odeur. Avec une éducation suffisante, par la musique, on arriverait à en faire voir de toutes les couleurs.

Lisez cependant le livre de M. Th. Flournoy, il est très intéressant, quel que soit le point de vue auquel on se place.

L'hiver dans les Alpes maritimes et dans la principauté de Monaco (2), par E. Onimus.

« Ne dis pas : le climat m'a rendu malade, mais bien : je n'ai pas su utiliser le climat. » Ainsi débute le chapitre que le docteur Onimus intitule : acclimatement. Contrairement à d'autres ouvrages sur le même sujet, ce livre est autre chose qu'une louange uniforme et trompeuse du climat et de la région de la Méditerranée. Il insiste, au contraire, sur les défauts de ce climat. Il signale les points du littoral les mieux abrités; il montre comment les malades pourront le mieux possible en utiliser les avantages et en éviter les inconvénients. Il donne des renseignements intéressants et des conseils précieux. Si, par

(1) In-18. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan; Genève, Eggimann et Cie.

(2) In-18. Prix : 4 francs. — Paris, G. Masson.

exemple, il est question des excursions à faire, l'auteur indique les points dans lesquels les malades auront des précautions particulières à prendre contre les variations de la température. En un mot, cet ouvrage nous séduit par son apparence de franchise et de sincérité.

Les purgatifs (1), par G. Patein.

Cette étude des purgatifs est très bien faite. Elle est de nature à être très utile aux médecins; elle est, avant tout, conçue dans un sens pratique.

Après une étude sommaire de la physiologie de l'intestin, l'auteur discute la classification des purgatifs et adopte la suivante :

1° Les purgatifs augmentant la sécrétion intestinale, sans exagérer les mouvements péristaltiques : miel, glycérine, manne, casse, tamarin, petit lait;

2° Les purgatifs augmentant la sécrétion intestinale, avec excitation modérée des mouvements péristaltiques; ce groupe comprend les rhamnées : nerprun, bourdaine, cascara sagrada et les sambucinées : rhubarbe, séné, aloès;

3° Les drastiques proprement dits;

4° Les cholagogues proprement dits : végétaux et minéral (le calomel);

5° Les purgatifs musculaires (strychnées, solanées);

6° Les purgatifs mécaniques (moutarde, psyllium, graine de lin, huile de ricin).

Une étude sommaire des eaux minérales purgatives termine l'ouvrage.

La classification n'a, en somme, qu'une importance restreinte, dans un travail d'ensemble de cet ordre. M. Patein a su restreindre strictement à l'essentiel les notions de matière médicale et de physiologie et exposer clairement et sobrement les propriétés, les doses, les principaux modes d'administration des diverses substances purgatives. Le médecin y trouvera facilement et rapidement le renseignement désiré. C'est là ce qui a le plus de valeur; c'est le meilleur éloge que l'on puisse faire d'un manuel de cette étendue.

Le régime lacté (2), par E. Rondot.

On sait quelle importance a prise le régime lacté en thérapeutique; les recherches récentes qui ont révolutionné la pathologie générale ont eu tendance beaucoup plus à augmenter qu'à diminuer cette importance. En effet, le lait présente les avantages suivants : c'est un aliment parfait qui convient à la majorité des dyspeptiques; il n'apporte au tube digestif, quand il est frais, bouilli ou stérilisé, qu'une quantité infime de microbes, il laisse peu de résidus et tend, par conséquent, à restreindre le milieu fermentescible dans l'estomac et l'intestin; enfin il est diurétique.

Il a donc les indications les plus étendues. Malgré cela, le régime lacté ne doit pas être donné au hasard, sans rime ni raison. De là l'utilité du travail que vient de faire M. Rondot. On y trouvera tout ce qu'il importe réellement de savoir sur le lait, le régime lacté et ses indications.

Conférences cliniques sur la tuberculose des enfants (3) par le docteur P. Simon.

Dans ce volume se trouvent réunies une série de leçons faites à la Faculté de Nancy sur la tuberculose des enfants. Elles exposent très bien l'état actuel de la question.

---

(1) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(3) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Par M. le docteur Passant.

Statistique du 1er octobre au 31 décembre 1893.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	Total
1er	17	15	4	36
2e	24	24	3	51
3e	31	50	7	88
4e	27	52	15	94
5e	28	49	19	96
6e	6	26	5	37
7e	10	30	11	51
8e	4	10	0	14
9e	21	28	4	53
10e	39	45	12	96
11e	81	149	64	294
12e	31	50	42	123
13e	57	94	61	212
14e	57	98	22	177
15e	61	106	34	201
16e	10	22	6	38
17e	60	69	30	159
18e	95	166	100	361
19e	86	99	62	247
20e	133	207	107	447
	878	1 389	608	2 875

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites	201
Croup	42
Coqueluche	3
Ophtalmie	4
Otite	4
B. Asthme	54
Affections du cœur	112
Bronchites aiguës et chroniques	326
Pleuro-pneumonie	148
Congestion pulmonaire	57
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	319
Cholérine	12
Dysenterie	22
Athrepsie	36
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	96
Hernie étranglée	24
Rétention d'urine	16
Affections des organes génitaux externes	15
D. Métrite, métro-péritonite	93
Métrorragie	70
Fausse couche	103
Accouchement, délivrance	173
Accouchements non terminés	34
E. Affections cérébrales	120
Convulsions, éclampsies	66
Névralgie	58
Névroses	121
Epilepsie	18
Aliénation mentale	8
Alcoolisme, delirium tremens	27
Gale	1
F. Rhumatisme	25
Affections éruptives	78
Fièvre	33
Fièvre typhoïde	14
Hémorragies de causes internes et externes	86
G. Plaies, contusions, abcès	129
Fractures, luxations, entorses	28
Brûlures	6
Empoisonnements	18
Asphyxie par le charbon	7
Suicide	6
H. Mort à l'arrivée du médecin	62
Total	2875

La moyenne des visites par nuit est de 31,25. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 32,70.

Les hommes entrent dans la proportion de 30,53 p. 100.
Les femmes — — 48,30 —
Les enfants au-dessous de trois ans 26,01 —

Visites du quatrième trimestre de 1892 . . .	2 915
Visites du quatrième trimestre de 1893 . . .	2 875
Différence en moins.	40

RÉSUMÉ POUR L'ANNÉE 1893.

	Hommes.	Femmes.	Enfants.	TOTAL.
1er trimestre.	1 001	1 558	686	3 345
2e trimestre.	1 107	1 633	732	3 472
3e trimestre.	1 013	1 527	628	3 168
4e trimestre.	878	1 389	608	2 875
	3 999	6 107	2 654	12 860

PROGRESSION DU SERVICE DEPUIS SON ORGANISATION.

1876, première année.	3616	visites de nuit.
1877, deuxième année	3312	—
1878, troisième année.	3572	—
1879, quatrième année	5282	—
1880, cinquième année	6341	—
1881, sixième année	6521	—
1882, septième année.	6891	—
1883, huitième année.	6895	—
1884, neuvième année.	8712	—
1885, dixième année	7493	—
1886, onzième année	7553	—
1887, douzième année.	7168	—
1888, treizième année.	7408	—
1889, quatorzième année	8544	—
1890, quinzième année	9110	—
1891, seizième année	9313	—
1892, dix-septième année	11893	—
1893, dix-huitième année.	12860	—

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 12 janvier 1894, un concours est ouvert pour l'admission à l'internat de l'infirmerie normale et de l'infirmerie spéciale de la maison d'arrêt et de correction de Saint-Lazare.

Ce concours, destiné à provoquer la désignation de six internes et de six internes provisoires, s'ouvrira le 15 février dans ledit établissement.

— Par arrêté ministériel, en date du 15 janvier 1894, la chaire de géologie et minéralogie de la Faculté des sciences de Montpellier est déclarée vacante.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin du Bureau central s'ouvrira le mercredi 28 février 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert le lundi 29 janvier 1894, à midi, sera clos définitivement le samedi 10 février, à trois heures.

— Un concours pour une place de chef de clinique chirurgicale s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris, le lundi 5 février 1894.

— La Société médicale des Bureaux de bienfaisance a constitué son bureau pour l'année 1894 de la manière suivante :

Président, M. Rotillon; premier vice-président, M. Dussaud ; deuxième vice-président, M. de Pradel ; secrétaire général, M. Le Coin; premier secrétaire, M. Jarry; deuxième secrétaire, M. Bimsenstein; trésorier, M. Kinzelbach; archiviste, M. Meugy.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion de Paris en Corse* (du 1er février au 15 mars 1894), organisée avec le concours de l'Agence des voyages économiques.

Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monte-Carlo, Nice, Bastia, Cap Corse, Ile Rousse, Calvi, Corte, Ajaccio, Propriano, Sartène, Bonifacio, Ajaccio, Marseille, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **690** fr.; 2e classe, **555** fr.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemins de fer et la traversée à bord des bateaux de la Compagnie Fraissinet; 2° le logement et la nourriture dans les hôtels correspondants de l'Agence des voyages économiques; 3° les omnibus et voitures nécessaires pour la visite des villes et les excursions indiquées au programme ; 4° les entrées dans les monuments; 5° les soins des guides de l'Agence des voyages économiques.

Le tout conformément aux conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Les souscriptions sont reçues du 15 au 30 janvier 1894 inclusivement, aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber à Paris.

Le nombre des places est limité.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. ; 2° dans les bureaux-succursales de la Compagnie ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18, et au Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office).

— *Excursion au Carnaval de Nice et en Italie* (organisée avec le concours de l'Agence des voyages économiques du 31 janvier au 9 février 1894). — Itinéraire : Paris, Turin, Gênes, Nice, Cannes, Marseille, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **350** francs; 2e classe, **300** francs.

Ces prix comprennent : 1° les billets en chemins de fer; 2° les repas (vin compris) et le séjour dans les hôtels correspondants de l'Agence des voyages économiques; 3° les omnibus et voitures nécessaires pour la visite des villes, les entrées dans les musées et monuments; 4° les soins des guides de l'Agence des voyages économiques.

Le tout conformément aux conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions seront reçues du 15 au 25 janvier 1894 inclusivement aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux succursales de la compagnie désignés ci-après : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18, et au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (Général Ticket Office).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — HIVER 1893-1894. — *Excursions aux stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Pau, Salies-de-Béarn* (tarif spécial G. V., n° 106, Orléans). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classe sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations hivernales et thermales ci-après du réseau du Midi, et notamment pour Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Durée de validité : **15 JOURS**, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou hivernale, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de dix jours,

moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de dix jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

Alimentation des enfants — *Phosphatine Falières.*

Vin Aroud (*Viande, Quina et Fer*) — Régénérateur puissant pour guérir : Chlorose, Anémie profonde, Menstruations douloureuses, Rachitisme, Affections scrofuleuses, Diarrhées.

Contrexéville-Pavillon — Goutte, gravelle, diabète, voies urinres.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 10. — MARDI 23 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 23 JANVIER 1894. — N° 10.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 janvier 1894.

Un décret du 5 juin 1891 a institué un nouveau baccalauréat, différent du baccalauréat classique par deux points principaux : suppression complète de l'étude des langues anciennes ; étude plus approfondie des langues vivantes et des sciences mathématiques, physiques et naturelles. Ce nouveau baccalauréat, qu'on désigne communément sous le nom de « baccalauréat moderne », doit-il donner accès aux études médicales ? Telle est la question posée aux Facultés de médecine, par le ministre de l'Instruction publique. La Faculté de Paris a répondu, à l'unanimité de ses membres, « que le programme d'études correspondant au baccalauréat moderne ne constitue pas, suivant elle, une préparation appropriée à l'étude de la médecine et qu'il ne convient pas de l'admettre comme y donnant accès ». Cette réponse a été fortement motivée dans un remarquable rapport lu par le professeur Potain, à l'assemblée des professeurs.

Notre honoré maître a développé son opinion avec un grand luxe d'arguments. Il a rappelé que l'étude des langues anciennes possède une vertu éducatrice qu'on ne saurait trouver, à un degré semblable, dans aucune des parties de l'enseignement qu'on voudrait substituer à l'enseignement classique. Il serait humiliant pour un médecin d'employer à chaque instant, et pendant toute sa vie, des termes dont il ne connaitrait ni l'origine ni le sens exact. S'il découvre quelque chose de nouveau, il sera dans l'obligation de demander aux langues anciennes de créer un mot nouveau pour exprimer cette chose nouvelle, car, il est à croire que dans l'avenir notre langue ne se prêtera pas davantage à la formation autonome des mots composés. N'insistons pas sur cette objection, dont chacun comprend la portée.

Soutenir l'enseignement des langues anciennes n'est pas rejeter l'étude des langues vivantes. Le futur médecin ne doit pas, en effet, négliger l'étude des langues modernes, mais il ne doit pas non plus s'y consacrer presque exclusivement, comme un interprète, un commis-voyageur ou un portier d'hôtel.

Ceux qui soutiennent le projet ministériel prétendent qu'il est bien plus utile au médecin de savoir l'anglais ou l'allemand, que de savoir le grec et le latin. Il ne nous appartient pas de reprendre les arguments du professeur Potain et d'apprécier le rôle joué par l'étude des langues anciennes, dans le développement intellectuel du jeune élève de nos lycées, ce n'est point de notre compétence ; nous plaçant au point de vue exclusivement professionnel, nous dirons que le praticien n'a que peu ou pas besoin de l'étude des langues modernes. Il faut vivre bien loin du milieu médical pour croire que la profession laisse au médecin les loisirs nécessaires pour se tenir au courant de ce qui se passe à l'étranger. Hélas ! a-t-il même le temps de se tenir au courant des choses qui se passent en France ? Combien de fois la lecture de son journal médical n'a-t-elle pas été interrompue par le pressant appel d'un client qui ne veut ou ne peut attendre ! Combien de fois même la bande de son journal n'est-elle pas restée intacte ! Croire que la possession des langues vivantes sera de quelque utilité scientifique au médecin qui pratique, c'est ignorer les dures nécessités de notre profession. Cette possession des langues étrangères, indispensable à ceux qui se sont donné pour but d'être à la tête de la profession médicale, à ceux qui font métier d'enseigner et qui ne doivent ignorer rien de ce qui se passe dans le monde médical, est de nulle utilité pour le véritable praticien.

Mais, nous objectera-t-on, le grec et le latin sont-ils beaucoup plus utiles ? C'est l'éternelle question, si différemment résolue et à laquelle nous avons dit ne vouloir répondre qu'en nous plaçant au point de vue purement professionnel.

On ignore ce que seront les élèves pourvus du baccalauréat moderne ; on ignore ce que donnera ce nouveau programme d'études. Or, avant d'en faire la porte d'entrée des études médicales, il serait peut-être sage d'attendre et d'observer ce que produira ce baccalauréat qui donne de droit accès à toutes les carrières ouvertes jusqu'ici au baccalauréat ès sciences. Si l'on nous accuse de préjuger en mal de la valeur de ce baccalauréat, ne pouvons-nous retourner l'argument et répondre que les auteurs du projet ont le tort de préjuger en bien, avant toute expérience ? La simple logique voudrait donc que l'on attendît avant d'appliquer une réforme dont l'urgence n'est pas bien démontrée.

D'ailleurs l'expérience a été faite en 1852 : un décret ministériel dispensa les étudiants en médecine de produire le diplôme de bachelier ès lettres. Six années se passèrent à peine que toutes les Facultés réclamèrent et qu'on dut revenir sur la décision première et reprendre le baccalau-

réat délaissé, tellement avait baissé le niveau intellectuel des étudiants inscrits.

Est-ce au moment où l'on vient de supprimer l'officiat de santé, comme ne donnant pas des garanties d'instruction suffisante, qu'on reviendrait, par une voie détournée, à ce que l'on vient de condamner ? Les arguments ministériels ont été mis au jour dans la presse extra-médicale qui, cela se comprend, proteste contre le vœu de la Faculté de Paris. Il faut, c'est là le mot, « démocratiser » la profession médicale ; il faut « accorder l'accès des études médicales à des jeunes gens qui, par leur origine et leur milieu social, n'éprouveront pas pour les campagnes et les petites villes les répugnances que manifestent d'ordinaire les fils de famille » ; il ne faut pas « perpétuer au profit des diplômés classiques un privilège peu rationnel et, pour dire le vrai mot, une sorte de mandarinat ».

On croirait rêver en lisant de pareilles choses. Les fils de famille encombrant la profession médicale ! Et les praticiens traités de mandarins ! La plaisanterie est un peu forte, elle a été relevée, comme il convenait, par un de nos confrères de province (1) :

« Des mandarins, ces milliers de praticiens, vivant comme l'ouvrier du labeur journalier, condamnés, quels que soient leur talent, leur activité, leurs aspirations, à végéter dans les étroites limites que comporte forcément le travail exclusivement individuel et le milieu plus ou moins favorable où le sort les a jetés !

L'épithète est d'une ironie douloureuse, quand on pense que ces mandarins sont obligés de s'associer entre eux pour lutter contre les misères de la vie, qu'ils ont des caisses de secours, des assurances mutuelles contre les accidents et la maladie, des caisses de retraite, absolument comme les plus humbles prolétaires. Sans cesse, on leur demande des services gratuits en leur représentant qu'ils doivent bien quelque chose en compensation des privilèges qu'on leur octroie. Mais, alors, ces privilèges n'en sont plus s'il faut les racheter, et, d'ailleurs, qui donc pourrait soutenir avec sincérité que le monopole de l'exercice de la médecine, qu'on nous jette à la tête comme un reproche de tous les instants, ait été concédé aux médecins dans leur propre intérêt et non dans l'intérêt du corps social tout entier ! »

Tant que le baccalauréat classique existera, il ne convient pas, à notre avis, de donner accès aux études médicales à ces nouveaux bacheliers modernes ; il ne convient pas que le médecin ait une instruction première qui le mette dans un état humiliant d'infériorité apparente ou réelle ; il ne convient pas de voir l'autorité médicale diminuer et ne plus être en rapport avec le rôle social que le médecin est appelé à remplir. C'est amoindrir notre dignité professionnelle, le plus en plus nécessaire avec les lois nouvelles, que le diminuer la culture intellectuelle des futurs docteurs, que le faire mettre à part, dès leurs études classiques, nos futurs étudiants, et, dès le lycée, les déclasser, les sortir du rang, en faire une catégorie spéciale, d'essence inférieure, et, soit à tort ou à raison, déjà mésestimée et disqualifiée.

Il importe, pour le bon renom de notre profession, que le niveau des études préparatoires ne soit pas abaissé, et que notre carrière ne devienne pas le refuge de ceux, dont les facultés intellectuelles, congénitalement débiles, n'auront pas osé affronter les études jusqu'ici classiques et communes à tous.

(1) Dr Marais. *Année médicale de Caen*, 15 janvier 1894.

A la Société médicale des hôpitaux (19 janvier), M. Babinski a présenté un certain nombre d'objections à la théorie soutenue à la dernière séance par M. Marie sur la nature et le mode de développement des lésions médullaires dans la pellagre, la paralysie générale et le tabes. Nos lecteurs ont pu lire, dans le numéro du 16 janvier de la *Gazette des hôpitaux*, une leçon dans laquelle M. Marie expose la façon dont il conçoit la répartition et le mode de développement des lésions médullaires au cours de la paralysie générale.

M. Babinski discute les conclusions de M. Marie et insiste pour qu'on n'y voie que des hypothèses.

M. Marie, de son côté, convient de la nature hypothétique de sa conception des dégénérescences primitives des faisceaux médullaires de la moelle, mais il déclare que ces hypothèses ont pour elles les faits anatomiques démontrés par des recherches récentes, faites avec une technique perfectionnée, et certains faits anatomo-pathologiques bien étudiés.

Il nous serait difficile de donner une idée plus exacte et plus précise des arguments invoqués de part et d'autre, sans avoir recours à des figures et à des démonstrations préalables d'anatomie topographique, qui ne peuvent prendre place ici et pour lesquelles nous manquerions, du reste, de la compétence voulue.

L'anatomie normale signale dans la moelle des faisceaux de fibres nerveuses non décrits autrefois. M. Marie croit reconnaître leur affection primitive dans des lésions médullaires rencontrées au cours de maladies diverses : cela va certainement appeler sur ce point des travaux de contrôle qui ne manqueront pas d'éveiller l'intérêt de tous ceux qui s'intéressent à la pathologie médullaire et à la pathologie générale.

M. Renault présente une malade atteinte de *parotidite chronique*. L'affection a débuté il y a un an, à la suite d'un traitement par l'iodure et le mercure. Depuis, il persiste un gonflement notable des deux parotides, semblable à celui que l'on constate dans les oreillons. Les glandes sont dures, résistantes ; quand on exerce sur elles un certain degré de pression ou lorsque la malade exécute des mouvements de mastication, on voit sourdre dans la bouche, par les canaux de Sténon, un liquide clair et visqueux. L'orifice de ces canaux est saillant, facilement visible, on a pu en pratiquer le cathétérisme. On n'a pas constaté de calcul salivaire. La tuméfaction parotidienne, que présente cette malade, augmente en été et diminue en hiver.

M. Antony déclare, à propos de ce cas, que l'on peut voir exceptionnellement la parotidite chronique succéder aux oreillons. M. Rendu a observé la tuméfaction des glandes parotidiennes chez de vieux marins qui ne cessaient de mâcher du tabac.

Les conduits glandulaires du foie et du pancréas sont sujets à une inflammation chronique, avec ou sans calculs, qui s'accompagne souvent d'inflammation chronique, de cirrhose péri-canaliculaire ; il est à croire que la même lésion peut se produire aussi pour la glande salivaire. Dans

le cas présent, le point de départ paraît avoir été l'irritation médicamenteuse causée par le traitement anti-syphilitique.

La place, devenue vacante à l'hôpital Saint-Louis par la mort de M. Quinquaud, ne sera pas donnée cette année. M. le directeur de l'Assistance publique a déclaré au Conseil de surveillance qu'il se réservait d'étudier s'il n'y aurait pas lieu d'instituer un concours spécial pour les médecins de cet hôpital, et d'établir pour eux un roulement indépendant.

Cette nouvelle a provoqué une certaine émotion parmi les médecins présents à la Société médicale des hôpitaux.

Avec l'organisation actuelle, les médecins des hôpitaux pouvaient choisir l'hôpital Saint-Louis par rang d'ancienneté, tout comme un hôpital général. On pouvait voir ainsi se décider pour la dermatologie, des vocations tardives, quelquefois même inattendues. Tel qui jamais n'avait mis les pieds dans une salle de dermatologie, pouvait, du jour au lendemain, devenir chef de service à Saint-Louis.

Cependant, des médecins plus jeunes, dermatologistes éprouvés, connus, des maîtres déjà en fait de maladies de la peau, pouvaient, pendant dix et quinze ans, marquer le pas et se morfondre dans des services généraux. Ceux qui sont actuellement dans cette situation font naturellement campagne pour faire cesser l'état de choses actuel et pour obtenir, avant l'heure prochaine de la retraite, la direction des services spéciaux qu'ils convoitent. Il faut avouer qu'ils n'ont pas tort, que l'intérêt du public et de la science demande que la médecine dermatologique soit faite et enseignée par des dermatologistes.

Mais, d'autre part, n'y a-t-il pas lieu de craindre qu'un concours spécial n'amène une spécialisation hâtive? Certains pensent que cette spécialisation ne devrait se faire qu'après nomination aux hôpitaux; ce serait une garantie importante. D'autres invoquent les droits acquis et n'admettent pas que cette mesure puisse avoir d'effet rétroactif. Beaucoup encore craignent l'émiettement du personnel médical des hôpitaux en spécialités séparées.

Trouvera-t-on le moyen de concilier tout cela?

Nous apprenons, avec plaisir, que le nom du docteur Lallier, mort récemment, sera donné à l'École des teigneux dont il a été le principal fondateur à l'hôpital Saint-Louis.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Tillaux.

De la staphylorraphie.

(Leçon clinique recueillie par le docteur Paul Thiéry, chef de clinique.)

Je vais m'occuper aujourd'hui d'un petit garçon âgé de douze ans, atteint d'une division *congénitale* du voile du palais et auquel je vais pratiquer l'opération dite de la staphylorraphie. Je dis congénitale, car vous savez que ce peut être là une lésion acquise, bien que celle-ci soit plus rare.

Voici en quoi consiste la lésion : la division commence à 4 ou 5 millimètres de l'épine nasale postérieure, gagne obliquement la partie postérieure du voile du palais et présente à sa partie terminale deux petits tubercules qui représentent chacun une moitié de la luette par manque de coalescence congénitale des deux moitiés du voile.

La staphylorraphie consiste à réunir le voile ainsi divisé sur la ligne médiane.

Il y a quelque vingt-cinq ans, on a beaucoup discuté pour savoir s'il valait mieux opérer ou avoir recours aux appareils de prothèse. Je dois dire qu'à cette époque la majorité des chirurgiens avec Nélaton se déclarait en faveur de la prothèse, et on citait tel malade opéré qui désirait que l'on divisât à nouveau la suture faite pour appliquer un appareil de prothèse. Aujourd'hui l'opinion courante est en faveur de l'opération.

Il y a cependant lieu de distinguer les malades en deux catégories : ceux qui ont un voile seulement divisé, ceux qui ont à la fois un voile divisé et atrophié; chez ces derniers, l'opération donnera des résultats bien inférieurs : il faut donc mesurer, pour ainsi dire, l'étoffe, car après l'opération le voile doit ne pas être trop tendu.

Chez notre malade, il m'a paru que le voile était suffisamment ample pour permettre la réunion : il y a un peu d'atrophie, car celle-ci existe toujours, mais elle est à un faible degré.

L'historique de la staphylorraphie offre quelque intérêt : la première opération semble avoir été faite vers le milieu du siècle dernier par le dentiste Lemonnier.

Le docteur Eustache (de Béziers) vint présenter, en 1784, à l'Académie royale de chirurgie, un mémoire fort important sur l'extirpation des polypes naso-pharyngiens par la voie palatine et il pressentait la possibilité de la staphylorraphie pour division congénitale. Antoine Dubois fut nommé rapporteur et donna un avis très défavorable.

Ce n'est qu'en 1816, que Græfe (de Berlin) fit une staphylorraphie après avivement par les caustiques. Son opération passa presque inaperçue. Mais, en 1819, Roux, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, fit une staphylorraphie avec succès : il ignorait, sans doute, les essais de ses devanciers : il opéra sur un jeune médecin canadien, Stephenson, qui, le onzième jour qui suivit l'opération, vint à l'Académie lire lui-même son observation. Depuis, Roux, dans un mémoire, parle de 140 malades qu'il aurait opérés par son procédé, et l'opération a été vulgarisée.

Vous savez que depuis cette époque l'opération est entrée dans la pratique courante de la chirurgie et que Trélat, en particulier, a enrichi la science d'instruments précieux et d'observations nombreuses.

A quel âge faut-il opérer? A six mois, à deux ans, à trois ans, disent certains chirurgiens comme Hermann. Trélat conseillait d'attendre l'âge de sept ans; je crois même qu'on peut attendre plus longtemps, c'est-à-dire l'âge de raison.

Doit-on chloroformer les malades? On peut, sans doute, donner le chloroforme; mais Roux ne connaissait pas l'anesthésie et opérait fort bien sans cela. J'ai déjà fait cette opération souvent et je n'ai jamais donné le chloroforme, s'il n'y a pas uranoplastie.

Si vous employez le chloroforme, il faut mettre le sujet dans la position déclive dite de Rose, qui expose la voûte palatine et s'oppose à la chute du sang dans les voies respiratoires.

Il y a avantage à opérer sans chloroforme et je vais essayer de m'en dispenser : mon petit malade est doux, docile et raisonnable; il ouvre bien la bouche et ne présente, pour ainsi dire, pas de réflexes. J'ai fait badigeonner

le voile du palais avec un pinceau imbibé de solution de cocaïne; le malade sera assis sur une chaise la tête appuyée sur la poitrine d'un aide, la bouche largement ouverte.

Voici le procédé opératoire : il consiste à faire un avivement qui porte sur les bords de la perforation en ayant soin d'aviver avec soin l'angle antérieur; cela est assez difficile. Vous passez ensuite les fils; Roux employait les fils de soie ou de lin. Aujourd'hui nous nous servons surtout de fils d'argent qui coupent moins les tissus et ne s'infectent pas aussi facilement que les autres.

Roux passait d'abord trois fils dont un médian et les deux autres aux deux extrémités et il n'avivait qu'après ce premier temps, mais on s'expose ainsi à couper ses fils.

J'aviverai donc d'abord en me servant d'une pince à griffes et d'un bistouri à lame étroite, en ponctionnant d'abord au milieu du bord; j'inciserai ensuite tout le bord, puis j'en ferai autant de l'autre côté; l'idéal serait d'obtenir un V d'avivement complet qui témoigne que l'on n'a nulle part sur le bord laissé de muqueuse.

L'avivement fait, le passage des fils doit être exécuté assez péniblement : les aiguilles de Rouillet, de Depierris, de Blandin, le procédé de Sédillot, l'aiguille de Trélat la plus récente, vous prouvent combien ce temps opératoire exige de précautions et comporte de difficultés.

Pour moi, je me sers de l'aiguille de Reverdin : si mon aiguille est assez courbe et si la bouche du malade s'y prête par son ouverture, je pourrai peut-être du même coup passer mon aiguille d'une lèvre à l'autre. Si je ne puis le faire je passerai alternativement mon aiguille au niveau de chaque lèvre, de la face inférieure vers la face supérieure du voile, et je passerai ainsi mon fil en deux temps.

Quelques auteurs ont proposé, avec Dieffenbach surtout, de toujours faire des incisions libératrices. Roux ne les faisait pas et je ne crois pas qu'il faille les employer de parti pris : en tout cas, il faut d'abord passer les fils, chercher à rapprocher et seulement alors si le voile du palais est trop tendu, faire un petit débridement, mais en ayant soin de ne pas débrider autre chose que la muqueuse palatine du voile; je crains que, chez notre malade, nous ne soyons obligé de faire ces incisions toujours un peu sanglantes.

Quel est le résultat de l'opération, quels bénéfices en retire le malade? Voilà des questions auxquelles, surtout en ville, vous aurez à répondre et comme c'est surtout en vue d'une amélioration de la phonation que l'opération est acceptée, il y a lieu de répondre à cette question.

Gardez-vous bien d'affirmer que la voix deviendra naturelle. Probablement, au bout d'un certain temps, avec l'éducation phonétique, vous pouvez améliorer la situation, mais cette éducation consécutive est indispensable.

La déglutition est améliorée à coup sûr; mais la phonation ne retire que des bénéfices tardifs de l'opération; enfin, au point de vue purement plastique, on ne peut nier qu'il y ait intérêt à pratiquer l'opération.

Il est encore un point sur lequel je dois insister. Pourquoi la voix est-elle nasonnée? C'est parce que normalement le voile s'interpose entre la cavité nasale et le pharynx pour empêcher toute communication entre les deux cavités.

Or, après l'opération, si le voile reste encore trop court, l'air passera en partie par le nez pendant la phonation et le nasonnement persistera : c'est donc, à mon avis, la persistance de cet espace rétro-palatin qui perpétue le nasonnement.

Passavent eut l'idée de suturer le bord postérieur du voile au pharynx; un chirurgien étranger fit même une sorte d'autoplastie pharyngienne : ce sont là des opérations dont j'ignore les résultats, elles doivent être d'une exécution fort délicate, mais je voulais vous les signaler parce qu'elles expliquent bien à quelle cause tient le nasonnement.

THÉRAPEUTIQUE

Céphalée des chlorotiques. — M. Albert Robin conseille de recourir à l'une des préparations suivantes :

1° Poudre de paullinia . . . . 20 centigrammes.
Extrait de cannabis indica . 1 —

pour une pilule. Prendre trois par jour.

2° Antipyrine . . . . 50 centigrammes.
Chlorhydrate de cocaïne . . 1 —
Caféine . . . . 1 —
Bromure d'ammonium . . 50 —
Iodure d'ammonium . . . . 50 —

pour un paquet. Prendre un par jour.

3° Phénacétine . . 25 à 50 centigrammes.
Exalgine . . . . 10 à 15 ou 25 centigrammes.

pour un cachet. Prendre deux par jour.

4° L'emploi des préparations ferrugineuses peut être tenté, mais les résultats sont variables.

5° Le menthol en applications externes peut rendre aussi service. (*Médecine moderne.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Nouveaux éléments de pathologie médicale (1), par A. Laveran et J. Teissier.

Nous n'avons pas à présenter au public médical un ouvrage qui a eu un succès mérité et qui en est actuellement à sa quatrième édition. Les auteurs ont revu et corrigé cette édition nouvelle, ils en ont remanié beaucoup de chapitres, et ils y ont ajouté des chapitres entièrement nouveaux. Ils ont fait tous leurs efforts pour maintenir leur exdosé au courant de la science, et cela demande une somme considérable de travail à une époque où la production scientifique est aussi abondante qu'elle l'est de nos jours. Le difficile est surtout de démêler ce qu'il convient de dirre dans un livre élémentaire destiné surtout aux débutants. MM. Laveran et Teissier se sont acquittés de cette tâche avec le louable souci de ne pas laisser à leurs lecteurs cette illusion que la science est désormais fixée, mais, au contraire, qu'elle est en voie incessante de progression, en marche vers un idéal de perfection qu'elle est sans doute destinée à ne jamais atteindre.

Les maladies du soldat (2), par A. Marvaud.

Les maladies du soldat sont intéressantes à des points de vue variés. L'armée est constituée surtout par une réunion d'individus jeunes, enlevés, pour la plupart, à un milieu tout différent pour être placés dans un centre urbain auquel ils ne sont nullement acclimatés. Les maladies épidémiques et contagieuses ont une prise facile sur des hommes jeunes, réunis dans des casernes, soumis à une hygiène tout à fait nouvelle pour eux. Elles y prennent des allures un peu particulières qui rappellent de très près celles qu'elles affectent chez les enfants.

Le milieu militaire est admirablement fait pour l'étude de la

(1) 2 vol in-16. Prix : 22 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, Alcan.

propagation des maladies contagieuses, pour l'étude de l'influence de l'alimentation, de l'eau potable, etc. Il se fait ainsi, sur les collectivités humaines des casernes ou des camps, de véritables expériences dont les résultats peuvent être utilisés par tous.

Il va sans dire que ces études de pathologie militaire doivent être avant tout utilisées au profit de l'armée elle-même. Les connaissances plus parfaites dans l'étiologie des maladies du soldat doivent amener et amènent surtout à déterminer et à appliquer des règles de prophylaxie.

En campagne, les soldats se trouvent placés dans des conditions plus spéciales encore, mais, malgré cela, leur pathologie n'est pas encore extrêmement variée, ou tout au moins on observe une prédominance très grande de certaines maladies épidémiques, comme la fièvre typhoïde, l'entérite et la dysenterie.

On trouvera dans le présent ouvrage de nombreux tableaux statistiques qui donnent une idée très nette de la morbidité et de la mortalité militaires.

M. Marvaud a surtout insisté sur la partie étiologique, épidémiologique et prophylactique de son sujet. Il a su ne pas trop donner de place à la clinique, et, par conséquent, éviter l'écueil qui consistait, sous prétexte de maladies du soldat, à écrire un traité de pathologie quelconque.

Les médecins militaires de la carrière rencontreront là des renseignements d'un intérêt immédiat pour eux. Ils y trouveront rassemblés la plupart des données de statistique qui concernent le soldat malade. Les autres médecins, qui peuvent être appelés du jour au lendemain à jouer le rôle de médecins militaires, y apprendront quelles sont les maladies des armées en temps de paix et en temps de guerre.

Enfin, ceux sur qui repose le souci de l'hygiène du soldat y trouveront des documents importants pour la prophylaxie. Prévoir est beaucoup lorsqu'il s'agit de maintenir la bonne santé et d'assurer le traitement d'organismes semblables à ceux qui représentent les diverses unités militaires. L'expérience montre que ce sont les maladies plus encore que les blessures qu'il faut être en mesure de soigner, même en temps de guerre.

Formulaire thérapeutique et prophylaxie des maladies des enfants (1), par le docteur J. Comby.

Dans ce formulaire, le docteur Comby a adopté la division ou plutôt le classement alphabétique. Cela donne une grande facilité pour les recherches. On trouvera surtout dans ce recueil des chapitres de thérapeutique. Après un court résumé de pathologie, qui n'est, en réalité, qu'une définition un peu étendue des titres de chapitres, se trouvent les principales indications d'hygiène et de thérapeutique et un choix de formules usuelles. Signalons aussi quelques articles consacrés à une substance médicamenteuse ou à une grande classe de médicaments, par exemple : eaux minérales, purgatifs, phosphate de chaux.

L'avantage d'un semblable guide est que le médecin peut y trouver immédiatement, donnés par un médecin compétent, les renseignements généraux sur le traitement de n'importe quelle maladie ou de n'importe quel symptôme important et un choix de formules correspondantes. Nous ne doutons pas qu'il ne soit très apprécié des praticiens.

Manuel de thérapeutique clinique (2), par G. Lemoine.

Un manuel, si bien fait soit-il, est toujours un résumé qui présente les choses si complexes de la médecine, avec une simplicité trompeuse et sous un raccourci qui en dénature les proportions. Le formulaire est une collection de formules mises bout à bout, avec ou sans fil conducteur, pour la plus grande commodité du praticien pressé et la satisfaction du pharmacien; il arrive, quelquefois, néanmoins, qu'elles sont, par surcroît, utiles aux malades.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-16. Prix : 8 francs. — Paris, Battaille et Cie.

Comme ici le manuel se double d'un formulaire qui compte 220 formules, ainsi que l'annonce la couverture dans un sous-titre alléchant, il pourrait sembler que nous devrions être encore plus sévère dans notre appréciation. Eh bien! non, ce manuel n'est pas mal fait d'une façon générale et les formules qu'il renferme ne sont pas mal choisies. Ce sera, en somme, pour le praticien, un aide-mémoire utile. Des notes de ce genre, pour être réellement profitables, devraient avoir été prises par celui-là même qui s'en sert. Il s'agit bien de cahiers de notes de cours, mais rédigés par le professeur et non par les élèves.

Ces notes sont bien faites dans leur ensemble, bien que nous soyons peu séduit par quelques-uns des traitements qui y sont enseignés : celui de l'hyperchlorhydrie par exemple.

Comme il n'y a pas de manuel impeccable, et que celui-ci peut figurer parmi les bons, il faut en prendre son parti.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Société de chirurgie de Paris. — Prix à décerner en 1894 :

Prix Duval (300 francs). — A l'auteur (ancien interne titulaire des hôpitaux ou ayant un grade analogue dans l'armée ou la marine) de la meilleure thèse de chirurgie, publiée dans le courant de l'année 1894. — Le prix ne peut être partagé.

Prix Laborie (1 200 francs). — A l'auteur d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie.

Prix à décerner en 1895 :

Prix Duval (300 francs). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Laborie (1 200 francs). — Voir ci-dessus les conditions du concours.

Prix Gerdy (2 000 francs). — Question : « De l'intervention chirurgicale dans les sténoses du pylore. »

N.-B. — Par suite d'un reliquat de 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 3 000 francs.

Prix Demarquay (700 francs). — Question : « Des opérations pratiquées par la voie sacrée. Indications. Résultats. Manuel opératoire. »

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 1 400 francs.

Prix Ricord (300 francs). — A l'auteur d'un mémoire de chirurgie publié dans le courant des années 1894-1895, ou d'un travail inédit sur un sujet quelconque de chirurgie, n'ayant pas encore été l'objet d'une récompense dans une autre Société.

N.-B. — Le prix n'ayant pas été décerné en 1893, la somme qui pourra être distribuée en 1895 est de 600 francs.

Les travaux des concurrents doivent être adressés au Secrétaire général de la Société de chirurgie, 3, rue de l'Abbaye, avant le 1er novembre de l'année où les prix sont décernés.

Les manuscrits destinés au prix Ricord peuvent être signés. Pour les prix Laborie, Gerdy et Demarquay, ils seront anonymes et accompagnés d'une épigraphe reproduite sur la suscription d'une lettre renfermant le nom, l'adresse et les titres du candidat.

Pour les autres conditions de ces concours, voir le premier fascicule des « Bulletins de la Société de chirurgie » de l'année courante.

— *Hôpital d'Épernay.* — M. Couillaud est nommé médecin; M. Cellot, médecin-suppléant; M. Verron, chirurgien, et M. Évrard, chirurgien-suppléant.

— *Hôpital de Limoges.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nomminations suivantes :

Internes titulaires : MM. Ribierre, Bourdicaud-Dumay, Judet de Lacombe et Roume.

Suppléants : MM. Nadaud, Chassaing et Faure.

— *Hôpitaux de Reims.* — Par suite de la retraite de M. Strapart, M. Hache est nommé médecin titulaire de l'Hôtel-Dieu et M. Lelièvre lui succède à l'Hôpital-Général.

Une médaille d'or a été remise à M. Strapart qui, pendant quarante ans, a été attaché aux services hospitaliers de Reims.

— *École de médecine de Grenoble.* — Le concours, pour une place de chef des travaux anatomiques, s'est terminé par la nomination de M. le docteur Perriol, chirurgien des hôpitaux.

— *École de médecine de Limoges.* — Sont proclamés lauréats : *Première année.* — Premier prix : M. René Tardif-Bardinet. — Deuxième prix : M. Paul Ribierre. — Mention : M. Paul Berger.

Exercices pratiques. — Premier prix : M. Ribierre. — Deuxième prix : M. Tardif-Bardinet. — Mention : M. Heldt.

Deuxième année. — *Exercices pratiques.* — Prix : M. Lelong. — Mention : M. Léon Pécharmant.

Troisième année. — *Observations cliniques.* — Médaille d'argent : M. Maurice Lissac.

— *École de médecine de Reims.* — Les concours de prosectorat et d'adjuvat se sont terminés par la nomination de M. Parmentier, prosecteur, et de M. Gentin, aide d'anatomie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Champion (d'Antrain); Cazaban (de Lamarcque-Pontacq); P. Delucq (de Cauneille); Descubes (d'Oradour-sur-Vayres); Gérard (de Beauvais); Joachim Le Maguet, ancien député; Ed. Murraté-Larré (des Hermittes).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Hiver 1893-1894.* — *Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Dax, Pau, Salies-de-Béarn. —Tarif spécial G. V. N° 106 (Orléans).* — Des billets d'aller et retour de famille, de première et de deuxième classe, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie du Chemin de fer d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour : Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres : Pour une famille de deux personnes, 20 p. 100; pour une famille de trois personnes, 25 p. 100; pour une famille de quatre personnes, 30 p. 100; pour une famille de cinq personnes, 35 p. 100; pour une famille de six personnes ou plus, 40 p. 100.

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de trente jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet de famille.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Carnaval de Nice. Train de plaisir de Paris et de Lyon à Marseille et à Nice* (séjour facultatif à Marseille, six jours à Nice). — Prix du voyage (aller et retour) : de Paris, **90** francs en 2e classe ; **60** francs en 3e classe; de Lyon, **50** francs en 2e classe; **30** francs en 3e classe.

Aller : départ de Paris, le 31 janvier à midi 10; départ de Lyon, le 31 janvier à 11 h. 50 soir; arrivée à Marseille, le 1er février à 8 h. 48 matin; départ de Marseille, le 1er février à 9 h. 5 matin; arrivée à Nice, le 1er janvier à 2 h. 47 soir.

Retour : départ de Nice, le 7 février à 11 h. 50 matin; arrivée à Lyon, le 8 février à 4 h. 20 matin; arrivée à Paris, le 8 février à 5 h. 10 soir.

Nota. — Les voyageurs auront, à l'aller, la faculté de s'arrêter à Marseille et de se rendre ensuite à Nice par tous les trains ordinaires (sauf les express), pendant les journées des 1er et 2 février. Passé cette dernière date, ils perdront leur droit au parcours de Marseille à Nice, mais ils pourront reprendre le train de retour à son passage à Marseille.

On pourra se procurer des billets pour ce train de plaisir, tant à Paris qu'à Lyon, à dater du 20 janvier.

Pour plus de renseignements, voir les affiches publiées par la compagnie.

—*Excursion en Algérie et en Tunisie, du 1er février au 30 avril 1894* (organisée avec le concours de l'Agence des Voyages économiques). — Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Alger, Bougie, les horges du Chabet, Sétif, Constantine, El Kantara, Biskra, Batna, Tingad, Lambessa, Hammam, Meskoutine, Bône, Tunis (excursion facultative à Sousse et à Kairouan), Marseille, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **896** fr. **35**; 2e classe, **811** fr. **90**, par la Compagnie générale transatlantique; — 1re classe, **801** fr. **55**; 2e classe, **730** fr. **50**, par la Compagnie de navigation mixte.

Ces prix comprennent : 1° les billets de chemins de fer en France et en Algérie, ainsi que la nourriture à bord des Compagnies de navigation ci-dessus; 2° les repas (vin compris) et le logement dans les hôtels correspondants de l'Agence des voyages économiques; 3° les omnibus et voitures nécessaires pour la visite des villes indiquées et les excursions du programme; 4° les visites dans les monuments; 5° les soins des guides de l'Agence des voyages économiques.

Le tout aux conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions sont reçues, du 15 janvier au 1er février 1894 inclusivement, dans les bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre, et 10, rue Auber, à Paris.

— *Excursions en Égypte, Palestine, Syrie, Asie-Mineure et Grèce, avec retour facultatif par Constantinople* (organisées avec le concours de l'Agence des voyages économiques). — Cinq itinéraires différents, comprenant les frais de transport, le logement et la nourriture, les guides et interprètes.

Prix : 1re classe, **2050** fr.; **2450** fr.; **3100** fr.; **3600** fr.; et **4250** fr.; — 2e classe, **1900** fr.; **2250** fr.; **2900** fr.; **3300** fr.; et **3950** fr.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions seront reçues du 15 janvier au 3 février 1894 inclusivement aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber à Paris.

Le retour pour les cinq excursions pourra s'effectuer jusqu'au 8 mai 1894.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.L.M. et dans les bureaux de ville de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue Saint-Martin, 252; rue du Louvre, 44; rue de Rambuteau, 6; rue de Rennes, 45; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18; ainsi qu'au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

La moelle épinière et l'encéphale avec applications physiologiques et médico-chirurgicales et suivis d'un aperçu sur la physiologie de l'esprit, par Ch. DEBIERRE, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille. In-8° avec 242 figures en noir et en couleur dans le texte et 1 planche en chromolithogravure hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 11. — JEUDI 25 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 25 JANVIER 1894. — N° 11.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4 PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous n'avons à signaler qu'une seule communication, mais cette communication, faite par M. le professeur Delorme, est fort intéressante et mérite toute l'attention des praticiens.

Il s'agit du traitement des empyèmes qui n'ont pu être guéris par la pleurotomie. Jusqu'ici on avait recours, dans ces cas, à l'opération d'Estlander, dont le but est d'oblitérer une vaste cavité suppurante à parois rigides, en laissant le poumon rétracté et à jamais perdu. M. Delorme a pensé qu'il y avait mieux à faire et il a imaginé une opération toute différente, qui consiste dans la formation d'un large volet thoracique et dans l'ablation de la fausse membrane qui encapsule le poumon. Celui-ci, ainsi dégagé et libéré, peut reprendre son intégrité fonctionnelle. Telle est la méthode de traitement que M. Delorme a imaginée en 1892, au sujet de laquelle il a déjà déposé un pli cacheté à l'Académie et qu'il vient, pour la première fois, de mettre en pratique au Val-de-Grâce. On lira plus loin tous les détails de cette nouvelle et intéressante intervention qui, logiquement, paraît devoir donner des résultats plus complets et plus satisfaisants que l'Estlander. Quant au cas particulier qui fait l'objet de ce travail, comme l'opération ne date que de cinq ou six jours, il n'est pas possible de se prononcer encore sur ses résultats définitifs. Il y a lieu d'espérer, cependant, qu'ils seront de tous points satisfaisants. M. Delorme ne manquera pas, d'ailleurs, d'avoir des imitateurs et l'on sera bientôt fixé sur la valeur de son opération, qui paraît, à la fois, bénigne et efficace.

L'Académie a élu un membre titulaire dans la section de pathologie médicale ; son choix s'est porté sur M. Landouzy. Nous sommes heureux d'adresser nos félicitations au jeune professeur.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour procéder à la distribution de ses 71 fauteuils entre ses 100 membres. Le jour où, pour une raison quelconque, l'assemblée se trouverait au complet, on se demande ce qu'il adviendrait et ce que deviendraient surtout les malheureux représentants de la presse déjà si mal installés... quand ils peuvent l'être.

A la Société de dermatologie, dans sa dernière séance, plusieurs présentations fort intéressantes : M. du Castel a montré un malade atteint de leucocythémie ganglionnaire et splénique chez qui s'est tout récemment développée une tumeur lymphadénique de la conjonctive. Ce fait est absolument exceptionnel et M. Galezowski a fait remarquer que le siège de la néoplasie était assez difficile à préciser, mais que pourtant ni le cartilage tarse, ni la conjonctive elle-même ne paraissaient en être le point de départ, mais bien le tissu sous-conjonctival.

M. L. Jacquet, qui avait reçu ce malade quelques mois auparavant dans le service de M. du Castel, a ajouté qu'à ce moment, il n'avait ni excès de globules blancs, ni hypertrophie splénique, que l'extirpation d'un ganglion superficiel lui avait permis de faire de nombreux examens sur lamelles et de nombreuses cultures, le tout sans résultat.

M. Wickham a présenté un tabétique porteur d'une ulcération absolument spéciale d'après lui et caractérisée par *l'aspect atone*, l'indolence et l'anesthésie concomitante; l'évolution chronique et torpide, le siège alvéolo-dentaire. La nature de ces lésions est incertaine. Il s'agirait soit de lésions trophiques, soit de lésions aggravées de « périostite alvéolo-dentaire infectieuse », affection *sui generis* qui trouverait dans le tabes un terrain de développement favorable. M. Fournier a fait remarquer que le malade était porteur de trois *maux perforants plantaires* et que, pour lui, il s'agissait d'un véritable *mal perforant buccal*.

M. Gastou a montré deux enfants atteints de la variété de glossite desquamative, à laquelle M. Fournier et son élève, M. Lemonnier, ont donné le nom de glossite exfoliatrice marginée : or ces deux malades ont des antécédents hérédo-syphilitiques certains et M. Gastou tend à rapprocher la glossite marginée du groupe des affections para-syphilitiques de M. Fournier.

Dans une importante communication, M. Brocq a ensuite abordé l'étude du lichen simplex aigu de Vidal. En raison de la répugnance que paraissent avoir les dermatologistes contemporains à employer le mot « lichen » pour d'autres dermatoses que le lichen « ruber », il propose de dénommer

cette affection *prurigo simplex acutus*, et il montre ses relations avec le prurigo de Hébra. M. Béclère a noté un cas où le diagnostic varioloïde a été porté d'abord au sujet d'un malade atteint de cette dermatose.

M. Sabouraud, par une déclaration qui l'honore, est venu apprendre à la Société que la différenciation microscopique des trois types trichophytiques, qu'il croyait avoir découverte, avait été faite *cinquante ans auparavant* par Gruby, dont il ignorait complètement les travaux. La vérification qu'il en a apportée, sans le savoir, consacre définitivement cette séparation de la tricophytie en trois entités morbides distinctes.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. E. Delorme.

Nouveau traitement des empyèmes chroniques.

Je viens porter, à la connaissance de l'Académie de médecine, une méthode toute nouvelle et personnelle de traitement des empyèmes dont la pleurotomie n'a pu assurer la guérison. Cette méthode de traitement me paraît devoir, dans une mesure que l'avenir précisera, remplacer l'opération d'Estlander, en tout cas, prendre le pas sur elle. Un fait frappant vient de m'en démontrer la valeur :

D'une façon sommaire, cette méthode consiste : 1° dans l'ouverture large et momentanée du thorax par la formation d'un large volet thoracique; 2° dans la recherche et l'ablation de la fausse membrane qui encapsule le poumon et le fixe dans la gouttière vertébrale. Le poumon dégagé, le volet est refermé; il se soude à la paroi à laquelle il se réunit par première intention et l'opéré guérit de ses sections costales comme il le ferait de fractures de côtes multiples.

Par ce seul énoncé, vous pouvez juger des différences capitales qui séparent cette méthode de l'opération d'Estlander ou de ses dérivées. Ceux qui pratiquent cette dernière opération dans les *grands empyèmes avec rétraction considérable* du poumon ne poursuivent qu'un but : *oblitérer une vaste cavité suppurante à parois rigides*. Considérant le retrait du poumon comme un fait malheureusement acquis, comme une condition pathologique qu'un acte chirurgical est incapable de modifier, ils refoulent vers le poumon pour eux à jamais perdu la paroi thoracique assouplie par l'excision de ses côtes ou mobilisée au maximum par une excision costale combinée avec des sections de la portion de paroi réduite à ses parties molles. Toute différente et bien autrement conservatrice est la méthode que j'ai imaginée en 1892 (pli cacheté à l'Académie de médecine juin 1892), que j'ai préconisée au Congrès de chirurgie de 1893, mais que je n'ai pu appliquer sur le vivant que ces jours derniers (20 janvier 1894). Partant de cette donnée dont l'importance a été jusqu'ici méconnue, à savoir qu'un poumon bridé, encapsulé par une fausse membrane continue, épaisse, inextensible, n'est cependant pas incapable de reprendre son intégrité fonctionnelle, je m'attaque à la coque pulmonaire, je l'excise, j'en débarrasse le poumon, lequel, reprenant son volume normal, comble la cavité intra-thoracique. L'opération d'Estlander fait bon marché d'une paroi désormais inutile, je ne compromets pour ma part, que d'une façon temporaire, l'intégrité de cette paroi dont le fonctionnement est nécessaire à celui du poumon. L'opération ancienne considère comme perdue la moitié du champ respiratoire, la méthode nouvelle rétablit en entier ce dernier.

Après ces préliminaires nécessaires, je résume l'observation de mon opéré :

Le nommé M..., vingt-quatre ans, soldat à la 23e section d'ouvriers, est atteint, en mai 1893, d'une pleurésie gauche dont la marche insidieuse et les signes atténués font penser à une pleurésie tuberculeuse. Après un traitement de quelques mois à l'hôpital de Vincennes, cet homme est envoyé en convalescence, mais, à son retour, il ne peut reprendre son service et il entre à l'hôpital du Val-de-Grâce, un mois après (août 1893), où il subit l'opération de l'empyème (septembre 1893). M. le professeur agrégé Cahier, qui lui fait subir cette pleurotomie, retire 600 gr. environ de pus. Son état s'améliore tout d'abord, mais en dépit de pansements antiseptiques rigoureux et fréquents la plaie reste fistuleuse, la sécrétion persiste, la température s'élève à intervalles. Une sonde introduite par la fistule s'engageait d'avant en arrière à 15 centimètres environ, c'est-à-dire butait contre la partie postérieure de la cage thoracique; elle remontait jusqu'à la limite supérieure de la cavité et s'enfonçait transversalement, en profondeur, à 8 centimètres environ. Il était, d'un côté, manifeste, qu'après quatre mois et demi d'attente, la pleurotomie était insuffisante; d'un autre côté, de l'exploration avec la sonde il ressortait que l'opération d'Estlander serait incapable de combler la cavité suppurante, puisqu'il fallait demander à la paroi un affaissement de 8 centimètres. Dans ces conditions, je résolus de tenter l'ablation de la membrane qui immobilisait le poumon gauche dans l'angle costo-vertébral.

Le 20 courant, en présence de MM. les médecins principaux Dieu et Nogier, des stagiaires du Val-de-Grâce, de MM. les médecins-majors Gigon, Forgemol; avec l'assistance précieuse de M. le professeur agrégé Mignon, du médecin-major Marcus, etc., je pratiquai, à ma clinique, l'opération suivante :

De la troisième côte inclusivement à la sixième inclusivement, je traçai un lambeau cutané à base postéro-supérieure adhérente par une incision représentant les trois côtés d'un rectangle. Ce lambeau, dont la direction était oblique de haut en bas et d'arrière en avant, suivant celle des côtes, s'étendait de la saillie du bord axillaire de l'omoplate à près de trois travers de doigt du bord latéral gauche du sternum. Par prudence, j'avais cru ne devoir pas me rapprocher davantage de ce dernier. Ce lambeau fut libéré au ras des côtes, comme dans l'opération d'Estlander, puis à ses limites antérieures, je sectionnai chaque côte avec l'espace intercostal. A mesure que les intercostales étaient coupées, deux pinces hémostatiques étaient appliquées immédiatement sur chacun des deux bouts de l'artère. En arrière, à la base du lambeau, chaque côte fut réséquée dans l'étendue de 1 centimètre, 1 centimètre et demi environ, avec conservation des muscles intercostaux, des vaisseaux et des nerfs. Cela fait, au ras du bord supérieur des côtes limites, je libérai le volet en haut et en bas jusqu'au niveau de sa base, puis je lui fis faire bascule, je l'ouvris en dehors et l'intérieur de la cavité thoracique gauche fut ainsi mis largement à découvert.

Je suivis, en somme, le procédé opératoire que j'ai préconisé au Congrès de chirurgie de 1893.

Le volet rabattu me fit voir une vaste poche dont la paroi interne était bien distante de la paroi costale de l'étendue de quatre travers de doigt (8 centimètres), comme la sonde l'avait indiqué, qui se prolongeait en bas jusqu'à l'angle costo-diaphragmatique et dont la limite supérieure se confondait avec celle du cul-de-sac pleural. La partie la plus profonde de la poche répondait à la voussure du diaphragme. La plèvre pariétale était doublée d'une membrane fibroïde non vasculaire, épaisse de 1 centimètre, 1 centimètre et demi environ, à surface libre tapissée d'une nappe de fongosités. Sur la paroi intérieure, on retrouvait la même couche de fongosités confluentes recouvrant la même membrane fibroïde, épaisse et résistante. Après avoir mis à nu cette dernière par le curage et des frottements

durs avec des compresses, *il me fut impossible d'établir le siège du poumon, du péricarde et du cœur*, tant la membrane était uniforme. Continue avec le diaphragme, élargie à sa base, rétrécie à mesure qu'elle s'en écartait, elle ressemblait si bien à un péricarde épaissi, que je me demandai un instant *si* et *où* j'allais l'attaquer.

Je me portai en arrière à un travers de main de la section musculo-costale antérieure, pour être bien sûr de ne pas tomber sur le péricarde, j'incisai linéairement la paroi interne de la poche sur le lobe moyen avec le bistouri, puis je l'ébarbai couche par couche avec les ciseaux. A un bon centimètre de profondeur, j'aperçus le poumon sain. De quelques coups de sonde cannelée, remplacée sur-le-champ par l'index, je dégageai la membrane. Le poumon apparut sain, un instant immobile, puis, à un léger effort de toux du malade, il fit brusquement une hernie des dimensions d'un œuf, me donnant, avec la preuve de son extensibilité, celle de la valeur probable de mon intervention.

Deux, puis trois, puis quatre doigts, puis toute la main, suivant la face profonde de la coque pulmonaire inextensible, mais cependant friable, déprimant le poumon sans le moindre trouble respiratoire, dégagèrent, en quelques secondes, la surface du lobe supérieur. A mesure que ma main s'engageait sous la coque, son orifice éclatait et quand je retirai cette main, après avoir dégagé la capsule aussi en arrière que possible, le poumon, sous l'influence de quelques très légères quintes de toux de mon malade peu endormi, se déplissa *brusquement* comme un poumon d'animal qu'on insuffle; il gonfla, fit hernie, refoulant et recouvrant sa coque et *dépassant le niveau de la paroi thoracique*. Il me fallut le faire contenir avec une main appliquée bien à plat sur une large compresse, pour pouvoir revoir et abraser avec des ciseaux mousses la fausse membrane, en arrière, aux limites de sa séparation.

Le dégagement dans la scissure interlobaire fut aussi rapide et aussi complet qu'il le fut sur la surface des lobes; je n'eus à rompre que quelques tractus longs et extensibles et qui ne donnèrent pas de sang.

Ce que j'avais fait pour le lobe supérieur, je le répétai pour le lobe inférieur et supérieur : la membrane qui l'encapsulait, une fois ouverte, éclatait linéairement et se laissait aussi aisément dégager du poumon, plus aisément même qu'auparavant. Car, averti de l'innocuité des pressions exercées sur ce dernier, je ne craignais pas de le séparer de sa coque en *l'exprimant*, cette fois, *comme une éponge*. A mesure que je dégageais ce lobe, il faisait hernie comme le lobe supérieur et remplissait brusquement avec lui, et au delà, la cavité thoracique.

Excision de la fausse membrane pulmonaire aux limites de son décollement. En avant, je l'ébarbai à la limite antérieure du poumon.

Curage de la paroi pleuro-costale avec une grosse curette, dégagement facile de ses fongosités. La cavité nettoyée avec des compresses humides sublimées, le volet fut rabattu sans ligature des intercostales, les surfaces correspondantes des côtes furent apposées et maintenues, non par une suture métallique, mais par des anses de fils de soie traversant la paroi, un peu au-dessus de chaque côte et à peu près à deux centimètres de la section pariétale. Pendant cette fixation, le poumon, lors des respirations larges ou au moindre effort de toux, propulsait manifestement le lambeau thoracique. Sutures nombreuses de la peau; drain gros, court, ne dépassant pas l'épaisseur de la paroi, fixé dans la fistule ébarbée de l'empyème; pansement antiseptique ouaté, légèrement compressif, s'étendant du cou à la racine des cuisses; fixation du bras contre le tronc.

L'opération dura une heure et demie. Elle pourra être abrégée. La chloroformisation fut facile, régulière, bien que le malade toussât avant l'intervention et que M. le professeur Du Cazal lui eût trouvé des signes d'induration du sommet du poumon opposé. La respiration fut constamment normale, régulière, non anhélante, sans le moindre arrêt. La toux signalée au cours de l'opération n'était pas liée à mes manœuvres opératoires : elle existait avant, elle persista après. Le pouls resta normal; nous fûmes frappés, au cours de l'opération, de voir disparaître le léger degré de cyanose des lèvres et le teint plombé constaté avant; le réveil fut calme, le choc nul; le malade put être, pendant l'application du pansement, placé sur le côté non opéré, sans que la respiration fût embarrassée; la percussion du volet thoracique, avant l'application du pansement, donna un son sonore et l'oreille, placée à son niveau, perçut le murmure respiratoire.

En somme, le résultat poursuivi était atteint, la démonstration faite, évidente, l'utilité de la méthode affirmée. Un poumon emprisonné pendant de longs mois (la pleurésie chez ce malade remontait à 8 mois et l'empyène à 4 mois et demi) avait donc spontanément repris sa place et comblé brusquement toute la cavité pleurale correspondante, donnant à réfléchir, pour ne pas dire plus, sur la valeur de l'opinion classique, en vertu de laquelle un poumon, libre d'adhérences, s'affaisse sur-le-champ et se rétracte vers son hile, dès que la cavité thoracique est ouverte. Ce n'est pas le lieu d'insister davantage sur ce point, mais il y avait cependant grand intérêt à le faire ressortir.

Je ne puis m'empêcher d'insister encore sur quelques remarques qui pourront être utiles à ceux qui pratiqueront cette chirurgie pulmonaire dont les règles ne sont pas encore tracées. Je signalerai : 1° la hernie totale d'un poumon largement mis à découvert (à plusieurs reprises, il avait dépassé le niveau de la surface de la brèche étendue, laissée par le volet thoracique); 2° l'absence de toute congestion, de troubles circulatoires ou respiratoires, lors du développement brusque de ce poumon; 3° l'influence immédiate et bienfaisante sur la cyanose, constatée dès le retour du poumon gauche à son fonctionnement; 4° l'absence de tout accident lorsque j'ai dégagé, j'ai exprimé les lobes comme une éponge; 5° la facilité extrême avec laquelle nous avons séparé la coque; 6° l'aspect bien régulier, lisse, toute normale de la surface séreuse pulmonaire; 7° l'absence d'un écoulement de sang notable pendant la séparation de la coque ou son excision; 8° la faible hémorragie en nappe qui suivit le curage de la plèvre pariétale.

Je reviens à mon malade pour un instant encore. L'opération date de quatre jours; il va bien.

Le soir de l'opération, la température fut de 36°5. M... demande à manger et à boire. Respiration calme, normale, pouls 80; quelques vomissements, un peu de toux; pas de choc.

Le lendemain, température 36°5 le matin, 38°5 le soir; respiration un peu rapide, pansement souillé. Je lève ce dernier, la plaie est sèche, le drain ne fournit aucune sécrétion; la pointe du cœur bat à sa place, sonorité à la percussion dans tout le côté gauche sans tympanisme. Le murmure respiratoire s'entend très bien; pouls bon. M... demande à manger du fromage blanc.

Le troisième jour, température 36°5 le matin, 38 degrés le soir (elle était de 39°5 avant l'opération), 26 inspirations à la minute, pouls 110, calme; M... demande à manger.

Le quatrième jour même état.

Je termine là cette observation forcément, et j'en conclus :

1° Qu'il est possible et facile de libérer tout un poumon de la fausse membrane qui l'entoure, alors même que l'opération est faite longtemps après le début de l'empyème;

2° Que cette méthode est applicable non seulement à droite, mais aussi à gauche, qu'elle est, de ce côté, sans danger, à condition de libérer d'abord le poumon aussi en arrière que possible;

3° Que cette méthode est plus rationnelle et plus conser-

vatrice que celle d'Estlander et qu'elle doit lui être tout d'abord préférée. En cas de réussite, elle amène l'oblitération de la cavité, en permettant au poumon de reprendre sa place et son fonctionnement. En cas d'insuffisance, le volet thoracique, privé ou non de ses côtes, peut mieux servir à l'effondrement pariétal que la paroi simplement privée de ses côtes et peu dépressible que laisse l'opération d'Estlander.

J'espère bientôt faire part à l'Académie de nouveaux succès d'une méthode qui rentre bien dans les traditions de la chirurgie française : produire le maximum d'effet utile avec le minimum de dégats.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 janvier 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATION

Nouveau traitement des empyèmes chroniques. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 94.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie médicale.

Le nombre des votants étant de 76, majorité 39, au premier tour M. Landouzy obtient 66 suffrages, M. Rendu 10.

En conséquence, M. Landouzy est proclamé élu.

A quatre heures l'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Peter (1824-1893).

(Notice lue à la Société médicale des hôpitaux par M. RENDU.)

Le professeur Peter est l'exemple le plus frappant de ce que peut faire l'énergie morale mise au service d'une belle intelligence. Né sans fortune, avec une santé précaire et des forces physiques médiocres, obligé, pour vivre, de travailler comme ouvrier typographe, puis comme correcteur à l'imprimerie Lahure, il eut le courage de prendre sur ses veilles le temps nécessaire pour faire ses études élémentaires. Seul, sans maître et sans direction, il prépara les examens scientifiques et littéraires exigés pour aborder la médecine, et réalisa cet effort extraordinaire de conquérir tous ses grades universitaires en menant de front son travail manuel.

Une fois étudiant, la tâche lui devint comparativement plus aisée ; elle lui fut facilitée par la bienveillance de Cruveilhier, qui avait remarqué la nature primesautière, l'intelligence alerte et brillante de son jeune élève, et qui l'initiait à sa carrière de futur professeur, en lui faisant enseigner l'anatomie à ses camarades. A Cruveilhier, revient le mérite, comme l'a dit fort bien notre président M. Ferrand, d'avoir deviné dans Peter un esprit d'élite et d'avoir aplani pour lui les premières difficultés de la carrière.

Celle-ci, d'ailleurs, pour avoir commencé tardivement, fut exceptionnellement brillante. Merveilleusement doué comme il l'était, Peter ne pouvait passer inaperçu dans les concours : nommé le premier à l'internat, puis au clinicat, il devint le bras droit et l'élève affectionné de Trousseau, et il apprit à l'école de cet illustre maître non seulement à bien observer les malades, mais à envisager la médecine à un point de vue général et philosophique. On peut dire que pendant ses années de clinicat, Peter acheva son éducation médicale et mûrit son talent précoce. Quand il quitta les hôpitaux, ce fut pour y rentrer bientôt comme chef de service, en 1866; la même année, il fut reçu agrégé après un brillant concours où il avait eu affaire à un rude jouteur, le regretté Maurice Raynaud. A partir de cette époque, la carrière de Peter était assurée : quelques années plus tard, il entrait à la Faculté comme professeur de pathologie interne et, en 1878, l'Académie de médecine lui ouvrit ses portes : les distinctions honorifiques lui vinrent également; depuis plusieurs années, notre collègue était commandeur de la Légion d'honneur; c'est le grade le plus élevé qui ait été, jusqu'à présent, décerné aux membres civils de la profession médicale.

Les travaux de Peter, pendant cette féconde période de vingt ans, sont nombreux et marqués tous au coin d'une haute valeur scientifique. On lui doit plusieurs éditions successives des cliniques de Trousseau, remaniées et mises constamment au niveau du progrès de la science : tout en respectant le texte de ces pages immortelles, il y ajoute des faits nouveaux, des observations personnelles, qui complètent heureusement l'œuvre primitive du maître, en lui laissant son cachet magistral. Son mémoire classique sur la diphtérie, couronné par la Faculté de médecine en 1858, et complété l'année suivante dans sa thèse inaugurale, est resté un modèle de description scientifique. C'est en préparant ce travail que Peter fit sur lui-même les courageuses expériences si souvent citées d'inoculation de fausses membranes, pour élucider le mode de pénétration du poison diphtéritique. A cette époque également appartiennent deux monographies capitales, l'une sur les angines, l'autre sur les laryngites. Peter les envisage, non pas comme des maladies locales, mais comme des manifestations d'états diathésiques, constitutionnels ou toxhémiques : pour la première fois, il attire l'attention sur les angines de la fièvre typhoïde, de l'érysipèle, de la pneumonie, préludant ainsi aux travaux modernes qui ont démontré combien fréquemment les agents infectieux pénètrent dans l'organisme par la voie du pharynx. Dans le même esprit généralisateur et synthétique, il publie ses recherches sur la blennorragie, qu'il étudie dans ses rapports avec les diathèses rhumatismale, goutteuse et scrofuleuse. Ses deux thèses d'agrégation sur les maladies virulentes (1863) et sur la tuberculisation en général (1866), accentuent encore les tendances philosophiques de ses doctrines médicales.

Le plus beau titre de gloire de Peter est la série de Leçons cliniques qu'il a réunies en trois volumes et qui parurent en 1873. Digne continuateur de son maître Trousseau, c'est dans cet ouvrage qu'il montre le mieux ses qualités natives d'observateur fin et de clinicien sagace, l'ingéniosité de son esprit et le brio de son style. Qui ne connait ses remarquables recherches sur les maladies du cœur et de l'aorte, sa théorie pathogénique si spécieuse et si séduisante des étapes qui conduisent à l'asystolie, les chapitres sur l'angine de poitrine, la névralgie diaphragmatique, l'athérome, ses études de séméiologie si fouillées sur les points de côté, les hémoptysies; sa description des pleurétiques et des pneumoniques, avec toutes les nuances cliniques qui en font presque autant d'entités morbides à physionomie particulière? Qui n'a lu, avec l'attrait du plus attachant des romans, ces leçons brillantes où l'esprit pétille, où les expressions imagées et sonores viennent se graver dans l'esprit d'une façon inoubliable, où le paradoxe lui-même est si savamment présenté qu'il se fait accepter d'emblée sans éveiller l'objection?

Là peut-être fut le défaut de cet esprit si vif et si français d'allures. Peter, artiste et lettré, sacrifiait trop à l'art de bien dire et surtout à la facilité qu'il avait de dire spirituellement : il manquait parfois de cette rigueur scientifique qu'exige l'enseignement de la pathologie et la vivacité de ses conceptions, qui remontaient logiquement de l'effet à la cause, souvent hypothétique, lui faisait accepter trop aisément, comme démontrées, des théories encore discutables et incertaines.

On a dit de lui que c'était un esprit d'avant-garde, prouvant, comme il l'écrivait non sans quelque fierté, le mouvement en marchant. Je crois, avec tout le respect que je dois à sa mémoire, qu'il s'illusionnait sur ses vraies tendances, quand il prononçait ces paroles.

La réalité, c'est qu'au contraire Peter était resté, comme ses maîtres, Trousseau et surtout Roger, un pur classique. Il ne comprenait pas le progrès en dehors des doctrines vitalistes auxquelles il croyait, et toute théorie scientifique, en désaccord apparent ou réel avec ses conceptions philosophiques et médicales, trouvait en lui un adversaire ardent et passionné. On le vit bien dans ces mémorables polémiques que suscita la doctrine des germes et aussi dans les discussions thérapeutiques auxquelles donna lieu l'application de la méthode de Brand au traitement de la fièvre typhoïde.

Dans ces diverses circonstances, Peter déploya un très grand talent à soutenir de mauvaises causes et la tendance, quelque peu paradoxale de son esprit, le conduisit beaucoup trop loin. S'il se fût borné à dire, ce qui au fond était sa conviction dans ces dernières années, qu'à côté de l'agent infectieux, il y a le terrain morbide qui réagit d'une façon très inégale, suivant les conditions de résistance du sujet; s'il eût enseigné que les notions microbiennes ne doivent pas faire perdre de vue les données étiologiques fournies par l'observation séculaire des cliniciens, il serait resté dans la donnée juste et ses objections eussent été inattaquables. Présentées comme des négations absolues, alors qu'il s'agissait de faits d'observation et d'expérimentation pures, elles furent aisément démontrées fausses et tous les amis de Peter regrettèrent l'attitude qu'il avait prise dans cette discussion. Hâtons-nous de dire qu'avec la loyauté et la conscience qui faisaient le fond de son caractère, il était revenu, dans ces dernières années, de ce que ses doctrines avaient d'intransigeant. Il était le premier à faire profiter ses élèves des recherches microbiologiques qui se poursuivaient journellement dans son service et il en reconnaissait spontanément l'utilité dans les cas difficiles.

Peter était, en effet, une nature droite, essentiellement généreuse et honnête. Tous ceux qui l'ont connu dans l'intimité ont toujours trouvé en lui un maître bienveillant et courtois, aimant la jeunesse et désireux de lui être utile, serviable pour ses collègues et bon pour ses malades. C'était un excellent père de famille, heureux de retrouver, dans le foyer domestique, le calme et le repos dont il avait grand besoin, avec sa vie active et son cerveau toujours en travail. Il vit venir sa fin avec la fermeté qui faisait le fond de son caractère et, se sentant frappé, ne voulut rien changer à ses habitudes. Aussi la nouvelle de sa mort fut-elle une surprise douloureuse pour tout le corps médical, car personne, sauf quelques amis intimes qu'il avait mis dans sa confidence, ne s'attendait à voir disparaître si tôt le maître affectionné, enlevé dans la plénitude de son talent et dans la maturité de son intelligence.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité clinique de dermatologie (1), par le docteur H. Tenneson.

Si, d'après le titre de cet ouvrage, on croyait trouver un traité complet de dermatologie dans lequel les questions de formes cliniques et de diagnostic seraient surtout développées, on se tromperait. Le titre du livre ne correspond pas exactement à son contenu. Au point de vue pratique, ce qu'on trouvera le plus complètement développé, c'est la thérapeutique personnelle de l'auteur. Il n'est que juste, du reste, de reconnaître que sa façon de faire est le plus souvent intéressante.

L'histoire des mots tient une grande place dans ce livre. Il y a, du reste, peu de branches de la médecine pour lesquelles la terminologie soit aussi imparfaite, aussi mal appropriée aux faits qu'elle désigne. Les mots ont parfois changé plusieurs fois de signification et c'est une réelle difficulté que de déterminer ce à quoi ils ont successivement correspondu. Il y aurait un travail d'ensemble des plus utiles à faire sur l'histoire de la terminologie dermatologique et ce serait un grand progrès que d'arriver à une entente commune sur la nomenclature des espèces et des variétés cliniques surtout de celles qui sont de description récente. Ce devrait être la tâche des congrès internationaux de dermatologie; malheureusement on se heurte là à des difficultés multiples; la plus grande est qu'avant de s'entendre sur les mots il conviendrait de s'entendre sur les choses.

La situation actuelle des dermatologistes est un peu ce que serait celle des mathématiciens, des astronomes, des physiciens, s'ils avaient à renoncer au système décimal et métrique pour effectuer leurs calculs.

On doit donc savoir gré à M. Tenneson de s'être efforcé de déterminer nettement la signification actuelle des termes employés et celle qu'ils ont eue à travers les âges, dans les différentes écoles, pour les différents auteurs.

La description des maladies ou affections cutanées est parfois un peu schématique. Ce sont des notes de lecture ou de clinique plus qu'une description méthodique, régulière et complète. C'est ainsi que l'histoire des formes de l'eczéma et de leur traitement ne prend pas plus de onze pages, celle de la pathologie du psoriasis douze pages. Nous ne relèverions pas cette disproportion, si l'auteur n'avait pas donné, à son livre, le titre de « Traité de dermatologie » : il eût été plus justement intitulé : « Notes de dermatologie »

Quel que soit, du reste, son titre, on le lira avec intérêt, M. Tenneson a des façons de penser, de dire et de faire qui ne sont pas celles de tout le monde. Souvent il ne craint pas, à propos des traitements qu'il préconise, d'entrer dans des détails circonstanciés; les médecins lui en sauront gré.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

L'homme en mouvement (1), par Marey, membre de l'Institut, professeur au Collège de France, et Georges Demeny.

L'étude de la nature a toujours été la source où les artistes ont puisé leurs inspirations. Plus l'art s'élève, plus il est respectueux des lois de l'anatomie; aussi le voyons-nous, même dans ses créations les plus personnelles, s'astreindre à la copie fidèle du modèle vivant. A ce titre, les productions modernes l'emportent sur la plupart de celles que nous a léguées le passé.

Mais les artistes de l'antiquité avaient le précieux avantage de voir fréquemment l'homme nu en action : les luttes athlétiques, les courses du stade, les combats du cirque gravaient dans leurs mémoires les attitudes expressives qui donnaient à leurs œuvres un caractère frappant de vérité.

Or, comme il est impossible de placer un modèle d'atelier dans les positions instables qui caractérisent le mouvement, l'art moderne était conduit à restreindre son domaine, et pour rester toujours sincère, à ne représenter que des attitudes calmes et reposées.

Lorsque M. Muybridge (de San Francisco) parvint, au moyen d'une série de photographies instantanées, à saisir les phases successives des mouvements de l'homme et des animaux, il fournit aux artistes des documents du plus haut intérêt. La méthode du célèbre photographe américain est basée sur l'emploi d'une série d'appareils photographiques.

En France, M. Marey, par une méthode différente, applique la photographie à l'analyse physiologique des mouvements.

L'objectif unique dont son appareil est muni prend les images successives d'un point de vue toujours le même. Cela permet de placer le modèle à toutes distances : soit très loin, quand on veut analyser les mouvements dans leur ensemble, soit très près, s'il s'agit de saisir les changements d'expression du visage, les mouvements de la main ou l'action locale d'un groupe de muscles.

(1) Album oblong 30/40 contenant 6 planches comprenant un grand nombre de poses et plusieurs agrandissements. Prix : 4 francs.— Paris, Société d'éditions scientifiques.

Frappés des résultats remarquables obtenus dans ces dernières années à la station physiologique, par M. Marey, qui dirige cet établissement, et par M. Demeny, son habile préparateur, la Société d'éditions scientifiques a cru rendre service aux artistes en publiant leurs études sur les mouvements de l'homme : la science et l'art se confondent dans la recherche du vrai.

Le présent ouvrage paraîtra en livraisons, chacune de six planches, contenant l'analyse d'une grande variété de mouvements et plusieurs figures agrandies.

Anesthésie physiologique et ses applications (1), par le docteur Dubois.

Les méthodes les plus diverses au sujet de l'anesthésie, étant simultanément préconisées et combattues, au sein des académies et des sociétés savantes, il en résulte un grand embarras pour le praticien, qui, élève, avait déjà été étonné de voir qualifier comme faute monstrueuse une pratique qu'un autre de ses maîtres considérait comme la meilleure.

Le docteur Dubois, professeur de physiologie à la Faculté de Lyon, s'est préoccupé avant tout d'instruire le praticien et non de faire œuvre d'érudition. Les méthodes et les procédés préconisés par les cliniciens les plus en renom, et principalement par les maîtres lyonnais, ont été fidèlement exposés dans les chapitres consacrés aux diverses spécialités médicales : obstétrique, oculistique, odontologie, art vétérinaire.

Dans la première partie, l'auteur a fait une place relativement importante aux généralités sur les anesthésiques ; ce qui, dans les autres chapitres, a pu éviter des répétitions inutiles.

Dans les parties techniques proprement dites, l'auteur s'est attaché à formuler d'une manière simple, concise, quoique suffisamment complète, les règles qui doivent être observées dans les applications des méthodes d'insensibilisation basées sur des données véritablement scientifiques.

CORPS DE SANTÉ DE LA MARINE

Tableau d'avancement.

Dans sa séance du 22 janvier 1894, la Commission de classement a inscrit sur le tableau d'avancement de 1894 les médecins du corps de santé de la marine dont les noms suivent :

1° *Pour le grade de médecin en chef.* — MM. les médecins principaux Fontorbe, Danguy des Déserts, Jacquemin et Dhoste.

2° *Pour le grade de médecin principal.* — MM. les médecins de première classe Grisolle, Duval, Ludger et Pfihl.

3° *Pour le grade de médecin de première classe.* — MM. les médecins de deuxième classe Galbrunner, Labadens, Fossard, Reboul et Santelli.

ASSISTANCE A DOMICILE

On sait qu'un décret sur l'assistance à domicile est en ce moment à l'étude. Plusieurs membres du Conseil de surveillance de l'Assistance publique ont demandé aux médecins des Bureaux de bienfaisance de formuler les modifications qu'ils pouvaient proposer aux articles relatifs au service médical.

Au nom de la Société médicale des Bureaux de bienfaisance, M. le docteur Le Coin, secrétaire général, et M. le docteur Meugy, secrétaire, proposent les modifications suivantes :

Art. II (relatif à la composition du bureau d'assistance).

Nous proposons l'addition du paragraphe suivant :

6° ... de deux médecins, soit du traitement à domicile, soit du service des consultations.

Art. XXIII (relatif à la composition de la Commission centrale d'assistance).

Nous proposons l'addition du paragraphe suivant :

7° ... de deux médecins, soit du traitement à domicile, soit du service des consultations, désignés par leurs collègues.

Art. XXXII. — Nous proposons son remplacement par le texte suivant :

Les consultations des dispensaires sont données par des médecins nommés au concours dans les conditions établies par l'article XXXIV.

Art. XXXIII (relatif au mode d'admission des malades dans les hôpitaux).

Nous en proposons la suppression.

Art. XXXIV (relatif à la nomination des médecins du traitement à domicile et des médecins du dispensaire).

Nous proposons de modifier comme suit le premier paragraphe :

Les médecins du traitement à domicile et les médecins du dispensaire sont nommés au concours par le ministre de l'Intérieur, dans les mêmes conditions et pour la même durée que les médecins des hôpitaux.

Nous demandons la suppression du deuxième paragraphe, ainsi conçu : « Tout médecin, non réinvesti, ne peut plus se représenter au concours. »

Nous demandons la suppression de la deuxième partie du troisième paragraphe, ainsi conçue : « ... posséder ce diplôme depuis deux ans au moins, ou justifier de quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. »

Nous proposons la suppression de la seconde partie du dernier paragraphe ainsi conçue :

2° ... une indemnité variable, suivant le nombre de visites qu'ils ont faites pendant l'année.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 19 janvier 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Isch-Wall, Guay, Phocas, Legrand, Vigneron, Hélary, Radiguet, Héan, Hamaide, Saunal, Renault, Delbecq, Loisel, Bougan, Royer, Paturot, Chanson, Sarrouy, Dailliez, Van Peteghem, Didier, Le Coquil, Wartel, Luez, Patoir, Gaye, Lherbier, Stavaux, Blaire, Bernard, Delezenne, Bué, Fievet et Bécue.

— Par décret, en date du 20 janvier 1894, et par arrêté ministériel en date du même jour, ont été nommés chevaliers du Mérite agricole :

M. le docteur Bartoli (de Calvi), M. le professeur Thibault (de Lille).

— La Société d'hydrologie médicale vient de reconstituer son bureau pour 1894 : M. Bouloumié, président ; MM. Royer et Albert Robin, vice-présidents ; M. Leudet, secrétaire général.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, G. Carré.

N° 12. — SAMEDI 27 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 27 JANVIER 1894. — N° 12.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Variolo-vaccine (unicité des deux virus). — Transmission héréditaire de l'immunité vaccinale.

Par P.-A. Lop,
Ancien interne de l'hôpital Rothschild, médaille d'argent de l'Académie de médecine.

VARIOLO-VACCINE

I

Historique. — La pratique de l'inoculation à l'homme du virus variolique est de date déjà ancienne. S'il faut en croire certains auteurs, elle remonterait à près de 3 000 ans.

En 1721, une noble Anglaise, Lady Montagne, racontait en Angleterre qu'elle avait assisté, à Constantinople, à une pratique, grâce à laquelle ceux qui s'y soumettaient étaient mis à l'abri de la petite vérole; cette pratique, l'inoculation variolique, était suivie en Chine, en Perse, en Circassie et en Grèce avec un plein succès.

L'on sait qu'émerveillée, cette dame n'hésita pas à faire vacciner sa propre fille.

Dès son introduction en Angleterre, cette méthode ne tarda pas à se vulgariser et à se répandre en Prusse et en Amérique; dans ce dernier pays, elle fut acceptée avec une certaine répugnance. La France y demeura hostile trente-trois ans. Les premières personnes qui s'y soumirent furent les enfants de la famille d'Orléans. Depuis cette époque, 1756, ce mode de préservation fut pratiqué jusqu'à la découverte de Jenner. En Angleterre, elle y subsista plus longtemps et il ne fallut rien moins qu'un arrêt du Parlement (1841) pour l'y interdire complètement.

Le *modus operandi* de cette inoculation était des plus simples; à cet effet, l'on pratiquait une petite plaie dans un point quelconque des téguments, au bras de préférence, et l'on y plaçait un fil imprégné de pus. Ce mode d'inoculation fut remplacé au commencement de ce siècle par l'inoculation avec la lancette.

A la suite de cette vaccination, l'on observait, dès le second jour, d'abord une série de phénomènes locaux plus ou moins intenses, puis, du neuvième au dixième jour, se montraient des phénomènes généraux, d'intensité variable, et du onzième au douzième jour, apparaissait alors l'éruption typique discrète ou confluente.

Cette méthode n'était pas, comme on le voit, exempte de dangers et à cette époque l'on n'était plus à compter les cas malheureux. Aussi l'on comprend fort bien l'enthousiasme avec lequel fut accueillie la découverte de Jenner. En effet, cette nouvelle méthode offrait le double avantage d'être inoffensive et préservatrice.

C'est en 1807 que paraissent avoir été tentés les premiers essais de variolisation chez la vache. Gassuer inocula la variole à plusieurs de ces animaux. Billing, Mac Pherson répétèrent les mêmes essais avec succès. Vinrent ensuite les mémorables recherches de Reiter, de Thiele et Ceely, qui ont servi de base aux différentes études entreprises, jusqu'à ces dernières années, pour démontrer l'unicité des deux virus. De 1890 à 1892, ont paru successivement les travaux de Ch. Hanier et Eternod (de Genève), de Fischer (de Carlsruhe), de Heine-Bollinger et Pfeiffer.

Toutes ces expériences, faites avec succès positifs de 1865 à 1892, ont été infirmées une première fois par la Commission lyonnaise en 1865 et, récemment encore, par son ancien président M. Chauveau (1) et son élève M. Rodet (2). En Allemagne, Kussmaul et Strümpell, sans rejeter absolument l'identité des deux virus, pensent qu'il est nécessaire d'entreprendre de nouvelles recherches. En revanche, Pfeiffer, Hébra, Wunderlich et Curschman admettent, sans conteste, l'unicité du virus vaccin et du virus variolique.

En France, les idées de M. Chauveau ont prévalu sur celles des expérimentateurs étrangers qui soutiennent, avec preuves irrécusables, la transformation du virus variolique en virus vaccinal.

La Commission lyonnaise reconnait que le virus variolique peut subir une atténuation par son passage chez l'animal, mais que, rapporté chez l'homme, il reprend, d'après M. Chauveau, toute sa virulence : « En passant par l'organisme des animaux, le virus variolique ne perd aucunement ses propriétés infectieuses; l'expérience nous l'a trop bien prouvé. C'est pourquoi la variolation médiate, comme l'inoculation variolique directe, créerait, si elle se généralisait, un foyer permanent d'infection qui couvrirait presque toute la surface du globe. »

(1) Chauveau. Acad. de méd., 1891.
(2) Rodet. *Rev. de méd.*, 1888-89.

Plus loin cependant la même Commission s'exprime en ces termes :

« Supposons qu'il soit démontré que la variole et la vaccine soient deux affections identiques et que la seconde dérive de la première, alors il n'y a plus à hésiter sur le choix du vaccin. Il faut prendre celui qui est engendré directement sur les animaux par l'inoculation variolique et toutes les difficultés attachées à la recherche d'une bonne matière vaccinogène, réellement inoffensive et préservatrice, se trouvent ainsi levées du même coup. »

Et M. Chauveau formulait les conclusions suivantes :

« 1° La variole humaine s'inocule au bœuf et au cheval avec la même certitude que le vaccin;

2° Les effets produits par l'inoculation des deux virus diffèrent absolument.

Chez le bœuf, la variole ne produit qu'une éruption de papules si petites qu'elles passent inaperçues, quand on n'est pas prévenu de leur existence.

La vaccine, au contraire, engendre l'éruption vaccinale typique avec des pustules larges et bien caractérisées.

Chez le cheval, c'est aussi une éruption papuleuse, sans sécrétions ni croûtes, qu'engendre la variole : mais quoique cette éruption soit beaucoup plus grosse que celle du bœuf, on ne saurait jamais la confondre avec le horse-pox, si remarquable par l'abondance de sa sécrétion et de ses croûtes;

3° La vaccine inoculée isolément aux animaux des espèces bovine et chevaline les préserve en général de la variole;

4° La variole, inoculée dans les mêmes conditions, s'oppose généralement au développement ultérieur de la vaccine;

5° Cultivée méthodiquement sur ces animaux, c'est-à-dire transmise de bœuf à bœuf et du cheval au cheval, la variole ne se rapproche pas de l'infection vaccinale.

Cette variole reste ce qu'elle est ou s'éteint tout à fait;

6° Transmise à l'homme, elle lui donne la variole;

6° Reprise de l'homme et transportée de nouveau sur le bœuf ou le cheval, elle ne donne pas davantage à cette seconde invasion le cow-pox ou le horse-pox.

Donc, malgré les liens évidents qui, chez les animaux comme chez l'homme, rapprochent la variole de la vaccine, ces deux affections n'en sont pas moins indépendantes et ne peuvent se transformer l'une dans l'autre. »

Peu après, M. Chauveau faisait instituer, par son élève Berthet, une nouvelle série d'epériences qui le conduisirent aux mêmes conclusions que son maître.

Vers 1883, en même temps que M. Berthet (de Lyon), Warlomont [de Bruxelles (1)] entreprit une série d'expériences où il démontra que : « Ni l'injection intra-veineuse, ni les injections intra-cellulaire, ni l'introduction par les voies digestives ou respiratoires de la matière variolique, ne nous ont procuré d'éruption ayant le caractère de la pustule variolique ou de la pustule vaccinale. » Du même coup, l'auteur rejette non seulement l'unicité des deux virus, mais encore la possibilité de la réceptivité des bovidés pour la variole.

II

Expériences démontrant la dualité des deux virus. — Il est de toute évidence que, si la pathologie expérimentale et les perfectionnements apportés à la récolte et à l'inoculation des virus n'avaient pas démontré la possibilité d'avoir du variolo-vaccin ayant perdu tous ses caractères nocifs, jamais la variolation n'aurait pu être remise en honneur et les critiques sévères des adversaires de l'unité auraient eu grandes chances de se voir consacrées par l'expérience.

En effet, que veut-on obtenir par la variolation ? L'immunité contre la variole. On recourait jadis, nous l'avons dit, à la variolation directe des malades. Ce procédé mettait ceux qui s'y soumettaient à l'abri d'une seconde atteinte de variole, mais il les exposait à mourir de cette première variole vaccinale. Or, il est un principe, en médecine, que l'on ne doit jamais perdre de vue, surtout en matière d'hygiène prophylactique : *Primum non nocere*.

Cependant bien avant les travaux de M. Pasteur, M. Depaul, dès 1863, dans sa communication à l'Académie, avait posé les aphorismes suivants : « 1° Il n'existe pas de virus-vaccin ; 2° ce prétendu virus que l'on considère comme l'antagonisme, le neutralisant du virus variolique, n'est autre que le virus variolique lui-même ; 3° les espèces bovine et chevaline sont sujettes à une maladie éruptive qui est identique, quant à sa nature, avec la variole de l'espèce humaine ; 4° il est à peu près démontré qu'il en est de même pour plusieurs espèces animales (porcs, moutons, singes et chèvres). Je suis moins affirmatif en ce qui concerne ces derniers animaux, car je n'ai pas une opinion suffisante ; 5° les phénomènes locaux et généraux sont les mêmes que ceux observés chez l'homme ; il n'y a de différence, quant aux pustules, que dans celle qui dépend de la structure de la peau. »

Malheureusement M. Depaul n'apportait aucune expérience à l'appui de la thèse qu'il venait, si brillamment, défendre. Aussi ses adversaires eurent beau jeu contre lui. M. Bousquet, entre autres, s'exprima en ces termes : « Que M. Depaul vienne ici dire ces simples paroles : Oui, j'ai inoculé la variole à la vache et la vache m'a rendu la vaccine. Je n'en demande pas davantage, j'ai foi en son honneur et, sur sa déclaration, je me convertis à ses doctrines. Jusque-là je veux douter. »

Jusqu'à ce jour, les idées et doctrines de la Commission lyonnaise, à l'égard de la dualité des deux vaccins, ont continué à régner en France. Nous n'en voulons pour preuve que la consécration, presque officielle, qu'elles ont reçue à Paris dans une conférence faite à la Clinique obstétricale, par M. le docteur Yves Ménard (1). En voici les principaux passages :

« *Rapports entre le cow-pox, le horse-pox, la vaccine et la variole.* — Quels sont maintenant les rapports entre le cow-pox et le *horse-pox*, c'est-à-dire entre la vaccine et la variole? La vaccine provenant de la variole peut-elle être considérée comme la variole chez les animaux, identique à la variole chez l'homme ? »

Cette question, d'une importance capitale, a été résolue il y a plus de vingt ans, grâce aux belles recherches expérimentales d'une Commission de médecins et de vétérinaires, la *Commission lyonnaise* présidée par le savant Chauveau (2). Les conclusions ont été les suivantes :

« 1° La vaccine transmise de l'homme aux animaux donne toujours le cow-pox chez la vache et le horse-pox chez le cheval ;

2° Au contraire, la variole transmise expérimentalement de l'homme au cheval a donné une éruption qui n'est pas

(1) Warlomont. *Traité de la vaccine*, 1883.

(1) Yves Ménard. *Méd. moderne*, 1891, n° 4.

(2) Chauveau. *Méd. moderne*, 1891, n° 4.

le cow-pox ; *elle est si peu le cow-pox que, inoculée à des enfants, elle leur a donné la variole avec toute sa gravité et non pas la vaccine.*

Ainsi la vaccine préserve de la variole sans être la variole ; elle reste toujours une maladie localisée aux points d'inoculation, une maladie essentiellement bénigne.

Vaccination pasteurienne. — Avant de terminer ce chapitre de pathologie comparée, il me paraît nécessaire d'établir une distinction entre la vaccine vraie et les méthodes de préservation récemment découvertes par M. Pasteur et désignées aussi par extension sous le nom de vaccination. La vaccine de Jenner est une maladie naturelle distincte de la variole et donnant cependant l'immunité contre elle, tandis que les vaccins de M. Pasteur donnent une forme atténuée artificiellement, la maladie elle-même dont ils préservent. »

En 1891, M. le professeur Chauveau reprit une nouvelle série d'expériences dont il a donné l'exposé à l'Académie de médecine.

Avec du variolo-vaccin envoyé par Haccius et Eternod, il a procédé, avec le concours de Trasbot, à l'inoculation de bovidés, s'écartant systématiquement de l'espèce humaine. Deux vaches ont servi à l'étude de la lymphe genevoise et une troisième à la lymphe vaccinale d'origine animale. Comme dans ses premières recherches, M. Chauveau est arrivé à des résultats absolument négatifs. Aussi pour ce maître, la question est vidée ; le virus variolique dans l'organisme des bovidés reste virus variolique ; il n'a aucune tendance à se transformer en virus vaccin.

A son tour, l'année dernière, M. Pourquier (de Montpellier) recueillit du pus, provenant d'un jeune homme atteint de variole. Avec ce pus, il inoculait une vache et, avec du vaccin animal, il en inoculait une autre. Cette première expérience eut un résultat négatif quant à l'inoculation variolique. Aussi cet observateur se crut-il autorisé à déclarer à l'Académie des sciences de Montpellier qu'il ne croyait pas à la transformation du virus variolique en virus vaccin. Cependant il jugea une expérience de contrôle nécessaire. Elle fut faite dans le service des isolés de l'hôpital suburbain, dirigé par M. le professeur Carrieu. Une génisse fut inoculée simultanément, en des points différents, avec du pus variolique et du vaccin animal. Toutes les précautions avaient été prises de façon à ce que l'animal ne souillât pas les points d'inoculations varioliques par le vaccin animal. Cette fois l'expérience fut décisive et l'on obtint de magnifiques pustules aux points inoculés avec le pus variolique. L'expérience n'alla pas plus loin, mais elle fut suffisante pour que M. Pourquier revînt sur sa première affirmation et il déclara, à la même société, que de nouvelles expériences étaient nécessaires et il demanda la nomination d'une commission.

III

Expériences qui démontrent l'identité de la vaccine et de la variole. — Dès 1839, Thiele (1) inocula la variole à des bovidés, il se forma des pustules claires, dont le contenu servit à vacciner, avec succès, des enfants. Mais la réaction locale qui s'ensuivit fut plus intense à la première génération qu'à la dixième. Il se décida alors à n'employer que du vaccin à la dixième génération. Il n'observa, dès lors, plus d'accidents. Voici quelques-unes des conclusions de Thiele à la suite de ses expériences :

1° Ce qu'on appelle le vaccin cow-pox n'est pas une maladie spéciale à la vache, mais une affection qui lui est communiquée par le transfert de la variole humaine, et c'est l'homme et non la vache, qui est la source de la vaccine.

2° La maladie, ainsi obtenue, se transmet de la vache à l'homme, et communique à ce dernier une maladie identique mais à forme légère, qui le met à l'abri de la variole.

3° On peut aussi produire un vaccin préservatif de la variole.

4° Le variolo-vaccin, ainsi produit, possède toutes les qualités de la vaccine.

Après les remarquables recherches de Thiele vinrent celles de Reiter (de Munich), en 1839 ; de Ceely (d'Aylesbourg), dans la même année ; de Vy (d'Elbeuf) ; de Seufft (de Wiesbaden) ; de Voigt (de Hambourg) et enfin, celles plus récentes, de Fischer (de Carlsruhe), d'Eternod et Haccius (de Genève) et de Hime (de Bradford).

Reiter qui avait inoculé, à plusieurs reprises, un certain nombre de vaches, vit toutes ses inoculations suivies d'insuccès. Néanmoins, il ne se découragea pas, et le 4 octobre 1839, il eut la satisfaction de voir une de ses inoculations lui donner un résultat positif. Le 10 octobre, avec le pus produit par cette inoculation, il vaccina un enfant qui présenta, le 20 octobre, en plus de deux pustules vaccinales, une éruption discrète, quinze boutons, au plus, sur la surface du corps. Nous ferons remarquer, avec Haccius, que cette inoculation avait été pratiquée à la première génération.

Ceely inocula, le 1er février 1839, trois génisses avec du pus variolique desséché sur des pointes. Dix jours après l'inoculation, il se développa, sur un des points d'inoculation, une pustule dont le contenu, inoculé à des enfants, donna des pustules vaccinales.

Cette expérience a été vivement critiquée par M. Chauveau, dans un article sur l'*Autonomie de la vaccine* (1), tout en reconnaissant que les pustules observées par Ceely étaient des pustules vaccinales, il les attribue, non pas au virus variolique, mais à ce que la lancette avait dû servir antérieurement à des vaccinations avec du vaccin animal, et qu'il en était resté sur l'instrument : « Une lancette mal essuyée, dit M. Chauveau, telle serait, en définitive, l'origine du fait principal qui a servi d'arguments aux partisans de la transformation de la variole en vaccine, par l'organisme du bœuf. »

Ce qui n'empêche, néanmoins, que Ceely vaccina avec succès, et sans le moindre accident, 2000 individus avec ce variolo-vaccin.

En 1871, Seufft inocula, avec succès, du pus variolique à des veaux qui se montrèrent plus tard réfractaires au vaccin animal.

Dix ans après, Voigt entreprit, à l'établissement vaccinal d'Hambourg, les mêmes expériences. Voici résumée la note qu'il a remise à ce sujet à Haccius : « Dans le courant des mois d'avril et mai 1881, après avoir inoculé à trois veaux de la lymphe encore hyaline, qui venait d'être prise dans des pustules de varioleux, j'obtins sur deux de ces animaux, des éruptions semblables à celles qui ont été observées et décrites par M. Chauveau, c'est-à-dire des papules rougeâtres, apparaissant sur le point d'inoculation. Les effets furent différents sur le troisième veau, inoculé par

(1) Thiele. Die Menschen und Kuppocken zur vaccine, *Zeits. f. Staatsarzneikunde*, 1839.

(1) Chauveau. *Ann. de dermatol.*, 1870, t. II.

cinq insertions sur le côté gauche du périnée. Sur quatre de ces insertions apparurent des papules avortées, mais sur la cinquième je constatai, le cinquième jour, une pustule vaccinale blanche, qui se montra parfaitement ombiliquée, six fois vingt-quatre heures après l'inoculation.

« Cette pustule a été le point de départ de ma souche hambourgeoise qui existe encore aujourd'hui après onze années (1882) de cultures successives de veau à veau et qui toujours évolue comme une bonne vaccine, tant sur l'animal que sur l'homme. »

Le docteur Fischer (de Carlsruhe), après avoir recueilli, par le raclage, du virus variolique avant la période de suppuration, inocula, dès 1886, ce virus par scarifications, à des génisses âgées de quatre à six semaines. Sur la plupart des points d'inoculation, il vit apparaître de vraies pustules ombiliquées. Ce variolo-vaccin fut ensuite inoculé à un grand nombre de génisses; chez toutes il obtint de belles pustules vaccinales. A la douzième génération, il inocula quelques enfants et chez tous il observa des vésicules vaccinales avec tous leurs caractères.

Sa deuxième série d'expériences remonte à 1890 où, cette fois, dès la troisième génération, il vaccina son propre petit-fils.

A la suite de ces expériences, qui eurent un grand retentissement en Allemagne, Frænkel écrivait (1) :

« On sait que l'importante question des rapports entre la matière infectieuse de la variole (variola vera) et le virus qui s'obtient de l'espèce bovine (vaccin) n'est pas encore définitivement résolue. Les beaux travaux de Fischer et de Eternod et Haccius, contribuent maintenant puissamment à la solution de ce point contesté. Il faudra donner raison à Fischer, s'il croit avoir fourni la preuve que la variole peut être transmise à la vache et y devenir vaccine. »

Dans son travail paru dans la *Semaine médicale*, Fischer conclut de ses recherches que :

« 1° Sur l'animal, mes inoculations de variole ont donné aux deux fois des vésicules bien formées et ombiliquées, c'est-à-dire des pustules typiques et non des nodules, papules (Chauveau), telles qu'on ne les rencontre que dans la vaccine;

2° Depuis lors, la souche ne s'est pas éteinte sur la génisse, mais la propagation a été également typique et localisée;

3° Sur l'homme, ma lymphe variolo-vaccinale, après avoir été cultivée par le passage à travers au moins trois générations de génisses, a donné lieu également à une vaccine bénigne localisée, avec pustules caractéristiques ombiliquées.

Elle a été inoculée depuis, avec succès, à plusieurs milliers de personnes et n'a jamais provoqué d'éruptions générales ni de phénomènes rappelant son origine variolique.

Mes expériences démontrent donc d'une manière péremptoire que la variole humaine, par son inoculation à l'espèce bovine, se transforme en vaccine, et que les deux virus sont, par conséquent, identiques. »

Le 16 mai 1892, Hime (de Bradford), après avoir recueilli de la lymphe variolique chez une femme ayant une éruption semi-confluente, inocula avec succès plusieurs veaux et obtint ainsi de l'excellent vaccin variolique, qui lui a servi à vacciner, avec résultats positifs, plusieurs enfants sans qu'il eût à déplorer le moindre accident.

(1) Frænkel. *Hyg. Rundschau*, 1891, n° 4, p. 192; emprunté à l'article de Fischer, *Semaine méd.*, 28 sept. 1892.

De son côté, Ch. Haccius ne restait pas inactif, et, dès 1890, il reprenait une nouvelle série d'expériences, dont il a communiqué *in extenso* le résultat dans son livre la *Variolo-vaccine* (1). Ses expériences se divisent en trois parties : il a d'abord procédé à la variolation du veau avec de la lymphe variolique provenant d'un enfant atteint de variole. Avec le produit des pustules obtenues, il inocula vingt et un autres veaux avec résultats positifs. La deuxième partie de l'expérience porte sur la vaccination de quatre enfants avec du variolo-vaccin à la septième génération ; enfin, la troisième partie porte sur l'inoculation simultanée du cow-pox et du variolo-vaccin à la troisième génération à des vaches. Toutes ces expériences, qu'il serait trop long de rapporter ici, ont été couronnées de succès. Voici les conclusions auxquelles arrive Ch. Haccius, en se basant sur ses recherches et sur celles de Thiele, Ceely, etc. :

« La variole humaine est non seulement inoculable à la race bovine, mais *grâce à un procédé opératoire bien entendu*, on peut obtenir, après quelques générations, sur le veau, des pustules localisées au point d'inoculation qui présentent tous les caractères de l'éruption vaccinale (cow-pox), et évoluent absolument comme elle.

Les pustules varioliques, ainsi obtenues, sont devenues variolo-vacciniques, c'est-à-dire qu'elles ont perdu les caractères dangereux de la variole après un certain nombre de passage à travers l'organisme des bovidés.

Inoculé à l'homme, le virus variolique suffisamment atténué (virus variolo-vaccinique) se comporte exactement comme le cow-pox et ne rappelle en rien la variole. »

Voilà un nombre suffisant et respectable d'expériences faites toutes par des hommes d'une valeur incontestable, des observateurs conciencieux, habitués à ce travail tout spécial de laboratoire. Ces travaux nous paraissent vouloir infirmer ceux de l'École lyonnaise, et M. Chauveau aurait mauvaise grâce de ne pas accorder la sanction de sa haute expérience à des faits aussi probants, aussi positifs que ceux que nous venons d'étudier et auxquels nous nous permettons d'ajouter le résultat de notre expérience personnelle.

Nous avons procédé, à la Maternité et à la Clinique obstétricale de Marseille (2), à des vaccinations humaines à l'aide du virus variolo-vaccinique. Nous n'avons pas pu entreprendre de recherches sur les animaux (3), ne disposant pas d'un outillage et de crédits suffisants.

Nous avons inoculé avec du variolo-vaccin, à la septième génération (4), 110 enfants et 80 femmes. On comprendra facilement que nous ne puissions pas reproduire ici ces observations, ce serait sortir du cadre d'une Revue de ce genre. Dans toutes nos vaccinations, l'état général *est demeuré excellent*. Nous n'avons eu à déplorer *aucun accident local*. Jamais nous n'avons observé de *vaccine généralisée*.

A l'exemple de Haccius, nous avons inoculé, à une vingtaine de sujets, du vaccin animal (provenant de l'Académie et du variolo-vaccin de Carlsruhe). Deux piqûres de chaque vaccin sur chacun des bras. L'évolution des deux vaccins

(1) Haccius. *Variolo-vaccine. Contribution à l'étude des rapports qui existent entre la variole et la vaccine. Réponse à M. Chauveau*, Paris, 1892.

(2) Service de notre maître, M. le professeur Queirel.

(3) Nous essayons depuis quelque temps de nous servir du lapin pour ces recherches. Cet animal reçoit très bien la variole. Nous ferons connaître plus tard le résultat de ces inoculations.

(4) Le variolo-vaccin qui a servi à nos vaccinations nous a été gracieusement fourni par le docteur Fischer, directeur de l'Institut vaccinal de Carlsruhe, auquel nous ne saurions trop adresser nos remerciments.

s'est faite simultanément, la chute des croûtes a eu lieu presque à la même époque sur les deux vaccins. Chaque fois qu'un sujet avait été vacciné avec du variolo-vaccin seul, il *s'est toujours montré réfractaire du vaccin animal et cela pour quelques cas que nous avons pu suivre, quatre mois après l'inoculation variolo-vaccinique.*

Fischer, qui a vacciné plusieurs milliers de personnes avec ce même variolo-vaccin, n'a jamais eu non plus l'occasion d'observer un seul accident.

IV

Inoculation et récolte du vaccin (1). — « L'ensemencement se fait de la manière suivante : le virus variolique plus ou moins limpide, souvent purulent, suivant sa provenance, a été recueilli dans des tubes capillaires.

Ces tubes sont brisés avec une pince flambée et à l'aide d'un souffleur, le contenu en est expulsé directement, soit sur la place scarifiée ou dénudée, soit sur l'instrument servant à l'inoculation.

Ensuite, avec une spatule en corne, préalablement stérilisée, le virus est fortement appliqué par frottement sur toute l'étendue de la place opérée, de manière à le faire bien pénétrer dans le tissu cellulaire.

On laisse sécher avant de descendre l'animal de la table d'opération. Le veau est conduit ensuite dans une stalle préparée pour lui, et dans laquelle on l'attache, de façon à ce qu'il ne puisse d'aucune manière frotter ou lécher la partie inoculée.

Il importe de veiller à ce que l'animal demeure en bonne santé pendant la durée de l'expérimentation, et surtout qu'il ne soit pas affecté d'un dérangement gastro-intestinal. Le résultat final pourrait, en effet, être compromis dans une certaine mesure, suivant l'état de santé du sujet.

Les jours qui suivent l'inoculation, l'animal est observé de près; on prend souvent la température dans l'étable. Dès le quatrième jour, l'animal est journellement examiné avec soin sur la table d'opération.

A Lancy la récolte se fait en partie avec la pince et en partie avec la cuiller chirurgicale, après lavage de la région inoculée à l'eau bouillie. Dans le premier cas, on enlève la croûte et l'on ne prend que le contenu de la pustule, la matière pulpeuse et la lymphe, en raclant avec une spatule de métal. Dans le second cas, la croûte est récoltée conjointement avec les deux produits internes; la matière recueillie est soigneusement triturée dans un mortier, pour être convertie en une pulpe liquide fine et bien émulsionnée, à l'aide de glycérine très pure. »

Le manuel opératoire que nous venons d'indiquer est celui qui, à notre avis, doit être suivi par tous les expérimentateurs qui voudront entreprendre les mêmes recherches.

MM. Pourquier et Ducamp (2), afin de se mettre à l'abri de toutes critiques, se proposent de les faire dans les conditions suivantes :

« 1° Le virus variolique devra être recueilli à l'état de pureté parfaite et exempt de tout élément étranger; il sera mélangé avec la glycérine;

2° L'inoculation se fera loin de tout établissement vaccinal, sans employer les tables et les instruments de l'Institut vaccinal;

3° Les séries d'inoculations seront variées : chez certains animaux le derme servira de porte d'entrée; mais nous nous proposons surtout d'essayer la voie stomacale ou la voie respiratoire;

4° Quand il s'agira de la voie dermique, nous inoculerons sur les parties latérales inférieures de la poitrine et de l'abdomen;

5° Les animaux choisis pour l'expérience seront d'âges différents, mais ils devront présenter l'aspect général de bons vaccinifères;

6° Avant, pendant et aussi après l'inoculation — nous insistons sur ce dernier point — nous éviterons toute chance d'inoculation accidentelle, en plaçant l'animal dans une étable éloignée de tout établissement vaccinal, et dont la température sera de 15 à 20 degrés. Cet animal ne sera jamais soigné par un palefrenier de l'Institut vaccinal. La surface inoculée, soumise à l'asepsie avant et après l'opération, le sera également après. »

Bactériologie de la variole et de la vaccine. — Si l'on ne comptait que sur la bactériologie pour trancher la question de l'identité de la variole et de la vaccine, il est probable que l'on attendrait longtemps la solution. En effet, jusqu'à ce jour, les recherches bactériologiques les plus récentes, les plus complètes, n'ont pu arriver à l'identification des deux virus. Voyons, en l'état actuel de la science, quels sont les caractères de ressemblances microscopiques du variolo-vaccin et du vaccin animal.

Dans la variole comme dans la vaccine, c'est le corps muqueux de Malpighi qui est le siège des micro-organismes. On les trouve en plus ou moins grande quantité, dans de petites cavités alvéolaires constituées par des cellules épithéliales en voie de dégénération.

Ces micro-organismes diffèrent selon les auteurs : MM. Cornil et Babès ont trouvé dans les pustules de la variole les *staphylococci du pus*; Garré deux *bacilles courts*, qui ne seraient pas pathogènes, et un *micrococcus* qui, au dire de cet auteur, serait l'agent infectieux de la variole. Ce coccus, inoculé à des veaux et à l'homme, produisit des pustules qui ne donnèrent pas l'immunité.

MM. Babès et Pfeiffer ont observé, dans la sérosité des pustules varioliques, des micro-organismes capsulés. Marotte, en 1889, a trouvé, dans le pus variolique, le *micrococcus tetragone*, qu'il aurait inoculé, avec succès, à des veaux.

Nous ne sommes guère plus fixés à l'égard des bactéries de la vaccine. Dès 1868, M. Chauveau, puis Burdon-Sanderson avaient reconnu l'existence de petits corps granuleux dans la sérosité et les petits flocons des tubes vaccinaux. Keber pensait que ces petits corps granuleux étaient l'agent de la vaccine. Straus, Saint-Yves Ménard et Chambon, dans leur communication à la Société de biologie, ont démontré que le vaccin que l'on filtrait au filtre de plâtre, perdait ses propriétés vaccinales même à une dose de 2 centimètres cubes.

Nous dirons cependant, avec MM. Cornil et Babès, que l'on doit admettre entre la vaccine et la variole une grande analogie histologique et bactériologique.

Les expériences faites sur les animaux, que nous rapportons ici, peuvent-elles permettre de dire, comme le voulait Bousquet : « Oui, j'ai inoculé la variole à la vache, et la vache m'a rendu la vaccine! »

Il est certain que les premiers expérimentateurs, Ceely, Thiele, ignorants des pratiques de l'antisepsie, ont dû commettre des fautes graves, dont les adversaires de l'unicité

(1) Ce paragraphe est emprunté en entier au travail de M. Ch. Haccius, qui a bien voulu nous autoriser à le reproduire.

(2) Pourquier et Ducamp. *Semaine méd.*, 1893, n° 60.

des deux virus peuvent se servir pour la combattre en disant que rien ne permet de croire que les pustules varioliques faites chez l'animal n'aient pas été souillées par du vaccin. Mais les expériences faites plus près de nous par Hime, Fischer, Haccius, sans être irréprochables, nous paraissent à l'abri des critiques formulées par MM. Ducamp et Pourquier (loc. cit.) : *Beaucoup d'asepsie avant et pendant l'inoculation, rien après.*

Que l'on relise les articles de Fischer, le livre d'Haccius, et l'on pourra se convaincre du luxe de précautions pris par ces expérimentateurs pour qu'aucune faute ne soit commise pendant les périodes d'inoculation, d'observation et de récolte du virus variolique.

Néanmoins, de nouvelles expériences sont nécessaires, utiles même, car l'on ne peut pas prétendre de trouver d'un coup la solution définitive d'une aussi grave question.

Conclusions. — 1° Il semble résulter des expériences faites parThiele, Ceely, celles plus récentes de Fischer, de Voigt et de Ch. Haccius, et des faits cliniques et expérimentaux qui nous sont personnels, qu'il paraît y avoir identité entre le virus vaccin et le virus variolique.

2° Transmis à l'espèce humaine, le virus variolique atténué évolue exactement comme le vaccin animal. Il confère la même immunité contre la variole.

3° Le variolo-vaccin est *exempt de dangers* et doit être employé en cas d'épidémie à défaut d'autre vaccin.

4° Nous sommes enclins, en outre, à partager l'opinion d'après laquelle la variole humaine est inoculable à la race bovine.

5° Les pustules d'origine variolique ainsi obtenues deviennent, après un certain nombre de générations, *variolo-vacciniques*. Elles ont perdu tout caractère de malignité.

6° Ainsi atténué, le variolo-vaccin ne se généraliserait jamais et se comporterait comme le vaccin animal (cow-pox).

TRANSMISSION HÉRÉDITAIRE DE L'IMMUNITÉ VACCINALE (1).

V

Une première étude sur la variole dans la grossesse (2) a servi de point de départ aux expériences que nous avons entreprises pour étudier le passage de l'immunité vaccinale maternelle au fœtus. Frappé de ce fait que les enfants, nés sains de mères varioleuses, étaient inaptes à contracter la vaccine, nous nous sommes demandé s'il ne devrait pas en être de même pour la vaccine pratiquée dans le cours de la grossesse. Notre attention étant vivement sollicitée par cette idée, et nous étant aperçu que ce sentier avait été peu exploré et que les quelques recherches entreprises par Burkardt (de Bâle), Behin, Böllinger, Rickett et Roloff avaient été couronnées de succès, nous nous sommes décidé à entreprendre ces expériences qui, osons-nous l'espérer, contribueront à éclairer d'un jour nouveau ce point de pathologie expérimentale qui est, à notre avis, plein d'enseignement pratique.

Qu'est-ce que l'immunité vaccinale? Avec MM. Bouchard et Hervieux, nous définirons ainsi un *état particulier de l'organisme qui s'oppose à l'évolution du virus vaccin.* Or, l'on sait, depuis les travaux de M. Pasteur, que tout virus est un microbe.

(1) Ce travail a été fait à la Maternité de Marseille, dans le service, libéralement ouvert, de notre maître M. le professeur Queirel, membre correspondant de l'Académie de médecine.

(2) P.-A. Lop. Mém. à l'Acad. de méd., 1892.

Il existe deux espèces d'immunité vaccinale, l'*immunité naturelle* et l'*immunité acquise* (Hervieux). Nous ne nous occuperons ici que de la première qui, au dire de M. Hervieux (1), n'existe que dans l'espèce humaine. Elle est aussi niée par un certain nombre de savants.

M. Hervieux est, d'ailleurs, très affirmatif à ce sujet, non seulement dans son mémoire à l'Académie, mais encore dans une lettre qu'il nous a fait le grand honneur de nous adresser. Il rejette l'immunité congénitale. « Les parents ne transmettent pas l'immunité vaccinale au produit de la conception, et ce qui le démontre, ce n'est pas seulement la possibilité de la variole dans le sein maternel, c'est encore la réceptivité complète de l'enfant aussitôt après la naissance. » Et cependant cette immunité existe, il n'y a pas à en douter et malgré le profond respect, que nous professons à l'égard du maître qui a écrit ces lignes, malgré notre faible expérience, nous n'hésitons pas à affirmer l'existence de cette immunité.

Oui, la vaccination et la variole de la mère transmettent au produit de la conception l'immunité vaccinale. Durant tout son séjour dans le sein de sa mère, l'enfant fait partie intégrante de l'organisme maternel au même titre que les autres organes. A-t-on jamais songé à dire qu'il n'y avait d'immunisé chez une femme vaccinée que tel ou tel organe?

Est-ce que les connexions vasculaires profondes et intimes qui lient la mère au fœtus ne sont pas suffisantes pour faire accepter cette immunité?

M. Hervieux (2) signale « l'inhabileté ou la mauvaise qualité du vaccin, des lancettes émoussées ou mal repassées, etc., toutes circonstances qui peuvent restreindre considérablement le chiffre des enfants déclarés réfractaires ».

Évidemment ces objections sont fort justes et nous nous y rallions pleinement, mais cependant pas pour nos observations. Loin de nous la prétention d'avoir été impeccable; notre vaccin, soit celui de l'Académie, soit le variolo-vaccin de Carlsruhe, était employé aussitôt sa réception; après chaque séance de vaccination, la lancette était repassée par le fournisseur d'instruments de l'hôpital. Quant aux vaccinations des nouveau-nés, elles étaient faites tantôt par nous, tantôt par l'élève sage-femme à ce préposée, M[lle] Sicard, à l'habileté de laquelle nous avons cru pouvoir nous fier.

M. Hervieux nous objecte, en outre, que nos enfants ne sont jamais vaccinés qu'une fois; ce n'est pas la règle. Ils l'étaient au moins deux fois quand les exigences du service le permettaient.

Dire que l'immunité vaccinale congénitale est la règle, telle n'est pas notre prétention, faute de documents suffisants; mais dire avec M. Hervieux qu'elle est l'exception, cela non, les chiffres que nous apportons sont là pour prouver le contraire.

VI

Comment explique-t-on l'immunité congénitale? M. Chauveau, s'appuyant sur les recherches de Brauell-Davaine, qui prétendaient que le placenta ne laissait pas passer les

(1) Hervieux. *Bull. de l'Acad. de méd.*, séances des 28 mars, 4 avril et 12 mai 1893.

(2) Acad. de méd., séance du 18 juillet 1893, analyse de notre communication sur l'immunité. — Dans cette séance, M. Hervieux nous paraît accepter en partie notre théorie sur l'immunité congénitale.

micro-organismes, admet une sorte d'imprégnation du fœtus par l'élément vaccinal emprunté à la mère, avant la multiplication des bacilles, qui se fait toujours d'une façon tardive.

L'on sait, depuis les remarquables recherches de MM. Straus et Chambrelent, que le placenta ne constitue pas un filtre parfait, une barrière infranchissable, et qu'il laisse parfaitement filtrer les éléments figurés. Cette découverte, que sont venus confirmer les travaux de M. Landouzy, de Birsch-Hirschfeld et de Malvoz, a renversé complètement la conception de Brauell-Davaine.

M. le professeur Bouchard, dans une conférence faite au Congrès international de Berlin (août 1890), explique l'immunité par la phagocytose qu'il considère « comme la condition essentielle qui rend l'organisme réfractaire à l'action du vaccin ». Si donc l'on admet, avec nous, que le fœtus fait partie *intégrante* de l'organisme maternel durant tout son séjour, on voudra bien admettre, avec nous aussi, qu'il doit, comme sa mère, être soumis à cette même action phagocytique.

D'après Erlich (1), l'immunité des descendants peut se transmettre de trois manières : 1° par hérédité dans le sens autogénique du mot, c'est-à-dire la transmission par le plasma germinatif; 2° par la transmission au fœtus de l'antitoxine maternelle : dans cette seconde hypothèse, l'on est en présence d'une immunité passive du fœtus qui reçoit, toute préparée de la mère, l'antitoxine qui lui confère l'immunité; 3° par l'action directe, intra-utérine, de l'agent immunisant, sur les tissus et les humeurs du fœtus; dans ce cas, l'immunité est active, les tissus du fœtus, sollicités par la substance immunisante, élaborent eux-mêmes le sérum antitoxique. C'est à cette dernière manière de voir que nous nous rangeons volontiers pour expliquer l'immunité vaccinale congénitale.

MM. Charrin et Gley (2) ont étudié la transmission héréditaire de l'immunité à l'aide du bacille pyo-cyanique ou de ses produits solubles.

Voici la conclusion de leurs expériences :

« Quand le père et la mère (3) sont vaccinés, les petits peuvent l'être, mais non toujours, il s'en faut. Lorsqu'ils le sont, leur état réfractaire est imparfait ordinairement; si le père seul est vacciné (dans un cas unique), il n'y a pas de transmission héréditaire de cette vaccination.

Si c'est la mère, il paraît y avoir *un peu plus de chance*, en faveur de ce passage. »

Toutefois, nous ajoute M. Charrin dans la lettre qu'il a eu l'obligeance de nous adresser, de nouvelles expériences sont nécessaires.

M. Arloing (4) s'exprime en ces termes sur la transmission héréditaire maternelle de l'immunité : « Si le fœtus reçoit dans le sein de sa mère les agents de la virulence, n'est-il pas naturel, qu'après sa naissance, le jeune sujet possède l'immunité comme la mère, car, entre lui et sa mère, au point de vue pathogénique, il n'existe pas d'autre différence que, chez le premier, la maladie virulente s'est déroulée mystérieusement à l'abri de nos regards, tandis que, chez la seconde, elle a évolué au grand jour, sous les yeux de l'observateur.

(1) Erlich. *Zeits. Hyg. in infections Krankheiten*, Bd. XII, p. 183-203.

(2) Charrin et Gley. *Arch. de physiol.*, 1893, t. I, p. 14.

(3) Lettre personnelle.

(4) Arloing. *Les virus*, p. 282-283.

Mais le plus souvent, le fœtus est comme une greffe qui emprunte simplement à la mère des matériaux amorphes et diffusibles à travers les parois intactes des vaisseaux placentaires; mélangées à ces matériaux amorphes, passent les sécrétions microbiennes vaccinantes, de sorte que, peu à peu, les humeurs du fœtus sont profondément modifiées comme celles de la mère. Par conséquent, les éléments acquièrent presque simultanément, chez les deux sujets, des propriétés dynamiques nouvelles, les constituant à l'état de vaccinés. »

On ne peut pas être plus précis, ces lignes plaident éloquemment en faveur de la thèse que nous soutenons ici.

Déjà M. Chauveau (1), analysant dans un remarquable discours l'intéressante question de l'immunité, plaçait dans la bouche d'une femme les paroles suivantes : « Tu partages mon sang et ma vie, peut-elle dire à l'enfant qu'elle porte dans son sein. Je te donne ma vigueur et ma beauté, les qualités qui ornent mon cœur et mon intelligence; tu as de plus à attendre de moi la santé si ton père veut bien respecter la mienne. Des maladies qui s'abattront sur moi, tu tireras parfois un principe de résistance aux effets de la contagion à laquelle tu seras exposé plus tard, quand tu jouiras de la vie propre. Pour t'assurer cette préservation, je pourrai même courir au-devant du mal et rechercher volontairement l'inoculation infectieuse qui te procurera par mon intermédiaire le précieux bénéfice de cette immunité. »

Que nous resterait-il à dire après ces magnifiques paroles? Rien ou pas grand'chose. Cependant, avant de terminer, nous allons faire connaître les recherches entreprises pour démontrer la transmission de l'immunité dans les différentes maladies infectieuses.

Ackermann et Roloff, en inoculant la clavelée à la mère à la fin de la grossesse, ont observé l'immunité congénitale.

Kitasato a établi pour le charbon bactérien que les sujets, nés de mères vaccinées, sont souvent doués de résistance.

M. Chauveau a fait la même démonstration sur les brebis algériennes. En inoculant de ces femelles, il constata que les petits agneaux qui en naissaient ne réagissaient pas à l'inoculation de la bactéridie charbonneuse.

Nous avons fait connaître plus haut le résultat des expériences de MM. Charrin et Gley, nous n'y reviendrons pas.

Tizzoni et Catani (2), dans une première série de recherches sur l'immunité héréditaire du tétanos, ont inoculé à deux lapines, tous les vingt à trente jours, de 2 à 3 centimètres cubes de cultures du microbe de Nicolaïer dans de la gélatine. Ces lapines mirent bas chacune deux petits, le 21 février; un de ces petits fut inoculé le 2 avril avec 1/10 de goutte de la même culture, un autre 1/5 de goutte, le troisième 1/2 goutte, le dernier seul eut du tétanos localisé et tout à fait passager.

Cette même expérience a été répétée sur des rats nés de mères vaccinées, qui supportèrent, sans inconvénient, une injection qui tuait des souris en moins de vingt-quatre heures.

Pour ces bactériologistes, les animaux femelles transmettent à leur fœtus une immunité qui n'est pas comparable à la leur, mais qui existe réellement.

D'après Erlich, le choix du mâle fécondant est indifférent. Les petits animaux, mis en expériences trois semaines après leur naissance et provenant de mères vaccinées, ont

(1) Chauveau. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Alger 1891.

(2) Tizzoni et Catani. *Deuts. med. Wochens.*, 1892, n° 18, p. 394.

constamment montré une résistance plus grande que celle des animaux témoins à l'injection sous-cutanée de ricine, d'alrine et de la robine. Cette immunité disparaît totalement vers le troisième mois.

Tizzoni et Catani (1), dans un travail récent, sont revenus sur la transmission héréditaire de l'immunité, qu'ils ont étudiée plus spécialement pour la rage. Tout en démontrant le rôle prépondérant du père dans la transmission de cette immunité, ils n'accordent pas moins à la mère une influence assez notable.

VII

Quelle est la durée de cette immunité ainsi transmise ? N'ayant jamais pu suivre nos nouveau-nés au delà de quinze jours, nous sommes réduit à faire de simples hypothèses. Nous pensons cependant que cette immunité s'use très rapidement et qu'elle ne doit pas aller au delà de quatre à six mois. On est donc en présence d'une immunité transitoire résultant du passage au fœtus de l'antitoxine maternelle.

L'immunité disparaît au fur et à mesure que la substance antitoxique est détruite. L'on a cependant cité des exemples où cette immunité s'est prolongée pendant seize mois. M. Charpentier a rapporté dans une séance de l'Académie l'observation d'un enfant né de mère varioleuse qui résista dix-huit mois à l'inoculation vaccinale.

VIII

Avant de faire connaître le résultat de nos expériences, nous allons, au préalable, passer en revue les recherches des observateurs qui nous ont précédé dans cette voie. Chemin faisant, nous signalerons les critiques dont ils ont été l'objet.

Burckardt (2) a étudié cette question à la Maternité de Bâle, dans le service Bishoff. Après avoir revacciné 28 femmes à la fin de leur grossesse, il constata chez 8 de ces femmes :

1° Que les enfants des 4 femmes qui avaient été revaccinées avec succès à la fin de leur grossesse, furent réfractaires à la vaccine au moment de leur naissance;

2° Des 2 femmes qui avaient été revaccinées sans succès, l'un des deux enfants se montra réfractaire au vaccin, l'autre non;

3° Des 2 autres femmes qui avaient été revaccinées avec un succès incertain, l'un des enfants fut réfractaire, chez l'autre la vaccination réussit.

D'après Böllinger (de Munich), Underhill avait déjà trouvé rebelle à la vaccine un enfant de quatre mois, dont la mère avait été vaccinée au huitième mois de la grossesse.

Rickett et Roloff ont inoculé 700 brebis avec du pus de variole ovine pendant les dernières semaines de la gestation; les petits furent vaccinés de quatre à six semaines après leur naissance, avec de la lymphe vaccinale. La vaccine échoua *chez tous*, tandis qu'elle réussit chez 36 agneaux dont les mères n'avaient pas été vaccinées.

Behem a pratiqué la revaccination avec succès chez 33 femmes enceintes; 25 enfants furent vaccinés avec succès; 8 se montrèrent réfractaires.

Kornelius Kollack (de Cherow) a lu, en 1889, une note à « the Amer. Gynecological Society » sur l'influence que peut exercer, sur la réceptivité vaccinale du fœtus, la vaccination durant la grossesse.

Depuis 1883, cet auteur a vacciné 36 femmes enceintes, dont 14 primipares et 22 multipares. La vaccine du fœtus a échoué dans 5 cas chez les primipares et dans 16 cas chez les multipares. Pour ce médecin, l'époque la plus favorable pour pratiquer la revaccination qui conférera l'immunité au fœtus est l'époque la plus avancée du terme de la grossesse, moment où la circulation utéro-placentaire est la plus active.

Comme l'on peut en juger, les expériences entreprises jusqu'à ce jour sont, exception faite pour Behem, on ne peut plus favorables à la thèse que nous défendons.

Voyons maintenant ce que disent à ce sujet MM. Thierry, Sawyer et Wolf qui se sont occupés de la gestation.

M. Thierry, à propos d'une communication faite à la Société de médecine de Rouen, par M. Pennetier, sur la variole congénitale, dit que la variole est excessivement rare chez le fœtus de six mois; il ajoute de plus que la variole maternelle ne peut influencer l'aptitude qu'aura l'enfant à contracter cette maladie qu'à une condition, c'est que la mère doit avoir la variole avant le septième mois. Après le huitième mois, l'affection variolique de la mère ne diminue en rien l'aptitude du fœtus à contracter à son tour la maladie et, par suite, à être apte à la vaccine. C'est là, à notre avis, une interprétation fausse; plus la femme aura été atteinte par la variole ou vaccinée près du terme de la grossesse, moins l'enfant aura de chances à avoir, soit la variole, soit la vaccine avec succès.

Le docteur Sawyer, qui a été pendant dix ans chargé du service du *Chicago Health Board*, n'admet pas non plus l'immunité naturelle. Durant les dix années passées à cet hôpital, il a vacciné environ 15 000 enfants. Beaucoup de ces enfants vaccinés avec succès étaient nés de mères ayant eu la variole ou ayant été vaccinées pendant la grossesse.

Le professeur Max Wolf (de Berlin) a vacciné 17 femmes enceintes entre le soixante-sixième et le soixante-dix-huitième jour avant l'accouchement. Il n'eut aucun enfant réfractaire à la vaccine.

En dehors des faits avancés par M. Hervieux et que seule sa grande expérience lui permet d'affirmer, on admettra avec nous que les objections de M. Thierry, Sawyer et Wolf ne sont pas suffisantes, à elles seules, pour détruire l'existence de la transmission héréditaire de l'immunité vaccinale.

Pour notre compte, nous avons vacciné 82 FEMMES et 73 ENFANTS. Dans ce nombre de femmes, nous relevons 40 primipares et 42 multipares. L'âge moyen de la grossesse, auquel nous avons pratiqué les vaccinations, a oscillé entre la trente-quatrième et la trente-sixième semaine, cette époque nous ayant paru la plus favorable à la transmission héréditaire de l'immunité, moment où les échanges utéro-placentaires, comme nous l'avons déjà dit, atteignent leur maximum d'intensité.

Parmi ces 82 femmes vaccinées, nous voyons que 70 ONT ÉTÉ VACCINÉES avec succès et 12 SANS SUCCÈS. Chez les 70 où la vaccine a pris, 55 FOIS LA VACCINE, *répétée au moins deux fois, a* CONSTAMMENT ÉCHOUÉ CHEZ LES ENFANTS; 15 fois la vaccine a réussi chez la mère et chez l'enfant. Les 12 autres femmes ont quitté la Maternité avant leur délivrance ou bien ont donné naissance à des enfants mort-nés.

Ajoutons à ces 55 enfants immunisés par la vaccine ma-

(1) TIZZONI et CATANI. *Centralbl. f. Bakt. und Parasitenkunde* (Hérédité de l'immunité contre la rage), janv. 1893, n° 3.

(2) BURKARDT. *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, 1880.

ternelle 17 *autres observations d'immunisation post-variolique* : 10 de ces observations nous sont personnelles, les 7 autres appartiennent à M. Desnos, Osborn, M. Pennetier, Luther, Van Swieten, MM. Chambrelent et Charpentier. Dans toutes ces observations, les enfants ont été vaccinés *deux et trois fois*, à intervalles assez éloignés l'un de l'autre.

Conclusions. — Les expériences et les observations que nous rapportons nous permettent d'affirmer l'existence, possible, de la transmission héréditaire de l'immunité vaccinale.

Sans vouloir prétendre que cette transmission soit la règle, la loi, dans tous les cas sans exception, nous pouvons dire que la mère transmet à son enfant l'immunité qu'elle acquiert elle-même, par la vaccine, dans une proportion de 70 p. 100.

DE LA NÉPHROLITHOTOMIE

ET DE L'HÉMOSTASE PRÉVENTIVE DANS LES OPÉRATIONS SUR LE REIN (1)

Par M. TUFFIER, chirurgien des hôpitaux.

I

L'opération qui consiste à enlever les calculs contenus dans un rein *aseptique*, prend le nom de néphrolithotomie. Elle doit être distinguée de la néphrotomie ou simple incision du rein. Cette distinction est justifiée par ce fait que la néphrolithotomie constitue une opération réglée, typique, dont tous les temps peuvent être prévus et décrits, et dont les dangers et les complications peuvent être évités, parce qu'ils sont connus d'avance ; alors que la néphrotomie, appliquée à un rein suppuré, est une intervention variable, pour ainsi dire avec chaque cas, suivant le siège, le volume, les lésions de l'organe.

J'ai étudié la néphrolithotomie au point de vue expérimental, j'ai eu l'occasion d'appliquer, dans six opérations, les principes que l'expérimentation m'avait permis d'établir, et j'ai reconnu qu'ils s'appliquaient de tout point à la chirurgie. Ils ont d'ailleurs été adoptés généralement. C'est ainsi que l'incision sur le bord convexe du rein, l'hémostase préventive, la suture complète de l'incision rénale sont aujourd'hui admises et pratiquées.

Cette opération, essentiellement conservatrice, doit être préférée à l'ablation de l'organe, et nous devons en étendre les indications. Les *limites* de cette opération sont, pour ainsi dire, indéfinies, ni la pluralité des calculs, ni leur irrégularité, ne doivent faire modifier les grandes lignes du procédé opératoire, ni surtout faire sacrifier le rein.

La lithiase urinaire est une maladie générale, elle frappe souvent les deux glandes simultanément ou successivement ; tous nos efforts doivent donc tendre à conserver un organe qui, malgré l'incision dont il a été l'objet, peut fonctionner normalement, comme je l'ai expérimentalement vérifié.

Si, chez un animal rendu lithiasique par l'ingestion d'oxamide, on pratique une néphrectomie, l'animal succombe. Si même cette ablation de l'un des reins est faite chez un animal qui, depuis longtemps, n'est plus soumis à l'ingestion du médicament, la mort en est la conséquence. C'est que la lithiase expérimentale a déterminé dans les deux reins une néphrite scléreuse, et nous savons quels sont les dangers de l'ablation de l'un des reins en pareil cas. Dans deux expériences, mes animaux sont morts anuriques. Ces résultats ne sont d'ailleurs que la confirmation de ce que la clinique nous apprend. J'ai montré que, à l'inverse de ces faits, un rein, incisé et suturé méthodiquement, continuait à fonctionner normalement. Il y a donc tout intérêt à pratiquer la néphrolithotomie, à élargir le cadre de ses indications, à perfectionner sa technique opératoire.

A cet égard, c'est dans deux directions que doivent s'étendre nos recherches. Elles doivent tendre à éliminer les chances d'hémorragie, seul grand danger, et à reconstituer, aussi parfaitement que possible, l'organe incisé, puisque c'est par la diminution de leur champ d'excrétion rénale, que les lithiasiques urinaires sont menacés. Voici, à cet égard, une opération où ces principes conservateurs ont été rigoureuseusement appliqués.

Calcul rénal ayant séjourné trente-cinq ans dans le rein; accidents douloureux graves et répétés ; néphrolithotomie ; hémostase préventive ; incision des calices ; extraction de trois calculs ramifiés pesant 35 grammes ; reconstitution des calices et suture du rein ; réunion complète et sans drainage ; guérison au dixième jour. — H... est un Bourguignon de quarante-deux ans, petit, assez maigre mais vigoureux, qui nous est envoyé pour des accidents douloureux du côté du rein droit. Issu de parents morts dans un âge avancé, il n'a eu lui-même que deux maladies infectieuses : un érysipèle de la face à vingt et un ans et une pneumonie à vingt-cinq.

Les accidents douloureux pour lesquels il nous est adressé ont débuté à l'âge de sept ans (il y a donc trente-cinq ans). A cette époque, il fut pris brusquement d'une violente douleur occupant la région lombaire *droite*, avec irradiations dans le pli de l'aine. Cette douleur persista environ une journée et s'accompagna de vomissements. Depuis cette époque, la région lombaire resta toujours endolorie dans l'intervalle des crises. Trois ou quatre mois après ce premier accès de colique néphrétique, le malade fut pris d'accidents exactement semblables, et jusqu'à l'âge de douze ans ces douleurs se répétèrent avec les mêmes caractères, à des intervalles d'environ un mois. H... ne peut donner aucun renseignement sur l'état des urines à ce moment. Vers cette époque, les crises augmentèrent d'intensité et devinrent plus fréquentes, au point de se répéter chaque semaine. Ce n'est qu'à l'âge de dix-huit ans qu'elles furent suivies de légères hématuries. En même temps les urines étaient teintées de sang, toutes les fois que le malade se livrait à une marche prolongée ou à un exercice pénible; mais il n'y eut jamais d'expulsion de graviers ou même de sable.

A l'âge de vingt-cinq ans, les crises changèrent d'allure ; elles furent moins nettement cycliques, elles ne s'accompagnèrent plus de vomissements, mais la douleur devint plus fixe, presque permanente, siégeant toujours à droite. Les urines, claires jusqu'alors, laissèrent déposer un peu de sable gris.

C'est surtout depuis quatre ans que l'état douloureux devient réellement grave ; il est permanent, et il oblige le malade à s'aliter. Les accès ne sont calmés que par la pression sur le flanc ; aussi le patient a-t-il l'habitude d'appuyer et d'enfoncer son poing dans l'échancrure iléo-costale. Cet état persiste quelques semaines, puis il laisse un peu de répit au malade. Mais au mois d'octobre 1892, une chute de voiture vient rendre la situation intolérable, bien que la région lombaire n'ait pas été le siège d'un traumatisme particulier et qu'une très légère hématurie en ait été la seule complication immédiate. Les crises douloureuses se répètent alors tous les quatre ou cinq jours et à heure fixe (deux heures de l'après-midi) et cessent environ douze heures après, au milieu de la nuit. Pendant ces crises, le malade est en proie à une agitation très vive, il se tord sur son lit. Aussitôt l'accès terminé, il ne persiste qu'un endolorissement qui permet la marche et même des mouvements assez étendus, sans que jamais l'exercice ait aggravé cet état.

C'est dans ces conditions que je vis le malade. Mon diagnostic fut : calcul du rein. Je fis continuer le traitement employé dès le

(1) Communication faite à la Société de chirurgie, le 24 janvier 1894.

début de l'affection, c'est-à-dire les grands bains, l'eau d'Evian, le régime anti-lithiasique, le benzoate de lithine, la glycérine vantée en ces derniers temps, et les révulsions locales sous forme de sinapismes et de pointes de feu, auxquelles on joignit la morphine pendant les accès. Ce traitement n'eut aucune action, et au mois d'octobre, le médecin du malade, M. le docteur Boursot (de Nuits), me l'envoyait de nouveau.

Les signes physiques étaient alors les suivants : à droite, aucune augmentation de volume du rein, qui n'est pas perceptible par les manœuvres employées à cet effet. Douleur à la pression lombaire épigastrique simple ou combinée. La percussion de la région lombaire, surtout au niveau de la colonne vertébrale, réveille une douleur très vive dans la région rénale et le long de l'uretère; ce canal est peut-être un peu plus sensible à la pression que celui du côté opposé. L'examen par le toucher rectal ne détermine aucune douleur au niveau de l'embouchure de l'uretère dans la vessie. L'exploration vésicale est négative, il n'y a aucun calcul, et la vessie est également sensible dans toute son étendue. La région lombaire *gauche* n'est le siège d'aucune douleur à la pression; le rein, de ce côté, n'est pas perceptible. Les urines sont jaune pâle, de quantité un peu supérieure à la normale, 1 600 grammes. Elles laissent un dépôt nuageux au fond du bocal, mais la partie qui surnage est très limpide. Le dépôt est formé d'urates, d'oxalate de chaux, de cellules épithéliales de la vessie et de globules blancs, ce qui explique la mention « albuminurie en petite quantité » que donne l'analyse qualitative. Les autres appareils sont normaux, l'état général est satisfaisant, bien que le malade soit fatigué par la persistance de ses crises douloureuses. En présence de ces accidents, je n'hésite pas à proposer la néphrolithotomie, qui fut acceptée et pratiquée le 2 novembre 1893 à la Maison de santé de la rue Bizet, avec l'aide de MM. Bresset et Huber, et le concours de mon interne, M. Navarro.

Incision lombaire presque parallèle à la douzième côte, ayant 14 centimètres de long (le rein n'étant pas parallèle, et par conséquent haut placé), partant de l'angle costo-lombaire et traversant méthodiquement les différents plans de la région. Elle passe au-dessus du grand nerf abdomino-génital. Discision de la capsule adipeuse du rein, qui n'est pas hypertrophiée, ni indurée. Je sens, dans le tiers supérieur de mon incision, l'extrémité inférieure de la glande et, dès le premier essai de palpation, j'ai la sensation bien nette du frottement de plusieurs calculs les uns sur les autres, véritable *collision crépitante*. Dénudation lente de la face postérieure et du bord convexe du rein : cette manœuvre se fait facilement pour le tiers inférieur de l'organe et permet l'exploration du hile dans lequel je sens un calcul longuement engagé dans l'uretère. En haut, au contraire, j'atteins difficilement la glande cachée derrière les côtes, et je ne sens du reste aucune induration symptomatique d'un calcul. J'arrive lentement à mobiliser l'organe entier et je le descends au niveau de la plaie, où je puis l'explorer facilement du doigt et de l'œil. Il est un peu plus gros qu'un rein normal, sa couleur est celle d'une glande saine; sa moitié inférieure contient des calculs, sa moitié supérieure présente sa consistance habituelle. Je reconnais son bord convexe, mais, avant de l'inciser, j'essaie de pratiquer, suivant mon procédé, l'*hémostase préventive par compression du pédicule*, soit entre les doigts d'un aide, soit entre les mors d'une pince spéciale.

Ici cette manœuvre ne peut être exécutée avec la pince, parce que l'origine de l'uretère et le bassinet sont occupés par un gros calcul qui empêche de fermer les mors de l'instrument. Il en est tout autrement de la compression digitale, qui passe au-dessous de l'obstacle et reconnaît les vaisseaux. Incision de 7 centimètres sur le bord convexe et l'extrémité inférieure de l'organe. Je traverse une épaisseur de parenchyme d'environ 1 centimètre et demi avant de sentir les calculs; cette incision se fait presque à blanc, grâce à l'hémostase préventive. J'extrais un premier calcul irrégulier, puis, explorant avec le doigt, je trouve une pierre volumineuse, très irrégulière, enclavée de tous côtés par des prolongements multiples. Faisant alors écarter par deux pinces à griffes larges les deux bords de l'incision rénale, j'isole doucement le centre de la pierre des parois du bassinet et je vois deux longues cornes qui s'engagent dans les deux calices supérieurs et qui montent assez haut dans le rein. J'incise alors, dans toute leur longueur, les deux calices et le parenchyme rénal situé autour et, dégageant ainsi les prolongements de la pierre, je la mobilise et je l'enlève tout entière. Elle a la forme d'une tête d'âne dont le museau serait enfoncé dans l'uretère et dont les deux longues oreilles, dressées en haut, étaient coiffées par les calices et le parenchyme rénal. Enfin, j'enlève encore un calcul branchu dans un des calices inférieurs. Ayant alors exploré avec le doigt, avec une sonde cannelée et avec un explorateur métallique, l'uretère et toutes les parties du rein, je m'assure qu'il ne reste aucun fragment, que l'uretère est perméable, que le rein ne présente pas trace de suppuration ou d'infection appréciable. Je fais la suture de toutes mes incisions intra-rénales au catgut et séparément, de façon à reconstituer anatomiquement l'organe (suture des calices). Puis, libérant de mes pinces les deux valves du rein, je réunis complètement l'incision rénale par six points de suture au catgut n° 2 passés en plein parenchyme. L'affrontement est fait aussi exactement que possible, en évitant de serrer trop les fils, suivant les principes que j'ai exposés. On cesse alors la compression du pédicule (hémostase préventive) et l'hémostase définitive est obtenue par la suture des lèvres de l'incision rénale. Suture de la plaie lombaire en trois étages, au catgut.

Un des fils qui a servi à suturer la plaie rénale est également fixé à la partie supérieure de la plaie des parties molles des lombes; il a pour but de réunir l'extrémité inférieure du rein à la plaie et d'assurer ainsi son contact, en même temps qu'il deviendrait une garantie en cas d'épanchement urineux. Réunion de la peau au crin de Florence, le tout sans aucun drainage. (Durée de l'opération, quarante minutes.) Les calculs enlevés sont formés d'acide oxalique et de phosphate de chaux et d'acide urique (Huber). Ils pèsent à l'état sec 38 grammes.

Les suites opératoires sont absolument nulles. La température n'a jamais dépassé 37°4; le malade n'a pas souffert. Les points de suture ont été enlevés le neuvième jour; le quinzième, le malade se levait et il sortait de la maison de santé, n'ayant aucune douleur, le vingt et unième jour. Voici les quantités d'urine émises chaque jour :

Régime lacté absolu pendant les vingt jours (2 litres et demi à 3 litres par jour).

1er jour	1500 gr.	11e jour	2900 gr.
2e —	1700 —	12e —	2300 —
3e —	1600 —	13e —	2450 —
4e —	2300 —	14e —	2200 —
5e —	3000 —	15e —	1150 —
6e —	3400 —	16e —	2550 —
7e —	2500 —	17e —	2200 —
8e —	2600 —	18e —	2000 —
9e —	2500 —	19e —	1850 —
10e —	1800 —	20e —	2400 —

Légère teinte rosée de l'urine pendant les deux premiers jours. L'urine devient complètement claire à partir du dixième jour. Au vingt et unième jour seulement, je permets au malade le régime mixte.

(*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 janvier 1894, MM. Le Roux et Gary, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine, ont été nommés médecins de deuxième classe des colonies.

— Par décret, en date du 24 janvier 1894, M. le médecin de deuxième classe de la marine Boyer, a été promu au grade de médecin de première classe.

— Le Sénat a nommé membres de la Commission de l'armée,

M. le professeur Cornil, MM. les docteurs Léon Labbé et de Lourties.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chapelon (de Toulouse), Chipolianski (de Commercy), Schweich (de Paris), Thénot (de Mâcon).

Cours de pharmacie, par E. Dupuy, professeur à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse, t. I. Un fort vol. in-8°. — Prix : 18 francs. — Paris, L. Battaille et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 13. — MARDI 30 JANVIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 30 JANVIER 1894. — N° 13.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 29 janvier 1894.

Le *Journal officiel*, en publiant l'arrêté ministériel fixant définitivement les maladies dont la déclaration est désormais obligatoire pour le médecin, donne, en son entier, la circulaire adressée aux préfets et relative à l'application de la nouvelle loi sur l'exercice de la médecine.

La première partie de cette circulaire est une sorte de plaidoyer en faveur de la déclaration obligatoire des maladies épidémiques. Le ministre a la notion qu'il s'aventure sur un terrain singulièrement glissant; il reconnait la nécessité de faire pénétrer dans l'esprit de ses administrés que cette déclaration n'a rien de contraire au devoir professionnel. On y voit imprimé tout au long que la « dénonciation à l'autorité publique n'est pas une révélation dans le sens de l'article 378 du Code pénal », de sorte qu'un médecin qui dénoncerait ses clients à la police pourrait être cité comme le modèle du parfait médecin.

« Sans doute, il peut se rencontrer que le devoir du secret résulte, non pas de la nature propre de la maladie, mais des circonstances spéciales exceptionnelles, dans lesquelles cette maladie se produit. Si, dans telle occurrence, un médecin était poursuivi pour défaut de déclaration, il justifierait que les circonstances étaient telles qu'il ne pouvait avertir l'autorité publique, et provoquer, par conséquent, certaines mesures prophylactiques, sans manquer à son devoir professionnel. »

Comme tout cela est clair et précis, et combien nous devons nous sentir à l'aise à la suite de ces lumineuses explications ! Ainsi, « dénoncer » (le mot y est) à l'autorité publique, ne saurait être une violation du secret professionnel; mais, cependant, il peut se rencontrer « des circonstances spéciales » où le médecin ne peut « avertir » (il ne s'agit plus de dénoncer) l'autorité publique sans manquer à son devoir. Pauvre médecin ! comment va-t-il se reconnaître dans cet imbroglio? Qu'adviendra-t-il s'il ne sait pas diagnostiquer « ces circonstances exceptionnelles » dans lesquelles dénoncer à l'autorité publique redevient un délit tombant sous l'application de l'article 378 du Code pénal?

Quoi qu'en ait pu penser le rapporteur du Sénat, il n'appartenait pas au médecin de faire la déclaration de la maladie, mais bien au chef de famille, dûment prévenu par le médecin, aussitôt le diagnostic établi. On a voulu rejeter la responsabilité sur le médecin. C'est le motif qui a été invoqué, pour décharger le père de famille de ce soin. L'autorité a voulu avoir sous la main une personne responsable, et c'est le médecin qu'elle a choisi, parce que c'était plus commode et aussi pour des motifs qu'on a eu l'impudeur de ne pas cacher : en s'attaquant au médecin, « on évitait une perte de temps qui pourrait résulter de la négligence du chef de famille ou de ses ayants droit ». Nous nous demandons pourquoi le médecin peut être déclaré coupable de négligence alors que le chef de famille ne saurait l'être? Il y a là des mystères que la politique pourrait seule éclaircir; mais cela sort de notre domaine.

Cependant nos législateurs n'ont pas été sans reconnaître qu'ils frappaient à coups redoublés sur le corps médical et ils ont voulu plaider les circonstances atténuantes et donner la raison de ces nouvelles charges qui allaient peser sur nous. Ces raisons on les trouve, paraît-il, dans les privilèges dont nous jouissons. Nous avons tous bien lu, la chose a été dite et répétée, et pour que cela soit bien établi, la circulaire ministérielle y revient par trois fois. Nous lisons, en effet : « C'est là, en quelque sorte, le prix du monopole concédé aux médecins par l'État (Rapport à la Chambre des députés). — Il est juste que l'Administration demande au corps médical des services d'intérêt public, en même temps qu'elle lui octroie des privilèges (Rapport au Sénat). — La Société, en accordant au médecin des privilèges, exige de lui quelques services (Exposé des motifs du projet de loi). »

Ainsi, la chose est entendue. Nous sommes un corps privilégié qu'on a le droit et le devoir de pressurer. Car hélas ! ce sont là nos seuls privilèges. Nos étudiants sont envoyés au régiment, loin de leurs travaux, leurs années d'études sont coupées en deux, diminuées, tronquées : privilège ! Le médecin paye fort cher des études dont chaque jour on attend la réforme : privilège ! A peine installé, il se trouve en lutte avec les mille difficultés de la pratique; s'il réclame en justice contre un client oublieux ou récalcitrant, il est presque toujours éconduit; s'il fait poursuivre un rebouteur, un charlatan, il le voit acquitté ou condamné à une minime et ridicule amende ; si la justice le requiert, elle lui alloue des honoraires inférieurs à ceux du plus humble des manouvriers : privilèges sans doute que tout cela ! Privilège, qui fait courir le médecin à la mort, au milieu des épidémies ! Privilège, qui lui fait soigner égale-

ment le pauvre comme le riche! Privilège, qui lui fait dépenser sans compter ni son temps, ni sa peine!

C'est grâce à ces privilèges tentants que le nombre des médecins diminue de jour en jour et si l'on continue à nous accabler de la sorte, le diplôme de docteur, titre de privilégié, ne sera plus qu'un titre à la médiocrité et trop souvent à la véritable misère.

M. Lebreton communique à la Société médicale des hôpitaux (séance du 26 janvier) une intéressante observation de *purpura hémorragique infectieux*. Il s'agit d'une jeune bonne assez nerveuse, déjà un peu souffrante les jours précédents. Elle fut vivement impressionnée par l'incendie du magasin des décors de l'Opéra, et le lendemain elle présentait des frissons, de la fièvre, une éruption purpurique généralisée et des hémorragies nasales. On crut à une variole hémorragique et on l'envoya à l'hôpital d'isolement. Là, la fièvre, très vive les deux premiers jours, baissa rapidement et disparut, l'état général restant très mauvais, avec une tendance permanente à la syncope; enfin, l'amélioration se produisit. On trouva dans le sang du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré.

Ce qu'il y a de difficile, dit M. Widal, dans un examen de ce genre, ce n'est pas de trouver le staphylocoque, microbe très abondant à la surface de la peau, mais de n'en pas trouver; de se mettre à l'abri de son introduction artificielle dans le liquide examiné. Il admet, du reste, que, dans le cas présent, c'est bien dans le sang que se trouvait le microbe. Il rappelle que d'autres auteurs ont rencontré d'autres microbes, le streptocoque, le pneumocoque, des bacilles de divers ordres. Le purpura serait donc l'expression commune d'infections diverses.

On a, du reste, soutenu depuis plusieurs années, que le purpura n'est pas une maladie, mais un complexus symptomatique, dont il serait très curieux de pouvoir déterminer, dans tous les cas, la nature et le mécanisme.

Le fait rapporté par M. Lebreton se rapproche des érythèmes polymorphes par l'aspect en cocarde des pétéchies, par la desquamation qui a suivi l'éruption. Il semble, du reste, que le plus souvent le purpura hémorragique ne soit qu'une modalité de ces érythèmes. La vive émotion qui a précédé son début n'a peut-être joué que le rôle secondaire d'une cause occasionnelle. Autrefois on en eût pris texte pour ranger le cas dans ce purpura névropathique. Actuellement, on en est à demander si le purpura purement névropathique existe réellement.

Le plus souvent, lorsque le canal cystique est oblitéré par un calcul biliaire, la vésicule se dilate en amont, se distend, devient kystique. M. Hanot rapporte deux cas dans lesquels elle s'est, au contraire, véritablement atrophiée. On l'a trouvée à l'autopsie notablement diminuée de volume, avec une véritable tendance à l'oblitération qui résultait évidemment d'un mode spécial d'inflammation interstitielle. MM. Ferrand et Millard citent chacun un cas semblable. Il peut se faire aussi que la vésicule atrophiée se trouve comme perdue au milieu d'une masse de tissu inflammatoire formant comme une plaque scléreuse. Il peut arriver alors qu'au moment d'une laparotomie, le chirurgien au lieu de trouver une vésicule kystique, rencontre une masse inflammatoire contre laquelle il ne peut rien. C'est ce qui a eu lieu précisément dans le cas de M. Millard.

On sait que le choléra a sévi à Constantinople d'une façon assez sévère, dans la seconde moitié de l'année 1893 : il y a fait de nombreuses victimes. M. Chantemesse rend compte de la mission qu'il y a remplie.

La capitale de l'empire ottoman se prêtait admirablement à l'établissement d'une épidémie de cet ordre. Les eaux de boisson y sont, pour la plupart, de mauvaise qualité, leur mode de canalisation et de captage ne les mettant pas à l'abri de souillures de tout ordre. D'un autre côté, les eaux qui ont servi ne sont pas évacuées comme il conviendrait, le système et la construction des égouts laissant beaucoup à désirer.

Dans les selles des cholériques de Constantinople, M. Chantemesse a trouvé l'une des variétés les plus fréquentes du bacille virgule; du reste, la marche de l'épidémie ne laissait pas de doute sur sa nature.

Les autorités ottomanes avaient adopté, pour combattre le fléau, le système des cordons sanitaires à l'intérieur. Dès qu'une maison était signalée comme comptant un cholérique, elle était entourée de soldats et il était absolument interdit aux habitants ordinaires ou accidentels d'en sortir. Les personnes en visite, les médecins venus pour voir des malades demeuraient séquestrés; les prisonniers étaient nourris aux frais de l'État jusqu'à disparition complète de la maladie dans la maison contaminée.

Il y avait ainsi disséminés dans la ville un nombre assez considérable de foyers cholériques gardés à vue et les mesures sévères adoptées pouvaient porter les habitants à dissimuler les cas nouveaux.

M. Chantemesse conseilla de renoncer à ce système et d'adopter des mesures semblables à celles qui ont été prises à Paris et dans sa banlieue, il y a deux ans. A l'isolement militaire, on substitua la désinfection soigneuse des locaux et des objets d'habillement et de literie; cette désinfection fut faite par des liquides antiseptiques et par l'étuve de Herscher; les résultats obtenus furent très satisfaisants.

LE TRAITEMENT DES PÉRITONITES CHEZ L'ENFANT (1)

Par P. Le Gendre,
Médecin des hôpitaux de Paris,
et A. Broca,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Il y a plusieurs formes de péritonites, dans lesquelles les indications thérapeutiques sont notablement différentes.

Il faut, en particulier, distinguer les péritonites aiguës et les péritonites tuberculeuses, à propos desquelles nous ajouterons quelques mots sur les péritonites chroniques simples.

1° Péritonites aigues. — Deux cas se présentent, selon qu'il y a ou non épanchement dans le péritoine. Une *péritonite sans épanchement*, en effet, n'est pas justiciable de la chirurgie. Le meilleur traitement consiste dans le repos absolu au lit et dans l'administration de l'opium : on fera prendre à l'enfant, d'heure en heure, puis en espaçant davantage, lorsque la sédation sera obtenue, des pilules d'opium de 1 centigramme ou de un demi-centigramme. A cela, on ajoutera l'application d'une vessie de glace sur le ventre, à la condition que le sac qui la contient ne fasse

(1) Extrait d'un *Traité de thérapeutique infantile médico-chirurgicale*, qui va paraître incessamment à la librairie Steinheil.

que s'appliquer sur la peau sans peser sur elle ; pour cela, il sera suspendu à un cerceau et séparé des téguments par une flanelle. On supprimera momentanément toute alimentation. On permettra seulement tous les quarts d'heure une cuillerée à café ou à soupe d'eau glacée, additionnée de champagne. Les premiers accidents conjurés, on essaiera l'alimentation rectale.

Quand la péritonite est passée à *l'état subaigu*, le badigeonnage avec le collodion élastique, les onctions d'onguent napolitain trouvent leur indication.

Quand on peut constater, dès le début, la péritonite encore localisée, l'application de quelques sangsues peut contribuer à l'enrayer et a toujours pour effet de diminuer la douleur.

Lorsqu'il y a *épanchement dans le péritoine*, il s'agit d'une ascite par péritonite tuberculeuse aiguë, variété dont nous joindrons l'histoire à celle des autres formes de péritonite tuberculeuse. Nous ne parlerons donc pour le moment que des péritonites à épanchement purulent, et encore renverrons-nous à l'article APPENDICITE, pour tout ce qui a trait aux péritonites d'origine cæcale et appendiculaire.

Parmi les péritonites à *épanchement purulent*, une variété assez spéciale s'observe chez les petites filles surtout — ce qui est sans doute en rapport avec une infection tubaire d'origine vulvo-vaginale, d'où des préceptes prophylactiques importants ; c'est une péritonite à allures relativement assez bénignes et qui a une grande tendance à s'ouvrir spontanément au dehors par l'ombilic. Après cette ouverture, la guérison survient assez souvent peu à peu, mais il est loin d'être rare que l'enfant succombe à la septicémie aiguë, engendrée par ce foyer qui se vide mal et qui, d'autre part, devient le siège d'infections secondaires. Nous conseillons donc de ne pas attendre cette terminaison spontanée, et même, lorsqu'elle a lieu, de ne s'en contenter que si l'apyrexie reste parfaite et si le foyer se vide bien. Le véritable traitement consiste dans la laparotomie sous-ombilicale médiane, suivie du drainage large du foyer.

La conclusion est que toute péritonite avec épanchement purulent sera traitée par l'incision franche et le drainage, que cet épanchement soit ou non enkysté. Dans presque tous les cas, le lavage sera inutile et mieux vaut déterger simplement le foyer avec des tampons montés. S'il s'agit d'une péritonite généralisée, il faut chercher avec soin les collections purulentes entre les anses intestinales dans les divers coins et recoins, sous les fausses membranes, puis on drainera de préférence à l'aide de mèches de gaze iodoformée introduites dans diverses directions.

2° PÉRITONITE TUBERCULEUSE. — C'est au *traitement médical*, c'est-à-dire à l'hygiène alimentaire, aux révulsifs patiemment réitérés et à certains médicaments, que nous devons tout d'abord demander la guérison.

Les vésicatoires de petites dimensions, mais nombreux, les pointes de feu, les badigeons de teinture d'iode seront successivement appliqués sur les points où la douleur et la rénitence indiquent l'existence du travail péritonitique. Les applications de collodion élastique alterneront avec les moyens révulsifs.

Des laxatifs doux, huileux, feront cesser l'accumulation des matières dans l'intestin.

En cas de début intestinal, des lavements donnés avec de grandes précautions, tour à tour émollients et antiseptiques, le naphtol, l'iodoforme, la créosote, favoriseront la cicatrisation des lésions intestinales, s'il en existe.

L'alimentation sera légère, simple, nutritive sous un petit volume : lait, œufs, viande rôtie, pulpe de viande, glycérine. Le traitement reconstituant aura pour base l'huile de foie de morue créosotée, à doses progressivement croissantes, si elle est bien digérée, et les phosphates ou hypophosphites. Mais tous ces moyens sont trop souvent impuissants et il y a lieu de songer, plus souvent qu'on ne l'a fait jusqu'ici, au *traitement chirurgical*.

Les indications opératoires et les résultats thérapeutiques sont assez variables, suivant la forme anatomique de la lésion.

a. *Formes ascitiques.* — Le chirurgien doit évidemment s'abstenir, lorsque l'ascite tuberculeuse n'est qu'un des éléments d'une granulie généralisée. Mais quelquefois, la tuberculose miliaire aiguë se localise au péritoine. Dans cette forme, le résultat opératoire est presque toujours fatal ; néanmoins, nous croyons qu'on a le droit d'opérer, d'abord parce que l'évolution naturelle de ces cas aboutit constamment à la mort, ensuite parce que ces péritonites ont assez souvent, chez l'enfant, les allures d'une péritonite aiguë avec épanchement non tuberculeuse, pour laquelle nous venons de dire que la laparotomie s'impose.

Dans les formes ascitiques subaiguës et surtout chroniques, que dans ces derniers cas l'épanchement soit généralisé ou enkysté, l'indication opératoire est, à notre sens, très nette. Nous ajouterons que l'opération de choix est la laparotomie franche, bien préférable à la ponction suivie de lavage du péritoine. L'incision sera médiane pour les ascites généralisées ; dans les formes enkystées, elle portera directement sur la tumeur, si toutefois on a établi le diagnostic exact, car c'est dans ces cas qu'on fait des erreurs de diagnostic (kystes de l'ovaire surtout). Après la laparotomie, certains chirurgiens ont lavé le péritoine, d'autres, avec ou sans lavage, ont laissé dans le péritoine de la poudre d'iodoforme ; d'autres, enfin, n'ont eu recours à aucune de ces deux pratiques et se sont bornés à évacuer l'épanchement, puis à faire la toilette antiseptique du péritoine. Or, ces derniers ne semblent pas avoir eu des résultats immédiats et définitifs inférieurs à ceux des autres : c'est donc parmi eux que nous nous rangeons. La plupart du temps on ne drainera pas. Le drainage sera à peu près exclusivement réservé aux formes enkystées où la poche, très épaisse, reste béante. Les résultats obtenus sont incontestablement bons : la mortalité, chez l'enfant au moins, est à peu près nulle, et les guérisons définitives sont la règle, sans récidive. On transforme, en un mot, presque à coup sûr, la forme ascitique en cette forme fibreuse chronique, terminée par guérison, à laquelle elle aboutit quelquefois, lorsqu'elle est abandonnée à elle-même.

Ces succès ont conduit certains auteurs à douter de la nature tuberculeuse du mal, et on a prouvé, en effet, que, parmi les péritonites chroniques avec ascite généralisée ou enkystée, il en est qui ne sont pas tuberculeuses, même lorsque l'opérateur a vu, à l'œil nu, sur le péritoine, des granulations qui lui semblaient spécifiques. Mais il est incontestable que nombre de guérisons concernent des ascites réellement tuberculeuses. La conclusion pratique est, d'ailleurs, que le chirurgien doit traiter par l'incision franche toute péritonite chronique à forme ascitique, généralisée ou enkystée.

b. *Formes fibreuses sèches.* — Dans ces cas, les avis sont

plus partagés et d'assez nombreux chirurgiens plaident pour l'abstention. Pourtant, dans les formes fibreuses sèches et non adhésives, nous croyons que la laparotomie donne des résultats supérieurs à ceux de l'expectation et comme, d'autre part, la laparotomie est ici facile et bénigne, nous croyons indiqué de la pratiquer. Dans la forme fibreuse adhésive, la question change de face pour deux motifs : d'abord, c'est souvent une forme de guérison; ensuite, la laparotomie au milieu des adhérences est une opération difficile et assez grave. On n'interviendra donc que dans des cas déterminés : lorsque les adhérences intestino-épiploïques causeront des douleurs intenses (cas auquel il faudra rompre ces adhérences et l'opération sera laborieuse et délicate); lorsque le sujet présentera des accidents d'occlusion intestinale (voy. plus loin), ou bien enfin lorsqu'il s'agira d'une lésion abdominale de diagnostic douteux pour laquelle on fera une laparotomie exploratrice.

c. *Formes ulcéreuses.* — Ces cas sont incontestablement les moins favorables. L'abstention sera la règle dans les formes ulcéreuses sèches ou à foyers caséeux purulents multiples et petits. On incisera au contraire, lorsqu'on diagnostiquera une grande poche purulente occupant, tantôt presque toute la cavité péritonéale, tantôt enkystée en un point quelconque, souvent autour du foie et, plus souvent encore, autour de l'ombilic. L'incision sera faite directement sur la poche, on évacuera le pus, on curetera quelquefois, avec grande douceur, le péritoine pariétal; d'assez nombreux auteurs sont ici partisans du lavage (eau boriquée chaude); en tout cas, on drainera.

Une complication de ces formes ulcéreuses est l'ouverture à l'ombilic, avec constitution d'une fistule pyo-stercorale. Les opérations dirigées contre cette lésion ont toujours été extrêmement laborieuses, et presque toujours mortelles : l'abstention doit donc être recommandée en principe.

d. *Occlusion intestinale.* — Au cours de la péritonite tuberculeuse, l'occlusion peut être produite par une bride ou par une coudure et, dans ces deux cas, la laparotomie est nettement indiquée; ou bien il s'agit d'anses agglutinées en masse par des adhérences diffuses et le résultat de la laparotomie est à peu près fatal, car on ne saurait avoir la prétention de sculpter l'intestin dans le magma fibro-caséeux; ou bien, enfin, il y a un pseudo-étranglement par paralysie intestinale, cas auquel, quoique la laparotomie ait donné des succès, il serait suffisant d'électriser l'intestin. Telles seraient les indications thérapeutiques générales, si on portait un diagnostic anatomique précis; mais ce n'est généralement pas le cas, et la conclusion pratique est que l'on doit traiter, par la laparotomie, toute occlusion aiguë survenant au cours d'une péritonite tuberculeuse reconnue. Dans l'occlusion chronique, les résultats seront moins bons, mais nous croyons toutefois que la laparotomie exploratrice est indiquée. Si la péritonite bacillaire a été méconnue jusqu'à ce jour, le traitement devient celui de l'occlusion intestinale en général.

Quelle que soit la forme en présence de laquelle on se trouve et en l'absence d'accidents d'occlusion conduisant à une opération d'urgence, avant d'opérer il faut peser avec soin les contre-indications que peut fournir l'examen des différents viscères et surtout des plèvres, des poumons, de l'intestin, du rein. Si en effet on constate du côté de ces organes des lésions tuberculeuses notables, on devra s'abstenir; mais une tuberculose pulmonaire légère n'est pas une contre-indication; et, d'autre part, on sera bien averti que l'albuminurie n'est pas l'indice certain d'une néphrite tuberculeuse.

DE LA NÉPHROLITHOTOMIE

ET DE L'HÉMOSTASE PRÉVENTIVE DANS LES OPÉRATIONS SUR LE REIN (1)

Par M. Tuffier, chirurgien des hôpitaux.

II

Le fait que je tiens à mettre en évidence a trait à l'*hémostase* dans cette opération. Dans divers travaux antérieurs, j'ai étudié à cet égard le siège d'élection dans les incisions chirurgicales du rein et j'ai établi anatomiquement que le bord convexe devait être préféré aux parties latérales comme donnant un minimum d'hémorragie et un minimum de dégénérescence cicatricielle du parenchyme excréteur; ces recherches ont été vérifiées et mes conclusions ont été adoptées par Barth, au dernier Congrès des chirurgiens allemands. J'ai étudié également les procédés d'hémostase dans les opérations sur le rein. Cette hémostase peut être temporaire, préventive, définitive ; j'ai montré que la compression légère et prolongée suffisait à l'*hémostase temporaire* et j'en ai établi les raisons anatomiques et physiologiques. La démonstration de ces faits me paraît de première importance en face des désastres auxquels on s'exposait en pratiquant la néphrotomie et en voulant appliquer à cette opération les procédés habituels d'hémostase temporaire par pincement; nombre d'opérés ont succombé à l'hémorragie. Si, en effet, on veut arrêter l'écoulement sanguin d'un vaisseau du rein au moyen d'une pince, on déchire tout simplement le parenchyme de l'organe et on crée deux sources d'hémorragie au lieu d'une seule. Si on veut poursuivre, on déchire ainsi tout le rein et on arrive jusqu'au hile, que l'on doit lier; il ne reste plus alors d'autre ressource que d'enlever le rein, si on a la chance que le malade ne soit pas mort d'hémorragie avant ce moment. Je n'insisterais pas sur ces faits, si la relation d'opérations récentes ne venait montrer que la *compression* en masse n'est pas encore pratiquée par tous les chirurgiens étrangers.

J'attache beaucoup plus d'importance encore à l'*hémostase préventive*. Elle met à l'abri de tout accident, elle permet d'effectuer presque à blanc les incisions du rein et elle rend possibles les explorations et les dissections intra-rénales les plus délicates et la reconstitution anatomique de l'organe. Lorsque l'artère et la veine sont prises dans une pince spéciale ou entre les doigts d'un aide, l'opérateur est maître de la situation et il peut opérer à loisir et avec précision. Les six opérations dans lesquelles j'ai appliqué cette méthode m'ont permis d'étudier comparativement les deux procédés que j'ai préconisés : compression *digitale*; compression *instrumentale*.

Quel que soit le procédé employé, cette hémostase préventive, pour être inoffensive et efficace, nécessite un certain nombre de conditions. Le rein doit d'abord être *libéré* bien complètement et bien exactement de sa capsule adipeuse et des brides cellulo-fibreuses qui la fixent en haut et en bas. Cette dénudation ne présente aucune difficulté et elle permet d'abaisser la glande dans le champ opératoire, d'en explorer les contours et le hile et d'aborder le pédicule. Pour aborder ce pédicule, les doigts ou les instru-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 109.

ments doivent passer *au-dessous de l'extrémité inférieure du rein;* c'est la voie la plus large, car en haut, le champ opératoire est limité par le plan inextensible que constituent la douzième côte et l'aponévrose épaissie dite costo-lombaire. Ce n'est que dans les cas d'allongement tout spécial de ce pédicule, comme il arrive pour le rein flottant, qu'il serait possible à la rigueur d'aborder le pédicule, en contournant l'extrémité supérieure de la glande. La *compression* du pédicule en elle-même, qu'elle soit digitale ou instrumentale, est inoffensive. J'ai expérimenté à cet égard sur les animaux et j'ai vu qu'il était possible d'interrompre la circulation dans le rein et dans l'uretère pendant une demi-heure, sans que le fonctionnement de l'organe fût compromis. Une légère albuminurie, qui disparaît en quelques heures, en est la seule conséquence; la fonction et l'organe reviennent à l'état physiologique. Quant au reflux possible du liquide urinaire dans le champ opératoire, il n'a pas le temps de s'établir, la vacuité de l'organe étant provoquée par la malaxation des manœuvres opératoires. D'ailleurs ce reflux n'aurait d'importance que si le liquide sécrété était septique; l'innocuité de l'infiltration de l'urine aseptique n'est plus à démontrer.

L'hémostase par compression *digitale* s'obtient très facilement. Un aide, placé à droite de l'opérateur, introduit l'index et le médius, suivant le bord concave du rein. Arrivé sur le pédicule, il reconnaît les battements de l'artère et les suit le plus loin possible du côté de l'aorte; il écarte alors les deux doigts et serre les éléments du pédicule. Cette constriction ne nécessite qu'un effort très faible. La compression *instrumentale* se fait au moyen d'une pince chaussée de caoutchouc, qui remplace les doigts de l'aide, après avoir été glissée à leur place. L'instrument que je vous présente, et dont les courbures ont été calculées de façon à pouvoir facilement aborder le pédicule et à occuper un espace minimum dans le champ opératoire, remplit ces indications. L'élasticité de ses mors est telle que, serrée modérément, elle ne peut blesser les vaisseaux ni les altérer au point de faire craindre une oblitération. Cette pince doit être serrée très lentement, jusqu'à ce que les battements cessent d'être perçus au-dessus d'elle dans le pédicule. Quel que soit le procédé employé, cette hémostase préventive doit être prolongée jusqu'à suture parfaite du rein.

Le procédé de choix est l'hémostase par *compression digitale*. Elle est plus facilement graduée d'une façon exacte; elle est plus douce et plus inoffensive pour les vaisseaux et ne risque pas d'exercer des tractions sur le pédicule pendant les manœuvres ultérieures sur le rein. Mais elle a l'inconvénient de nécessiter la présence des doigts d'un aide dans le champ opératoire déjà restreint. La *compression instrumentale*, faite par notre pince, gêne moins l'opérateur; l'instrument tient peu de place et, à la condition qu'on ne détermine aucun mouvement brusque à son niveau pendant l'opération, c'est un procédé inoffensif, qui présente cependant une contre-indication : quand l'uretère est occupé par une concrétion volumineuse et assez profondément engagée dans ce conduit, la compression digitale est seule possible. Les mors de la pince ne peuvent alors atteindre le pédicule vasculaire et, seule, la compression digitale et intelligente peut reconnaître et comprimer les vaisseaux, indépendamment de l'uretère.

L'*hémostase préventive et temporaire* est transformée en hémostase *définitive* par la suture des valves du rein et ce n'est qu'après exécution parfaite de cette suture que la compression peut être levée; l'organe devient alors turgescent, un léger suintement se fait au niveau des points de suture; une compression légère de quelques minutes en a raison. L'absence d'hématurie consécutive à cette opération prouve bien l'efficacité de cette hémostase. Je n'ai jamais eu d'accidents chez mes six opérés.

J'insiste également sur les *manœuvres intra-rénales* que m'a si largement facilitées l'hémostase préventive. Il n'est pas indifférent d'arracher un calcul en contusionnant ou en déchirant le parenchyme, ou, au contraire, d'inciser méthodiquement le rein pour enlever un calcul ou ses prolongements. Dans le premier cas, la plaie rénale se cicatrisera sous forme d'une zone scléreuse oblitérant plus ou moins loin les canaux excréteurs de l'organe et provoquant leur atrophie dans une étendue variable. L'incision des calices, suturée bien exactement, conserve au rein des canaux excréteurs suffisants et assure *au maximum* son fonctionnement ultérieur.

Ces différents temps de la néphrolithotomie, exécutés avec les précautions que nous venons de signaler, en assurent l'innocuité. En mettant à l'abri du seul grand danger de cette opération, l'hémorragie, ils en assurent également le succès opératoire et thérapeutique en permettant la reconstitution anatomique de l'organe, et en rétablissant au maximum son fonctionnement ultérieur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 janvier 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATION

Nouveau procédé de cure chirurgicale des hernies étranglées. — **M. le Secrétaire général** donne lecture d'une observation adressée par M. Piéchaud (de Bordeaux) et relative à un cas de hernie crurale étranglée opérée par un procédé nouveau, imaginé par M. Martinet (de Sainte-Foy). Ce procédé est applicable aux cas dans lesquels l'anse intestinale herniée est sphacelée. Il consiste à pratiquer l'inclusion des eschares par une suture, les faisant rentrer dans la cavité intestinale, afin qu'elles soient éliminées avec les matières.

Néphrolithotomie. — **M. Tuffier** lit un travail sur ce sujet. (Voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 109 et 116.)

De la trépanation dans les plaies pénétrantes du crâne. — **M. Berger**, à l'occasion du rapport fait, sur ce sujet, dans la dernière séance par M. Chauvel, déclare ne pas partager l'opinion émise par M. Marchand qui se prononce pour l'intervention chaque fois qu'il y a plaie pénétrante par balle de revolver. Il existe, en effet, un grand nombre de cas de guérison, à la suite de ces plaies, sans qu'il y ait eu d'intervention chirurgicale. Pour sa part, M. Berger en cite trois exemples qui lui sont personnels. On ne voit, en effet, presque jamais survenir ultérieurement d'encéphalite après que les accidents primitifs ont été résolus. On ne saurait non plus, dans ces cas, invoquer la nécessité d'aller rechercher le projectile intra-cranien. Il s'agit, en général, de balles de 6 à 7 millimètres dont la présence n'entraîne pas, par elle-même, de dangers bien sérieux. Il y a rarement lieu d'intervenir pour enlever les esquilles. Les plaies pénétrantes du crâne par balle de petit calibre ne nécessitent donc pas d'intervention spéciale et vis-à-vis d'elles on doit se comporter selon les indications ordinaires de la trépanation; c'est-à-dire que celle-ci n'est indiquée que dans les cas où il y a enfoncement, encéphalite, infection du foyer, etc.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DU PROLAPSUS

M. LE DENTU apporte deux faits de prolapsus utérin dans lesquels il a dû avoir recours à l'hystérectomie vaginale. Dans le premier cas, il s'agissait d'une femme de trente-neuf ans qui avait des lésions complexes : rectocèle, cystocèle, prolapsus de l'utérus hors de la vulve, lésions des annexes gauches. En présence de cet état complexe, M. Le Dentu crut devoir faire l'hystérectomie vaginale. Il blessa la vessie, il resta une fistule vésico-vaginale qu'il dut fermer ultérieurement. A part cette ouverture vésicale qui a été la conséquence des adhérences intimes qui existaient entre la face antérieure de l'utérus et la vessie, il n'y eut aucun accident consécutif et les suites immédiates de l'opération furent bonnes. Il n'en fut pas tout à fait de même des suites éloignées. Cette malade a été opérée en mai 1892 et aujourd'hui elle présente de nouveau une cystocèle et une rectocèle qui vont en s'accentuant de plus en plus.

Le second cas avait trait à une femme de cinquante-deux ans, dont l'utérus prolabé présentait de petits fibromes et qui avait également de la cystocèle et de la rectocèle. En raison de cet état complexe, M. Le Dentu se décida pour l'hystérectomie vaginale totale. Il y eut de petites hémorragies au cours de l'opération. La malade tomba, pour quelque temps, dans le collapsus. Bref, elle courut quelques dangers et les résultats éloignés ne sont pas plus satisfaisants chez elle que chez la première malade. M. Le Dentu n'a pas remarqué que les résultats éloignés de l'hystérectomie vaginale totale, dans ces cas, fussent plus satisfaisants que ceux de l'amputation sus-vaginale du col.

M. REYNIER a depuis longtemps renoncé, dans le traitement du prolapsus utérin vrai, à l'emploi des pessaires, et sauf contre-indications tirées de l'âge avancé ou du mauvais état de santé, il est partisan de l'hystéropexie chez les jeunes femmes ou de l'hystérectomie vaginale chez les femmes qui ont dépassé la ménopause. Il pratique en même temps la colpopérinéorraphie.

Depuis 1888, M. Reynier a fait huit hystérectomies vaginales et quatre hystéropexies, soit douze opérations suivies de succès opératoire.

Dans les trois premières hystérectomies, il n'a pas employé les pinces, mais les fils ; il y a renoncé à cause de l'hémorragie pendant l'opération. En outre, à la suite de l'emploi des pinces, il se produit un travail inflammatoire qui donne une cicatrice définitivement plus résistante.

Sur deux femmes hystérectomisées sans colpopérinéorraphie, il s'est produit une récidive de rectocèle et de cystocèle.

Des quatre hystéropexies, la première a été pratiquée sans colpopérinéorraphie et, bien que l'utérus fût resté en place, six mois plus tard il existait encore de tels malaises qu'une colpopérinéorraphie et une élytrorraphie devinrent nécessaires et furent suivies de succès. Dans les trois autres cas, M. Reynier a fait d'emblée la double opération et il n'a eu qu'un seul échec.

En somme, ces opérations remédient à l'affaiblissement du plan musculaire qui est la cause du prolapsus.

Quant aux causes de cet affaiblissement, elles sont variables ; chez les vieilles femmes, il existe fort souvent, en même temps que le prolapsus utérin, des éventrations, des entéroptoses, des déplacements du rein, des dilatations de l'estomac ; il y a une diminution de la tonicité musculaire.

Chez les jeunes femmes, le prolapsus paraît dépendre d'un état particulier du système nerveux qui se manifeste par des symptômes de neurasthénie.

Chez un certain nombre de femmes, M. Reynier a été frappé de leur état mental, état particulier qui doit être pour beaucoup dans la perte de tonicité des moyens de soutien de l'utérus.

PRÉSENTATION DE MALADES

Tumeur du nerf cubital. — M. MONOD présente un malade auquel il a enlevé une tumeur développée sur le trajet du nerf cubital. Les fonctions du membre ont été récupérées.

Résection du nerf maxillaire supérieur. — M. POIRIER présente un malade auquel il a fait la résection du nerf maxillaire supérieur.

Traitement du lymphadénome par les injections sous-cutanées de chlorure de zinc. — M. DARIER présente une malade qui était atteinte d'un volumineux lymphadénome du cou qui a presque complètement disparu sous l'influence des injections interstitielles de chlorure de zinc à un dixième, selon la méthode de M. Lannelongue.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 25 janvier 1894, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicale à l'école de médecine de Caen.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 janvier 1894, ont été nommés officiers d'Académie : MM. les docteurs Armirail (de Courbevoie) ; Guiot (de Caen) ; Jégun (de Gondrin) ; Lorey et Gaston Lyon (de Paris) ; Monprofit (d'Angers) ; Renaudin (de Pagny) ; Sigaud (de Chambéry), Tucoulat (de Bayonne).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort d'un de nos pharmaciens les plus distingués de Paris, M. Pennès père. Ses obsèques auront lieu, mercredi 31 janvier, à dix heures du matin, en l'église Saint-Médard.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Rochard a fait une communication à l'Académie sur les causes de la diminution de la fièvre typhoïde à Paris. Nous sommes heureux d'avoir à constater, tout d'abord, que cette diminution est très appréciable. Alors qu'auparavant la mortalité par la fièvre typhoïde était, à Paris, de 147 pour 100000 habitants, elle n'est plus, aujourd'hui, que de 27,7 pour le même nombre d'habitants.

A quoi faut-il attribuer cet heureux résultat? A plusieurs mesures d'hygiène parmi lesquelles il faut citer, en première ligne, la distribution d'eau potable de bonne qualité et en quantité suffisante; l'assainissement progressif et la surveillance des logements insalubres et des garnis, etc. Ce n'est pas tout, grâce à l'emprunt de 117 millions qui va être prochainement voté, la Seine pourra être purifiée.

En mars dernier, M. Lancereaux appelait l'attention de ses collègues sur un traitement des tuberculeux qui paraissait donner quelques résultats encourageants. Ce traitement était préconisé par M. le docteur Caravias. Partant de ce principe, que les *excreta* liquides du chien et de la chèvre contiennent de l'acide succinique, principe antiseptique, M. Caravias a pensé qu'il pouvait y avoir avantage à traiter les tuberculeux par des substances succinigènes. A cet effet, il soumit plusieurs malades tuberculeux, du service de M. Lancereaux, à l'usage de la viande crue et de 200 à 300 grammes par jour de bimalate de chaux, en y ajoutant l'acide benzoïque, la pepsine, les légumes verts. Les résultats fournis par ce mode de traitement parurent assez favorables. Il restait à savoir s'il donnerait lieu au passage de l'acide succinique dans les urines. Cette recherche a été faite par M. Couturieux, qui a trouvé, dans les urines, des traces évidentes d'acide succinique. Le point de départ sur lequel s'était appuyé M. Caravias se trouve donc ainsi confirmé. Ajoutons que M. Lancereaux a de nouveau déclaré que les malades soumis à ce traitement présentent une notable amélioration, parfois même une guérison au moins apparente, à condition que le traitement ait pu être institué à une époque rapprochée du début de l'affection.

Signalons encore un rapport de M. Le Dentu, sur un travail de M. Mossé, relatif à la production d'une greffe osseuse hétéroplastique après la trépanation du crâne. Cette question est à l'étude. M. Mossé a fait un certain nombre d'expériences sur les animaux, qui l'ont amené à des conclusions intéressantes.

MÉDECINE PRATIQUE

Du traitement de la lithiase biliaire (1).

Par le docteur A.-F. PLICQUE,
Ancien interne des hôpitaux.

Le traitement doit être étudié : 1° au moment même de l'accès de colique hépatique; 2° dans l'intervalle des accès. Il a alors pour but soit de prévenir la formation de nouveaux calculs, soit d'assurer l'évacuation des calculs encore existants. Au traitement des complications se rattache la grosse question de l'intervention chirurgicale dans la lithiase biliaire.

I. TRAITEMENT DE L'ACCÈS DE COLIQUE HÉPATIQUE. — Calmer la douleur, faciliter l'expulsion du calcul, modérer les accidents réflexes, telles sont les principales indications.

1° *Douleur.* — *a.* La douleur est souvent atroce. Les cataplasmes laudanisés très chauds, les lavements laudanisés avec XX ou XXX gouttes de laudanum, les pilules renfermant 1 centigramme d'extrait de belladone et 1 centigramme d'extrait d'opium, et donnés de demi-heure en demi-heure, constitueront les premiers moyens. Les injections de morphine augmentent parfois les vomissements. Mais on sera souvent forcé de passer outre à cet inconvénient. Les grands bains prolongés soulagent beaucoup, mais il faut veiller avec soin au refroidissement. Dans quelques cas, force a été de recourir aux inhalations de chloroforme.

b. Dans d'autres cas, les crises sont modérées, mais reviennent presque chaque jour avec une opiniâtreté désespérante. On évitera en pareil cas l'emploi des narcotiques. La révulsion sur le foie par des sangsues (sujets vigoureux), par des pointes de feu (sujets débiles), le régime lacté intégral par doses très fragmentées, les bains prolongés suffiront souvent. Si ces moyens échouent, on préférera à l'opium et surtout aux injections de morphine, dont les malades

(1) Extrait d'un volume, *Précis de clinique thérapeutique*, qui doit paraître prochainement chez Steinheil.

abusent souvent, le chloral, soit en potion, soit en lavement.

L'antipyrine a parfois offert de l'utilité.

2° *Expulsion des calculs.* — Le nombre des moyens proposés est considérable. Chauffard emploie l'éther amylvalérianique à dose de quatre à six capsules par jour. Le salicylate de soude, à dose de 2 et 3 grammes, paraît surtout utile dans les coliques hépatiques avec fièvre et angiocholite. Ferrand a beaucoup vanté la glycérine. A dose massive (20 à 30 grammes), la glycérine ferait souvent cesser l'accès de colique hépatique. A dose faible (5 à 15 grammes), elle serait un bon moyen de prévenir de nouveaux accès; la glycérine peut être prise dans un peu d'eau alcaline. En outre de la glycérine, l'huile d'olive constitue le moyen le plus actif et le plus inoffensif. Une dose de 200 grammes de très bonne huile d'olive est ordinairement suffisante (on la donnera en deux fois, à un quart d'heure d'intervalle). En cas de répugnance trop vive, elle peut être administrée au moyen du tube de Debove. Elle est presque toujours remarquablement tolérée, même par les malades ayant des vomissements. Le soulagement des douleurs est souvent presque immédiat (Willemin). Le malade, après l'avoir prise, restera couché trois heures sur le côté droit. Dans les crises à répétition, il est préférable de donner l'huile d'olive le soir.

Les purgatifs seront évités pendant la crise même. Ils peuvent en effet faciliter la rupture des canaux biliaires ou l'enclavement du calcul. La crise passée, on préférera les laxatifs légers (manne, eaux minérales purgatives à faible dose).

Complications. — Les vomissements incoercibles seront combattus par la glace, le champagne, la potion de Rivière, au besoin le lavage de l'estomac.

La détresse cardiaque sera combattue par les ventouses sèches, le marteau de Mayor, les injections sous-cutanées d'éther ou de caféine :

Caféine. . . . . } *ââ* 2gr50.
Benzoate de soude . . }
Eau. . . . . q. s. pour 10 cent. c.

Une à quatre injections dans les vingt-quatre heures.

La congestion pulmonaire sera combattue par les ventouses sèches, le décubitus latéral.

II. Traitement dans l'intervalle des accès. — Ce traitement a pour but : 1° d'amener l'évacuation des calculs encore contenus dans la vésicule ; 2° d'empêcher la formation de nouveaux calculs.

1° Évacuation des calculs. *a*) Moyens médicaux.

L'huile d'olive constitue encore le meilleur des moyens à employer. Elle sera donnée à doses plus faibles qu'au moment de l'accès franc, un verre à Bordeaux chaque soir, par exemple, pendant sept à huit soirs de suite. On reprendra après huit jours de repos. La glycérine à faibles doses dans l'eau alcaline, est aussi très utile (5 à 15 grammes par jour).

Le remède de Durande a joui longtemps d'une grande vogue. Ce remède est ainsi formulé :

Essence de térébenthine . . . 10 grammes.
Éther. . . . . 15 —

Le malade prend chaque soir de 2 à 4 grammes de ce remède. C'est dans du bouillon dégraissé que sa saveur est le mieux supportée. Chez les sujets délicats, on peut simplement donner le soir de 2 à 4 capsules d'essence de térébenthine, de 3 à 6 perles d'éther.

L'eau chloroformée est très utile contre la dyspepsie flatulente qui accompagne souvent la lithiase biliaire et semble utile contre la lithiase elle-même. Le malade prendra, après les deux principaux repas, une cuillerée à bouche de :

Eau chloroformée saturée. } *ââ* 120 grammes.
Eau . . . . }

Les alcalins, bicarbonate de soude, magnésie, seront souvent indiqués, tant contre la dyspepsie que contre la lithiase. Le maximum d'efficacité des alcalins est atteint dans la cure thermale de Vichy. L'action des eaux de la Grande-Grille, bues sur place, est telle que les doses doivent être surveillées avec soin pour éviter la production des coliques hépatiques. A distance, les eaux de la Grande-Grille peuvent être conseillées chaque matin, à dose de un demi-verre à un verre par jour (70 à 140 grammes). On aura soin de les réchauffer au bain-marie jusqu'à la température de 40 degrés environ.

Dans tous les cas, enfin, où il existe de la fièvre, où l'on peut craindre l'angiocholite biliaire, on ne saurait trop recommander l'emploi du salol, le véritable antiseptique biliaire que possède la thérapeutique. Des doses de 4 à 5 grammes par jour, par cachets de 50 centigrammes à 1 gramme, sont très bien tolérées.

Le salicylate de soude (2 à 3 grammes par jour) rend aussi la bile plus fluide.

On s'attachera à combattre la constipation, mais les purgatifs seront toujours prescrits à doses modérées.

Moyens chirurgicaux. — Les quatre procédés qu'il faut surtout mentionner sont : 1° la cholécystotomie, en laissant une fistule biliaire, la vésicule ouverte étant suturée à la paroi abdominale; 2° la cholécystotomie sans fistule, les parois de la vésicule étant suturées ; 3° la cholécystectomie ou ablation de la vésicule; 4° la cholécystentérostomie ou abouchement de la vésicule dans l'intestin. Ce n'est guère qu'au cours même de l'opération, d'après les adhérences, l'état des parois de la vésicule, le degré d'inflammation, que le chirurgien peut se décider entre ces quatre grands procédés et leurs innombrables variantes opératoires. Le point important est de discuter les indications mêmes de l'intervention chirurgicale.

L'obstruction calculeuse est l'indication la plus générale. Cette obstruction peut se traduire par une dilatation de la vésicule dans laquelle on sent parfois les calculs frotter sous la main comme des noix. Elle peut se traduire par de l'ictère chronique, de la décoloration des matières fécales. Alors même qu'il n'y a pas de signes d'obstruction, des crises de coliques hépatiques, violentes, répétées, prolongées, pourraient justifier l'intervention.

Un point souvent embarrassant au point de vue des contre-indications est l'état général. L'angiocholite au début est plutôt une indication d'intervention. Mais plus tard les malades offrent souvent une fièvre intense par infection biliaire, ils sont profondément cachectiques. A côté de la tumeur de la vésicule biliaire existe une hypertrophie du foie par cirrhose. Ces sujets et surtout ceux qui offrent un ictère marqué, une tendance aux hémorragies, supportent mal les opérations. Pourtant s'il existe une tumeur biliaire, l'intervention doit être tentée chez eux. On s'attachera à donner le chloroforme d'une façon continue et à très faibles

doses, l'emploi de fortes doses de chloroforme semblant être chez ces malades un des facteurs de la gravité des opérations.

Avant de se décider à l'intervention, il sera toujours bon d'essayer une cure thermale à Vichy. En cas d'urgence, cette cure peut être conseillée même l'hiver.

Les fistules biliaires, qui se produisent parfois par ulcération due aux calculs enclavés, ont été traitées avec succès par la cholécystectomie. L'épanchement de bile dans le péritoine, par rupture des canaux ou de la vésicule, n'est pas toujours suivi immédiatement d'une péritonite suraiguë. La laparotomie peut utilement intervenir. L'occlusion intestinale, produite par l'arrêt d'un calcul dans l'intestin, exigera rarement la laparotomie. Les moyens médicaux (massage, électricité, purgatifs) réussiront ordinairement.

Traitement destiné à prévenir la formation de nouveaux calculs. — *Hygiène.* — L'exercice et surtout l'exercice au grand air, deux à trois heures après les repas, constitue un bon moyen d'activer le cours de la bile. Les bains alcalins, les frictions cutanées, le massage seront très utiles. Le massage au niveau même de la vésicule peut être utile à la condition d'être fait avec prudence. L'hydrothérapie, très utile également, exige de grands ménagements.

Régime. — Les boissons seront, sauf la contre-indication de dilatation de l'estomac, un peu abondantes. Le vin de Bordeaux, léger et naturel, constitue, coupé de moitié eau, la boisson de choix. Les vins blancs seront parfois mieux supportés que le vin rouge. Il est important que l'eau consommée ordinairement renferme peu de sels de chaux. En pareil cas, on conseillerait des eaux minérales faiblement alcalines et gazeuses : Renlaigue, Vals (Pauline ou Saint-Jean) ou bien l'eau très digestive et à peine minéralisée d'Alet.

Le vin pur très vieux peut être permis en cas d'anémie marquée, mais on défendra le champagne, les vins alcooliques, l'alcool et les liqueurs, le cidre, la bière. Le thé et le café peuvent être permis avec modération. Le lait est trop riche en matières grasses pour être conseillé. Mais les cures de lait écrémé, de petit lait, seront souvent utiles.

De l'alimentation solide, on devra exclure autant que possible les corps gras (beurre, graisse, huile, bouillon non dégraissé), les féculents (pâtisserie, pâtes, carottes, pommes de terre et pain en trop grande abondance), les sucres (plats sucrés, fruits très sucrés).

Les viandes sont permises, à condition d'éviter les viandes noires (gibier et surtout gibier faisandé), le boudin, la cervelle, les pâtés, le foie gras, les salaisons. Le poisson est permis, mais on défendra les crustacés (crevettes, écrevisses, homards), les moules et les coquillages. Les huîtres sont bien tolérées. Les œufs ne seront pris qu'avec modération.

Les légumes verts, cuits au jus et non au beurre (salades cuites, asperges, haricots verts, pois très fins), devront être très recommandés. Les choux sont assez souvent mal digérés. Les salades crues, trop fortement assaisonnées de vinaigre, sont nuisibles. Mais on peut permettre les salades simplement assaisonnées de jus de rôti. Les artichauts, les légumes secs, le riz ne seront pris qu'avec modération. On évitera les tomates.

Les fruits frais sont excellents. Les cures de raisin peuvent être fort utiles. Les fruits secs, les confitures, seront défendus.

Médicaments. — Les alcalins ne seront jamais donnés d'une façon trop prolongée. Mieux vaut procéder par cures successives de huit jours avec interruption égale. Les doses ne seront pas successives. On se contentera de deux à trois grammes de bicarbonate de soude, d'un à deux verres d'eau de Vals ou de Vichy dans la journée. Le sulfate de soude à faibles doses (cinq à six grammes) est utile comme laxatif et comme alcalin.

Comme cure thermale, Vichy est avant tout indiqué. Le malade sera prévenu qu'une cure, faite sans direction médicale, peut lui être extrêmement préjudiciable.

La constipation sera combattue avec grand soin. On tâchera même d'obtenir par la régularité des heures, par le massage, par les laxatifs, par le régime, deux selles par jour.

La poudre laxative dite de Vichy mérite d'être connue. Voici, d'après Cyr, sa formule :

Poudre de réglisse	} *áá* 50 grammes.
Poudre de feuilles de sené.	
Semences de fenouil pulvér.	} *áá* 25 —
Soufre sublimé et lavé . .	
Sucre pulvérisé	150 —

Deux à quatre cuillerées à café le soir dans un demi-verre d'eau.

Le boldo a été très vanté et mérite peut-être d'être essayé dans les formes fébriles de la lithiase. On débutera par x gouttes de teinture dans une tasse de centaurée. On peut aller graduellement à xxx gouttes.

Le benzoate de soude, également préconisé, sera donné seulement à doses de 50 centigrammes à 1 gramme. Des doses plus fortes pourront être données dans la forme fébrile. Un très vieux remède, les sucs d'herbe (chicorée, cresson, pissenlit, oseille, trèfle d'eau), mérite d'être mentionné. Les doses seront de cinquante à cent grammes de suc préparé fraîchement chaque matin.

COUP DE FEU DANS L'OREILLE DROITE

Par le docteur Ménière,

Médecin-adjoint des Sourds-Muets.

Le 19 mars 1892, un jeune homme de vingt ans se tira un coup de revolver dans l'oreille droite, le canon introduit dans la conque. La balle était du calibre de 9 millimètres.

Presque immédiatement, deux personnes vinrent au secours du blessé, qui avait perdu connaissance. Un médecin, appelé, arriva vingt minutes après l'accident, et constata un écoulement de sang par l'oreille et par la bouche. La balle fut retrouvée au milieu des matières sanguinolentes vomies sur le lit. Il existait de la paralysie faciale. Le projectile n'était pas entier; il portait sur un point de sa surface une large perte de substance.

L'oreille ne fut pas examinée, et le seul traitement consista en injections boriquées chaudes. Les suites furent assez bénignes, malgré la fièvre qui fut observée durant les trois ou quatre premiers jours.

Le 2 avril (treize jours après l'accident), je fus appelé pour donner mon avis. La déviation de la face, à gauche, est très marquée, et la parole un peu embarrassée, du fait de la paralysie faciale.

Le blessé est dans son lit, sans fièvre, et son état ne me paraît pas indiquer un danger immédiat.

L'entrée du conduit qui n'a jamais présenté de traces de déchirure, ainsi que les médecins l'avaient constaté au début, est noire et comme tatouée par la poudre.

A l'otoscope, le conduit auditif est noirci, et présente une forme conique à *base interne*. La portion fibro-cartilagineuse a éclaté sous la pression des gaz.

Tout au fond, en arrière, on aperçoit la caisse. Le tympan n'est plus représenté que par quelques lambeaux noirâtres, adhérents au cercle tympanal.

Un peu plus en avant et en bas, les tissus sont déchiquetés, noircis, et on voit une solution de continuité anfractueuse, assez étendue.

Lorsque je fis un abondant lavage d'eau coaltarisée, un peu de liquide passa par l'arrière-gorge, et fut craché par le malade.

Le projectile était sorti par le pharynx nasal et avait été rejeté par la bouche. Je jugeai inutile, à ce moment, de chercher à me renseigner plus exactement sur les désordres qu'avait pu produire la balle.

Au point de vue sensoriel, voici le résultat de mon exploration.

Le diapason placé sur le sommet du crâne était perçu sans latéralisation de maximum.

Le maximum passait à droite, lorsque je fermais l'oreille droite avec le doigt. La transmission osseuse était normale avec le diapason en vibration sur l'apophyse mastoïde et sur la bosse frontale à droite. Enfin, la voix haute était entendue à 4 mètres.

Le traitement consista en injections antiseptiques, avec pansement humide sur la région, et enveloppement avec coton boriqué.

Quinze jours après, le jeune homme se levait, puis venait habiter Paris. Je le voyais deux fois par semaine. Le conduit auditif se cicatrisait dans sa profondeur, mais en se rétrécissant. Un stylet, introduit doucement, permettait de sentir quelques points osseux dénudés. La suppuration était peu abondante.

Vers la fin de mai, le blessé s'absenta pendant un mois.

A son retour je constatai que le conduit était en partie comblé par du tissu cicatriciel. Une fistule de 1 millimètre à peine existait à la partie postéro-inférieure du méat. Le stylet pénétrait peu profondément. L'écoulement séro-purulent, sans odeur, était léger. L'audition de la parole avait diminué et les mots à voix haute n'étaient plus entendus qu'à 2 mètres.

Le jeune homme partit aux colonies. Il y est mort il y a six mois, emporté par une affection aiguë du foie.

J'ai appris, quelque temps avant, que l'oreille était absolument fermée par la cicatrice.

Il existe dans la science un assez grand nombre d'observations de coups de feu dans l'oreille, et les cas où le projectile s'est arrêté dans le rocher, sans causer la mort, ne sont pas très rares. Berger en a cité plusieurs.

Le fait que je viens de rapporter présente des particularités intéressantes.

L'éclatement du conduit n'a rien qui doive surprendre; mais, il est extraordinaire qu'une balle de 9 millimètres traverse la région en détruisant le facial, puis frôle sans le blesser le paquet vasculaire, et ressorte enfin dans le pharynx nasal sans causer de lésions plus sérieuses.

Ce qui me paraît important à noter, c'est l'absence de répercussion grave sur l'oreille interne. La pression des gaz a été assez forte pour faire éclater le conduit et le tympan; mais là se sont arrêtés les désordres. L'appareil récepteur était resté indemne.

Je ferai remarquer en terminant que la cicatrisation de la plaie a produit la fermeture complète du conduit auditif.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 janvier 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

RAPPORTS

Greffe osseuse hétéroplastique après trépanation du crâne. — M. LE DENTU lit un rapport sur un travail de M. le docteur Mossé contenant les relations d'une série d'expériences ayant pour but d'étudier les résultats, après la trépanation du crâne, de la réimplantation de la rondelle enlevée et de sa transplantation sur un animal de même espèce ou d'espèce différente.

Ces expériences, au nombre de douze, auraient eu, d'après l'auteur, des suites satisfaisantes, M. Le Dentu estime qu'elles démontrent que, chez les animaux, les réimplantations et les transplantations osseuses aseptiques de rondelles empruntées au crâne, peuvent être suivies de succès, en ce sens que les portions réimplantées et transplantées continuent à vivre et se fusionnent partiellement ou complètement avec les os récepteurs. Elles deviennent, il est vrai, des greffes proprement dites, mais ce résultat doit être considéré comme inconstant, et dans ces conditions, il y a lieu de se demander s'il doit être recherché chez l'homme. Dans ce cas, en effet, il ne faut pas obturer les orifices de trépanation, afin de faciliter au dehors l'écoulement des liquides qui pourraient se collecter ou simplement suinter dans la profondeur de la brèche. L'obturation complète de cette dernière pourrait avoir de tels inconvénients, qu'il est infiniment préférable de ne pas s'y exposer. L'objection atteint non pas seulement les tentatives de greffe hétéroplastique, mais, d'une façon générale, la réimplantation de la rondelle crânienne, qu'il s'agisse du procédé fragmentaire de Macewen ou des procédés plus compliqués de Wagner ou de Kœnig, ou de tel autre dérivé de ceux-là.

Un traitement de la tuberculose par des substances succinogènes. — M. LANCEREAUX rappelle avoir communiqué à l'Académie un travail de M. Caravias, relatif au traitement de la tuberculose par des substances qui, dans l'organisme, produisent de l'acide succinique.

M. Constantin Paul ayant demandé quelle était la quantité d'acide succinique éliminée par les malades soumis à ce traitement, M. Lancereaux a fait entreprendre des recherches à ce sujet par M. Couturieux. Ces recherches ont démontré que les malades soumis au régime dont il s'agit, ont éliminé par les urines jusqu'à trois et quatre grammes d'acide succinique.

« Ce point, ajoute M. Lancereaux, a son importance, car seuls l'acide succinique et sa combinaison acide sont antiseptiques et même fortement antiseptiques, tandis que le sel neutre ne l'est pas.

On peut se demander quelle est l'action de l'acide succinique. Agirait-il en tuant le microbe? M. le docteur Caravias pense qu'il serait puéril de croire qu'une substance, quelle qu'elle soit, charriée avec le sang, puisse avoir prise sur la matière tuberculeuse qui renferme les microbes; cette dernière, dépourvue de vaisseaux, ne peut recevoir l'influence d'aucun médicament. Aussi, l'acide succinique n'agit-il pas sur la matière tuberculeuse, mais bien autour d'elle, où, grâce à son pouvoir antiseptique, il s'oppose à l'envahissement bacillaire. Autrement dit, cet acide modifie le terrain, laissant la matière tuberculeuse passer par toutes ses phases et s'éliminer par l'expectoration, que l'on peut activer par quelques expectorants.

Lors de la première communication, je faisais part à l'Académie de l'amélioration notable que ce traitement produisit chez presque tous les tuberculeux qui lui étaient soumis. Actuellement, je puis affirmer que, sauf les cas où l'intervention devenait inutile, par suite de la trop grande destruction des organes lésés, nous avons obtenu de l'amélioration et une guérison, au moins apparente, toutes les fois que le traitement a été appliqué à une époque peu éloignée du début de la maladie. Je n'ose dire une guérison définitive, parce que, avant de l'affirmer d'une manière certaine, il faut qu'il s'écoule un certain nombre d'années; si, au bout de trois ou quatre ans, il ne survient pas de manifestations tuberculeuses chez les sujets qui, actuellement, paraissent tout à fait guéris, on pourra sûrement dire que le traitement préconisé par le docteur Caravias est réellement efficace; il est, en tout cas, rationnel, et, du reste, inoffensif et toujours bien supporté par les malades.

Quant au reproche fait à ce traitement d'être en partie la

copie de celui que Furster employa, il y a trente ans, il n'a pas sa raison d'être, attendu que Furster ne préconisa que de la viande crue, et cela d'une manière empirique et en quantité insuffisante pour donner les résultats que l'on peut en attendre; ce qui a fait dire à Trousseau et Pidoux que « c'est une illusion de considérer la viande crue comme un remède contre la phtisie ». Du reste, les auteurs qui, dans le cas de phtisie, ont conseillé l'usage de la carotte, ne se doutaient pas davantage que cette ombellifère agit dans l'organisme, en produisant de l'acide succinique. Il en est de même de Norton qui employa l'acide benzoïque et de Chueller qui préconisa le benzoate de soude. »

LECTURE

La caséine et le phosphore du lait.— M. BÉCHAMP lit un mémoire sur la caséine, le phosphore organique de la caséine et l'état des phosphates insolubles dans le lait de vache.

COMMUNICATIONS

Tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE communique un cas de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue dans un cas de mort apparente due à un corps étranger de la trachée. Il s'agit d'un bonbon avalé de travers et qui, après avoir traversé le larynx, n'avait pas complètement oblitéré la trachée, mais qui avait provoqué une syncope réflexe.

Diminution de la fièvre typhoïde à Paris. — M. ROCHARD fait une communication sur ce sujet. Depuis 1883, dit-il, la fièvre typhoïde a diminué à Paris d'une façon régulière et constante. La mortalité par cette maladie n'est plus que de 27,7 p. 100 000 habitants, alors qu'auparavant elle s'était élevée jusqu'à 147. Cette situation tient aux progrès de l'hygiène, à l'assainissement progressif et notamment à la surveillance de mieux en mieux faite des logements insalubres et des garnis. Le régime des eaux d'alimentation a été amélioré à tel point qu'aujourd'hui la population parisienne tout entière a, à sa disposition, de l'eau de source d'excellente qualité et en quantité suffisante pour tous ses besoins. Le plan des égouts, établi par Belgrand et continué par Alphand et Durand-Claye, est en voie d'achèvement. On y apporte, d'autre part, toutes les améliorations indispensables pour assurer l'étanchéité des parois, la pente et le nettoyage à l'aide de grandes masses d'eau. Bientôt le vote du projet d'emprunt de 117 millions permettra de conduire toutes les eaux vannes de Paris à des champs d'épandage situés aux diverses boucles de la Seine, de façon à ne rejeter dans ce fleuve que des eaux dépourvues de toutes matières nocives.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le somnambulisme provoqué et la fascination (1), par le docteur E. Mesnet.

Les questions de somnambulisme et d'hypnotisme sont, depuis quelques années, à l'ordre du jour et à la mode. Il n'en était pas ainsi, il y a quelque quarante ans. On dédaignait ces problèmes, faute de les connaître. M. le docteur Mesnet, un des premiers, s'en est occupé scientifiquement, alors qu'il y avait quelque mérite à le faire. Par ses travaux que tout le monde connaît et apprécie, il a contribué, pour une grande part, à tirer ces questions du domaine du *merveilleux* et à triompher de la suspicion injustifiée qu'on leur opposait dans ces milieux scientifiques.

M. le docteur Mesnet réunit aujourd'hui en un volume les principaux résultats des études qu'il poursuit depuis si longtemps « sur le somnambulisme provoqué et la fascination ». Il nous promet un second volume sur le somnambulisme spontané.

1) In-8°. Prix : 7 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Toutes les questions qu'aborde l'auteur dans cet ouvrage sont appuyées de faits cliniques, presque tous personnels et rigoureusement contrôlés. M. le docteur Mesnet n'est pas seulement psychologue. Avant tout médecin, il se garde d'étudier à l'état d'isolement, les phénomènes qu'il rapporte. Il les rapproche sans cesse de l'état général des sujets, montrant quel précieux secours on peut obtenir d'un examen psycho-somatique approfondi, de la recherche des antécédents et de la manière d'être habituelle, etc.

Le côté médico-légal, surtout en ce qui concerne les « outrages à la pudeur, les violences sur les organes sexuels de la femme », occupe une large place dans le nouveau livre de M. le docteur Mesnet.

La préface nous donne, à grands traits, des indications historiques sur ces névroses que Cerise appelait *extraordinaires*, et résume les caractères différentiels des somnambulismes *provoqué* et *spontané*. Puis, l'auteur aborde la question si importante de la *mémoire* dans les somnambulismes. On sait que les anciens magnétiseurs avaient affirmé qu'au réveil le somnambule ne conserve *aucun souvenir* des actes accomplis, pendant le sommeil, avec la conscience la moins contestable et la volonté la plus résolue. C'était là un fait si gros de conséquences pratiques que beaucoup de bons esprits n'ont consenti à l'admettre qu'après de très nombreuses et irréfutables démonstrations. Le doute n'est plus permis aujourd'hui, si bien que *l'oubli au réveil* est considéré non plus seulement comme un symptôme de somnambulisme, mais comme le plus sûr moyen de le reconnaître dans les cas douteux, comme *la preuve même* de son existence.

Mais cet oubli n'est pas absolu, car, dans un nouvel accès de sommeil, le sujet retrouvera le souvenir des faits qui ont eu lieu dans les accès antérieurs ; de sorte qu'en réalité le somnambule présente deux existences différentes : celle de l'état de veille et celle de l'état de sommeil, chacune avec la continuité de ses souvenirs particuliers. C'est ce que l'on désigne du nom de *condition prime* et *condition seconde*.

Nous trouvons, dans l'ouvrage de M. le docteur Mesnet, des considérations pleines d'intérêt sur ces phénomènes de « scission et de reviviscence » de la mémoire, ainsi que des faits cliniques montrant l'importance médico-légale de ces données. Nous citerons entre autres l'histoire du somnambule D..., condamné pour un prétendu délit commis pendant la phase somnambulique et qui fut acquitté, en cour d'appel, grâce à l'intervention de MM. Motet et Mesnet, qui fournirent la preuve expérimentale de son état morbide et de son innocence.

Examinant ensuite la question « du viol dans l'état d'hypnotisme », M. le docteur Mesnet montre qu'en général les organes génitaux sont insensibles dans cet état. Il a pu, très souvent, appliquer le spéculum, pratiquer des opérations sanglantes sur le vagin et l'utérus, à l'insu de la patiente ; il a vu un accouchement assez long se produire chez une primipare, presque entièrement sans douleurs, sous l'influence combinée du sommeil provoqué et de la suggestion, etc... Naturellement, dans ces cas, oubli total au réveil. Dans les cas, assez nombreux, où les malades répugnaient à ce genre d'examen et résistaient énergiquement à la volonté de l'expérimentateur, M. le docteur Mesnet a toujours pu venir à bout de ces résistances; la malade finit toujours par céder, « si l'on sait commander ».

De l'ensemble de ces faits, l'auteur conclut « *à l'impuissance de la volonté dans l'état de somnambulisme provoqué* » et, logiquement, à la possibilité *théorique* du viol dans l'état d'hypnotisme. Par voie de conséquence, M. le docteur Mesnet est également amené à rejeter l'opinion qui veut que les hypnotisés accomplissent les suggestions qui leur sont agréables et qu'ils rejettent celles qui leur déplaisent. Puisque leur volonté est impuissante, l'hypnotiseur peut toujours, s'il sait et s'il veut vraiment commander, triompher de leur résistance, ils obéiront au jour et à l'heure fixés. C'est la grave question du *crime expérimental* résolue par l'affirmative. Mais l'auteur se borne à l'affirmation *théorique* ; il fait les plus sages réserves pour les cas particuliers, dans l'appré-

ciation desquels on ne saurait s'entourer de trop de précautions.

A propos de la *fascination*, qui n'est qu'un cas particulier du somnambulisme ou, plus généralement, de l'hypnose, M. le docteur Mesnet étudie les faits si curieux de *sensibilité élective;* il en décrit les variations au gré de l'expérimentateur, qui peut souverainement restreindre ou élargir les relations du fasciné avec le monde extérieur, qui peut même *transmettre* à une tierce personne son pouvoir exclusif sur le fasciné.

Sous le rapport médico-légal, les conclusions générales de M. le docteur Mesnet sont que *la volonté de l'hypnotisé est plus apparente que réelle; elle n'est qu'une volonté fruste, incapable de se maintenir en face d'un expérimentateur qui sait vouloir et commander.* De telles conditions de trouble et de débilité mentale faisant le somnambule provoqué, incapable de se défendre et d'agir librement, sa responsabilité légale ne peut être mise en cause. Il est irresponsable au même titre que le somnambule spontané..... »

J'ai voulu montrer, par cette rapide analyse, tout l'intérêt qui s'attache à l'ouvrage de M. le docteur Mesnet. Profondément clinique, ce livre laisse volontairement de côté les hypothèses hasardeuses pour s'en tenir aux faits d'une observation rigoureuse et d'un contrôle toujours possible. Néanmoins, je l'ai indiqué chemin faisant, l'auteur ne recule pas, quand il s'agit de prendre parti et de se prononcer sur ces difficiles questions. Il le fait avec la largeur d'esprit et la netteté de vues qu'on lui connaît. Son livre sera lu avec intérêt et profit par ceux qui sont au courant de ces matières; il en inspirera le goût à ceux qui les connaissent mal.

Dr J. Falret,
Médecin de la Salpêtrière.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés du ministre de l'intérieur et sur l'avis conforme du comité de direction des services de l'hygiène, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes désignées ci-après, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi, en France et en Tunisie, dans le courant de l'année 1893 :

France. — *Médailles d'or* : M. Baylac, interne des hôpitaux de Toulouse; M. le docteur Massot (de Perpignan).

Rappels de médailles d'or : MM. les docteurs Massine (de Thuir); Peyronnet (de Carcassonne); Pradel (de Prades); Vaysse (de Limoux), titulaires de médailles d'or à l'occasion du choléra de 1884.

Médailles de vermeil : MM. les docteurs Plantard (de Chantenay), et Rapin (de Nantes).

Médailles d'argent : M. Cassoute, interne des hôpitaux de Marseille; MM. les docteurs Escalier (d'Alais); Fabre (de Rivesaltes); Fines (de Perpignan); M. Labour, interne des hôpitaux à Nantes; MM. les docteurs de Lamer (de Perpignan); Marie (de Prades); MM. Pichart et Priouzeau, internes des hôpitaux à Nantes; Mme Rougier, en religion sœur Marthe, à l'hospice de Limoux; Mme Sérieys, en religion sœur Joseph, supérieure de l'hospice de Limoux; M. Taillefer, infirmier à l'hospice de Limoux; Mme Trégaro, en religion sœur Saint-Laurent, attachée au service des baraquements de l'hospice de Nantes.

Médailles de bronze : Mme Baré, infirmière aux baraquements de l'hospice de Nantes; M. le docteur Battle (de Perpignan); MM. Berjoan, médecin à Vinça; Chaillé, infirmier aux baraquements de l'hospice de Nantes; Chauvet; Dreullet; M. le docteur Chevalier (d'Alais); Crépaud, garçon d'amphithéâtre à l'hospice de Nantes; MM. les docteurs Jaubert (de Perpignan); Llopet (de Soler); Massina (de Vernet-les-Bains); Mme Panis, en religion sœur Rosalie (de l'hospice de Prades); MM. les docteurs Traby (d'Olette) et Jalesky (d'Alais).

Mentions honorables : M. Baillo, élève en médecine (de Montpellier); MM. le docteur Fabre, Malpas, Montoya (de Perpignan); Pons (d'Ille-sur-Têt).

Tunisie. — *Médailles d'or* : M. le docteur Delaborde, médecin aide-major de 1re classe à l'hôpital militaire de Gafsa.

Médailles de vermeil : MM. les médecins aides-majors de 1re classe Austric (de Gafsa), Courtet et Provendier (de Tunis).

— *Épidémie de typhus en* 1893. — Nord. — *Médailles d'or* : MM. les docteurs Combemale (de Montpellier), Gorez (de Lille) et Maravini, étudiant en médecine à Lille.

Médailles d'argent : Mme Kaysen, en religion sœur Marie-Geneviève, à l'hôpital de la Charité à Lille; Mme Rousseau, infirmière au même hôpital.

Seine. — *Médaille d'or* : MM. les docteurs Sapelier (de Nanterre), Séailles (de Paris), épidémie cholérique en 1892.

Seine-et-Oise. — *Médaille d'argent* : M. Maniglier, infirmier volontaire à l'hospice de Pontoise.

Gironde. — *Médaille de bronze* : Mme Beau, en religion sœur Ursule, infirmière à l'hôpital Pellegrin, à Bordeaux (épidémie de variole 1892).

Rhône. — *Médaille de bronze* : M. Alex, interne à l'hospice de la Charité à Lyon (épidémie de diphtérie en 1893).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Lafarettes est nommé aide de clinique des maladies des enfants (emploi nouveau).

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Haushalter, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire des maladies des enfants.

M. Simon, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie générale et de pathologie interne, en remplacement de M. le professeur Hecht, admis à la retraite.

— *Santé publique.* — *Choléra* : 4 décès dans le Finistère. — *Typhus* : 27 cas à l'Hôtel-Dieu de Soissons, 6 décès; 2 cas à Chauny, 1 décès; et plusieurs cas à Septmons, près de Soissons. — *Variole* : 78 cas à Nantes, 25 000 vaccinations ou revaccinations. — *Rougeole* : plus de 600 cas dans la Lozère. — *Oreillons* : épidémie à Mirande.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs de Bonnefoux (de Versailles), Crébessac (de Tonneins), Deneux (de Saint-Amand-les-Eaux), Herpin (de Tours), E. Lacroze (de Gaillon), Salet (de Saint-Germain-en-Laye).

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* no 2 (30 janvier). — I. M. H. Le Chatelier : La constitution chimique des produits hydrauliques. — II. M. C. Marsillon : Les crèches de Paris et de la banlieue. — III. M. G. Bigourdan : Revue annuelle d'astronomie. — IV. Bibliographie. — V. Académies et Sociétés savantes de la France et de l'étranger. — VI. Notice nécrologique. — VII. Supplément.

— Clientèle médicale à céder aux environs de Paris. S'adresser chez M. Stiassnie-Vérick, fabricant de microscopes, rue des Écoles, 43.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes du Carnaval.* — *Billets d'aller et retour à prix réduits.* — A l'occasion des Fêtes du Carnaval, les billets d'aller et retour à prix réduits, prévus par le tarif spécial G. V. no 2, qui seront délivrés les samedi gras, dimanche et lundi gras (3, 4, 5 et 6 février) seront valables jusqu'aux derniers trains de la journée du mercredi des Cendres (7 février).

Ces billets conserveront leur durée de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

44

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, ph^ien, 41, Boul. Haussmann, et t^tes ph^ies.

64

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dép^t : VERNE, prof^r à l'Éc. de méd., Grenoble (France), et ph^ies de France et Etranger.

42

DRAGEES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.

DOSAGE : *0g25 de Phénédine p^r dragée et p^r cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Ph^ie PENNÈS, 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

33



La GOUTTE, la GRAVELLE, les RHUMATISMES sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS DE LITHINE

de CH. LE PERDRIEL

Les *Sels granulés effervescents* sont de petits globules légers ayant l'aspect de cristaux amorphes, très poreux, qui se dissolvent instantanément dans l'eau et donnent un liquide parfaitement effervescent et transparent.

L'acide carbonique, qui se dégage pendant l'effervescence, facilite la solution, l'absorption, la digestion et l'assimilation de la substance active dont il masque la saveur particulière : ces avantages ont fait depuis longtemps adopter nos sels par les notabilités médicales.

47

INSOMNIES
CACHETS DE CHLORALOSE

(Formules des Drs HANRIOT et Ch. RICHET.)

Hypnotique nouveau, supérieur à tous les hypnotiques connus.

JAMAIS DE TROUBLES DIGESTIFS, LE SEUL SANS DANGER POUR LES MALADIES DU CŒUR

B. Bain et Fournier, 43, rue d'Amsterdam et Ph^les seuls préparateurs et seuls possesseurs des véritables formules.

42

GLOBULES DE MYRTOL DU Dr LINARIX

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris

Les **Globules de Myrtol Linarix** s'emploient dans les cas de *Bronchite fétide, Catarrhe des bronches, Asthme catarrhal*, les affections des voies respiratoires compliquées de *Crachements abondants, d'Etouffements, d'Oppression* et de *Quintes de toux.*

« Les malades qui font usage des **Globules** « de **Myrtol Linarix** s'accordent à recon- « naître **qu'ils respirent plus facilement.** »

DOSE : de 6 à 8 Globules Linarix par jour, à prendre par 2 ou 3 à chaque repas.

Prescrire les Véritables Globules Linarix de la **Maison CLIN & Cie, de PARIS.**

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Ph^ie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

11

MALADIES DES VOIES RESPIRATOIRES
TUBERCULOSE PULMONAIRE

CAPSULES COGNET

Eucalyptol absolu iodoformo-créosoté.

Antiseptique incomparable. Parfaitement toléré.

Paris, 4, rue de Charonne, et Ph^ies.

45

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi f^o du catalogue.

55

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.

GRANULES DE BAUMÉ

(Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.)

PH^ie FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

18

S^T-NECTAIRE-M^T-CORNADORE

(PUY-DE-DOME)

SOURCES
ROUGE : **Dyspepsie, Débilité, Chloro-anémie.**
DU PARC : **Diabète, Gravelle, ALBUMINURIE.**

2 litres de ces Eaux équivalent à 1 litre de Sérum sanguin.

Dépôt dans bonnes Pharmacies et Eaux minérales.

23

HAMAMELIS DU DR LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris, Ph^ie CABANÈS, 34, Bd Haussmann. — Ech. s^r dem.

59

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE **MYRRHE**)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE
CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,
28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

SANTAL SALOLÉ LACROIX

4 à 8 capsules par jour. — **AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES**
76, RUE DU CHATEAU-D'EAU, PARIS, ET TOUTES LES PHARMACIES.

SIROP DU

DR DUFAU

A l'extrait de stigmates de **MAÏS**

Maladies aiguës et chroniques de **LA VESSIE**

Diurétique puissant et inoffensif

AFFECTIONS DU CŒUR, ALBUMINURIE

DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, et dans un verre d'eau froide ou chaude. Boisson très agréable.

Prix : 3 francs le flacon.

PILULES DE

PODOPHYLLE COIRRE

CONTRE :

CONSTIPATION HABITUELLE

HÉMORROÏDES, COLIQUE HÉPATIQUE

DOSE : Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.

Prix : 3 francs la boîte.

GRANULES TROIS CACHETS
PHOSPHURE DE ZINC

A 4 milligr., 1/2 milligr. de phosphore actif

Ces **Granules** sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

DOSE : **Un, puis deux granules à chacun des principaux repas.**

Prix : 3 francs le flacon.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des différentes variétés étiologiques et cliniques des abcès froids ou chroniques. — Suppurations aseptiques aiguës et chroniques.

Par P. MAUCLAIRE,
Prosecteur à la Faculté de médecine de Paris.

I

Depuis longtemps déjà M. le professeur Lannelongue a démontré que le mot abcès froid est une mauvaise dénomination, employée pour définir ce que le même auteur, dans un remarquable travail, a démontré être une lésion tuberculeuse.

Nous n'insisterons donc pas, étant donné que les recherches du savant chirurgien de l'hôpital Trousseau sont devenues monnaie courante, sur la nature de l'abcès tuberculeux chronique, auquel, en clinique, on peut cependant, comme nous allons le voir, conserver le nom d'abcès froid en ajoutant immédiatement sa nature étiologique, c'est-à-dire l'épithète : tuberculeux. Nous rappellerons simplement que cet abcès froid tuberculeux est caractérisé par une paroi tuberculogène où pullulent les bacilles et les follicules tuberculeux. M. Lannelongue a bien montré comment la cavité de l'abcès froid s'accroît de par la régression incessante et envahissante de la paroi ancienne et la formation d'une paroi nouvelle, destinée encore à une future liquéfaction.

La surface externe de la paroi se détache difficilement des tissus qui l'environnent; elle envoie des prolongements le long des vaisseaux, le long des muscles, et le « tuberculôme » progresse comme une véritable tumeur maligne. Enfin, les nodules tuberculeux voisins, en s'ouvrant dans la cavité de l'abcès, donnent à la coupe l'aspect de dépressions glandulaires, s'ouvrant dans une muqueuse. Le fait est frappant sur les figures annexées au mémoire de M. Lannelongue de 1881 (1).

(1) Voir aussi : LANNELONGUE. *La tuberculose chirurgicale* (Encycl. Léauté), 1893, p. 23 et suiv.

Quant au contenu de ces abcès froids tuberculeux, c'est un liquide plus ou moins louche, le plus souvent séro-purulent, quelquefois hémorragique, avec des flocons en grumeaux caséeux. Si l'on recherche les bacilles dans ce liquide, on est étonné de n'en trouver qu'une très faible quantité — quand on en rencontre. Quelquefois, le bacille tuberculeux est seul; d'autres fois, il est associé à des microbes pyogènes. Dans plusieurs cas d'abcès froids tuberculeux symptomatiques d'une lésion rachidienne, M. Babès a trouvé les vaisseaux de la paroi oblitérés par des streptocoques pyogènes. Le pus de l'abcès contenait une grande quantité de ces microbes pyogènes, mais il n'y avait pas de bacilles de Koch. Dans trois autres cas d'abcès froids tuberculeux, il fut difficile de trouver le bacille de la tuberculose dans la paroi de l'abcès, mais le pus donna deux fois des cultures de staphylococcus aureus, une fois associé au streptocoque pyogène.

Guissler, dans sept cas d'abcès froids tuberculeux, ne trouva pas de bacilles.

MM. Verneuil et Baretta, dans des abcès froids tuberculeux subissant une poussée aiguë, reconnurent l'existence des bacilles, associés à des streptocoques le plus souvent, plus rarement à des staphylocoques.

De même les recherches de MM. Cornil, Babès, Pawlowsky ont montré que, dans les ostéo-arthrites tuberculeuses, le bacille est souvent associé à des streptocoques, plus rarement à des staphylocoques. Nous avons insisté sur ce point, dans la partie de notre thèse ayant trait aux formes microbiennes des ostéo-arthrites tuberculeuses. Il est évident que, dans tous ces cas, c'est par infection endogène que cette association microbienne se produit, des microbes pyogènes sortant des vaisseaux, sanguins peut-être, lymphatiques certainement, pour venir s'ajouter aux bacilles tuberculeux.

Si on trouve rarement le bacille de Koch dans le pus des abcès froids tuberculeux, faudra-t-il avoir recours à des réactions chimiques pour reconnaître la nature tuberculeuse d'un de ces abcès? C'est ce qui est possible, d'après MM. Debraye et Legrain (1). D'après ces auteurs, le pus des abcès chauds donne la réaction des peptones, c'est-à-dire une coloration rose, quand, à quelques gouttes de ce pus diluées dans un peu d'eau distillée et additionnées d'un fragment de potasse ou de soude, on ajoute quelques gouttes d'une solution incolore de sulfate de cuivre. Le pus

(1) DEBRAYE et LEGRAIN. *Rev. méd. de l'Est*, 1893.

des abcès froids ne contenant que le bacille tuberculeux et n'ayant jamais été contaminé par des microbes pyogènes vulgaires, donne, dans les mêmes conditions, la réaction violette des albumines. Nous citons ce fait, parce qu'il y a peut-être là une application utile en clinique.

Telle est la bactériologie de l'abcès froid tuberculeux. Mais avant de passer à l'étude des autres variétés d'abcès froids ou chroniques, rappelons que le bacille de Koch peut déterminer des accidents aigus, c'est-à-dire des abcès aigus vulgaires. En effet, Frænkel a rapporté un cas d'abcès cérébral aigu, dont le pus ne contenait que le bacille de Koch. Plus récemment, MM. Rendu et Boulloche ont rapporté un cas analogue. MM. Cornil et Arloing ont confirmé ces faits, en déclarant que le bacille tuberculeux, atténué, ne produisait plus la lésion typique tuberculeuse, mais des abcès phlegmoneux et non caséeux, quand on l'injectait à des animaux.

Ces observations prouvent donc que, non seulement le bacille de Koch est pyogène quand il est associé à d'autres microbes, mais de plus, il peut, dans certaines conditions encore difficiles à déterminer, produire une suppuration aiguë. C'est pourquoi, dans un travail sur les ostéomyélites, nous avons affirmé que certains abcès des os étaient peut-être dus au bacille de Koch, sans participation d'autres microbes. La prédisposition du bacille de Koch à se localiser dans le système lymphatique et partant dans la moelle des os, qui, à notre avis, est un organe moitié sanguin, moitié lymphatique, n'est plus à démontrer, et dans la première partie de notre thèse, nous avons rapporté de ce fait des preuves surabondantes.

Les abcès séreux de la périostite albumineuse et les abcès tuberculeux à liquides séreux, représentent encore une variété d'abcès froids tuberculeux ou ostéomyélitiques. En ce qui concerne les abcès séreux tuberculeux, tous les auteurs n'admettent pas que le liquide séreux se soit formé d'emblée; ils pensent qu'il n'est que la transformation d'un abcès froid ordinaire, dont les cellules de pus auraient été résorbées peu à peu, ne laissant dans la cavité que la sérosité plus ou moins visqueuse [Lannelongue et Le Dentu (1)].

Dans le cas d'abcès séreux ostéomyélitique et à marche chronique, la sécrétion d'emblée du liquide séreux est aujourd'hui admise (Berg); M. Nicaise admet qu'il s'agit ici d'une ostéite exsudative non purulente. Mais les causes de cette périostite, dite albumineuse, sont très multiples; citons les principales qui ont été démontrées : c'est l'infection ou tuberculeuse, ou staphylococcienne ou streptococcienne. Ce serait là un terme de transition entre l'abcès froid tuberculeux et l'abcès froid à staphylocoque.

II

La clinique ne sanctionne pas absolument une division des abcès en abcès chauds à microbes pyogènes normaux et abcès froids à bacille de Koch (2). Aussi la Société de chirurgie a pu proposer, comme question de concours : « Tous les abcès froids sont-ils tuberculeux ? »

Étudions donc surtout les abcès froids non tuberculeux et sous-cutanés, car nous serions entraînés trop loin s'il fallait étudier à fond les abcès froids non tuberculeux, ostéopathiques, ganglionnaires, viscéraux, etc. (mamelle, foie, etc.).

Le staphylocoque doré peut, en effet, provoquer des abcès froids sous-cutanés. Le fait a été démontré récemment par M. Walther par l'observation suivante :

Il s'agissait d'une jeune fille qui, à l'âge de treize ans, avait eu un phlegmon du pied gauche avec lymphangite. Peu après se manifesta une ostéomyélite du cinquième métacarpien gauche, à la suite de laquelle fut expulsé un petit séquestre. A l'âge de quinze ans, arthrite de l'épaule gauche qui guérit par des pointes de feu. Aussitôt après, contracture des muscles péri-articulaires du coude et ostéomyélite subaiguë de l'extrémité inférieure de l'humérus. Trépanation de l'os, curetage d'un abcès intra-musculaire du brachial antérieur. Le pus de l'abcès intra-osseux et celui de l'abcès musculaire renfermaient des staphylocoques dorés.

Un mois après l'opération (octobre 1891), on constate une petite tumeur sur la partie antérieure du thorax, sous le grand pectoral, fluctuante, indolente, et du volume d'un haricot. Ce petit abcès existait depuis un an déjà; une ponction ne put évacuer le pus qui était trop visqueux.

En février 1892, la malade signale à M. Walther une nouvelle tumeur, qui s'était développée lentement au bras gauche; c'était un abcès siégeant profondément sous le bord postérieur du deltoïde. Ces deux abcès furent incisés. L'abcès antérieur siégeant sous le grand pectoral, était bien indépendant de toute lésion osseuse. Le pus était très épais, comme gélatineux; la paroi de l'abcès était formée d'une coque dure, fibreuse. L'abcès du bras présenta les mêmes caractères. L'opérateur trouva le même pus gélatineux, la même coque fibreuse épaisse, analogue à la paroi fibreuse d'enveloppe des vieux abcès froids tuberculeux. Ces deux abcès contenaient le staphylocoque doré.

Deux mois plus tard (mai 1892), apparition d'une nouvelle tumeur entre la face externe du fémur gauche, à 4 centimètres au-dessus du condyle. A l'opération, on trouva une masse de fongosités d'aspect myxomateux, n'adhérant qu'à un point très limité de la paroi. Elles étaient humectées d'un liquide filant, visqueux, légèrement opalescent; mais il n'y avait pas de véritable collection liquide dans la cavité. Les parois étaient constituées par une coque fibreuse très dure, de 6 à 7 millimètres d'épaisseur, confondue à sa périphérie avec l'aponévrose du triceps et avec le périoste épaissi lui-même sur une certaine étendue et ne présentant aucun décollement, aucun orifice conduisant sur un point osseux dénudé. La face interne de la paroi n'était pas tapissée d'une membrane analogue à celle qu'on trouve dans les abcès froids; elle était formée par du tissu fibreux, sauf dans le point auquel adhéraient les fongosités.

L'examen bactériologique, fait par M. Netter, a démontré l'existence du staphylocoque doré et du staphylocoque blanc.

L'examen histologique, fait par M. Pillet, a montré que les fongosités étaient infiltrées de pus dans toute leur épaisseur; nulle part il existait des cellules géantes ou des foyers inflammatoires rappelant la tuberculose. L'aspect de ces fongosités rappelait beaucoup celui des bourgeons charnus en pleine suppuration. Quant à la nature filante du liquide, elle paraissait devoir être attribuée à la liquéfaction des éléments conjonctifs.

Dans ce troisième abcès, il s'agissait donc encore d'une forme plus atténuée d'infection par le staphylocoque. Il

(1) Le Dentu. Kyste séreux provenant de la transformation d'un ancien abcès froid d'origine costale, *Bull. de la Soc. de chir.*, 1881, p. 491.

(2) Reclus. T. I, p. 20.

ne s'agissait plus, comme dans les premiers abcès, d'une lésion évoluant sans provoquer aucune réaction générale, aucune réaction locale, véritable abcès froid non tuberculeux. Ici, le foyer n'avait plus aucun caractère de l'abcès, c'était une cavité à paroi fibreuse très épaisse, remplie d'une masse exubérante, de fongosités d'aspect myxomateux. Or, certains abcès froids tuberculeux, ou mieux certains tuberculômes non liquéfiés ont cet aspect caractéristique.

M. Bertoye (1) avait également rapporté, il y a déjà quelques années, un fait bien intéressant d'infection chronique par le staphylocoque doré, qui avait déterminé sur tout le corps une série de petits abcès, ayant tous les caractères des abcès froids. Il s'agissait d'une jeune fille qui, à l'âge de quinze ans, vit se développer à l'avant-bras une tuméfaction limitée, augmentant progressivement de volume et ayant atteint la grosseur d'une noix, sans donner lieu à aucun changement dans la coloration de la peau, à aucune douleur locale, à aucune réaction générale appréciable. Deux mois après son début, cette tumeur s'ouvrit spontanément et laissa s'écouler une cuillerée à bouche d'un liquide jaunâtre homogène, sans mélange de grumeaux. Il se forma trois fistules et l'abcès persista deux ans, sans aucune élimination de sequestre. Actuellement, la cicatrice qui en résulte n'est nullement adhérente au squelette. En même temps, un autre abcès se développa du côté opposé, à 8 centimètres au-dessous de l'épicondyle, il s'ouvrit et suppura un an. En même temps encore, quinze à vingt petits abcès se développèrent, présentant le volume d'une noisette au plus, et donnant lieu, quand ils s'ouvraient, à un liquide analogue, pendant quelques jours ou pendant plusieurs mois. Enfin, à l'âge de dix-huit ans (trois ans après l'apparition du dix-septième abcès) il se forma un abcès costal, à évolution lente, progressive, indolore, l'os en ce point n'était pas augmenté de volume. Il renfermait un pus blanchâtre, fluide, homogène, sans grumeaux et contenant du staphylocoque doré.

Assurément, il s'agit ici, à notre avis et en raisonnant par analogie, d'un cas absolument analogue à celui de M. Walther, quoique les preuves bactériologiques soient ici moins démonstratives. Ajoutons que, dans ce cas encore, l'abcès ossifluent des parois thoraciques s'était développé comme un abcès froid tuberculeux. Et M. Rodet, qui avait fait l'examen bactériologique (1886), conclut avec raison, que le staphylocoque peut déterminer *dans les os et dans les autres tissus, en particulier dans la peau, des suppurations chroniques sans réaction locale ni générale notable, en un mot, une maladie à forme atténuée.* Dans ces cas, dit M. Rodet, il s'agit souvent du staphylocoque blanc.

M. Roger, plus récemment (2), a rapporté un cas d'abcès froid à staphylocoque doré. Il s'agissait d'une petite fille de six ans, qui présentait sur les téguments un grand nombre de petites tumeurs analogues à des abcès froids tuberculeux ou à des gommes tuberculeuses; leur volume variait de celui d'une lentille à celui d'une noisette; à leur niveau, la peau était normale ou légèrement amincie et violacée. Ces tumeurs étaient, les unes dermiques et non adhérentes à la peau; les autres hypodermiques, et également non adhérentes à la peau. Elles étaient surtout abondantes à la face antérieure des avant-bras, où l'on en comptait une dizaine à droite, quinze ou seize à gauche. Il y en avait trois sur la partie antéro-supérieure du thorax, deux sur des parties latérales. Ces tumeurs étaient les unes dures, les autres demi-fluctuantes; en les ponctionnant, on trouvait dans toutes, même dans les plus petites, quelques gouttes d'un pus blanc et crémeux.

Ces abcès avaient débuté lentement et insidieusement, cinq semaines environ avant l'entrée de la petite malade à l'hôpital. A aucun moment, il n'y avait eu de phénomènes fébriles, du reste, au niveau des abcès, on ne trouvait aucune trace de réaction inflammatoire : c'étaient de véritables abcès froids tuberculeux. L'enfant était cachectique, sans cause appréciable, l'apyrexie était complète, mais la malade ne tarda pas à succomber.

L'examen bactériologique montra qu'il s'agissait d'un staphylocoque doré; c'est lui qui avait provoqué, chez l'enfant, une affection à marche lente, tandis que, inoculé chez les lapins, il se montra très virulent. Chez le cobaye, il détermina des abcès à marche lente presque chronique. Chez les lapins, l'inoculation détermina des œdèmes fort étendus et rapidement mortels. Aussi M. Roger conclut-il que le staphylocoque doré peut déterminer, chez les animaux, des septicémies, des suppurations, des gangrènes, des œdèmes très étendus et rapidement mortels. Chez l'homme, il peut déterminer des abcès froids. Puis, se demandant pourquoi l'organisme a réagi d'une façon insolite vis-à-vis du staphylocoque doré, il pense que cette évolution spéciale peut être attribuée soit à un état particulier du microbe, soit à un état particulier de terrain sur lequel il a évolué. Cette deuxième hypothèse est la plus vraisemblable, dit-il, car en pathologie infectieuse, le rôle de l'organisme envahi est encore plus important que le rôle de l'agent envahisseur. C'est ce que Appert (1) a également bien démontré dans sa thèse récente.

M. Herman (2), en expérimentant avec le staphylocoque pyogène blanc, a également bien étudié l'influence des variations du terrain organique, sur l'action des microbes pyogènes. Il admet qu'il existe pour chaque animal et pour chaque tissu une certaine dose minima de culture du microbe, capable de produire un abcès par inoculation, et que l'auteur appelle coefficient de suppuration.

Nous avons aussi observé un fait clinique se rapprochant des précédents, mais sans examen bactériologique, il vaut néanmoins la peine d'être rapporté. Chez un adulte qui présentait à la nuque deux ou trois petits furoncles, il se produisit en un point de la région fessière, là où il n'y a pas de bourse séreuse normalement, un épanchement souscutané de liquide probablement purulent, car la pression était très douloureuse. Il n'y avait aucune altération de la peau à la surface. Au bout de deux mois, cet abcès s'était résorbé sans s'être ouvert au dehors. Par analogie, nous pensons qu'il s'agissait là d'un abcès chronique à staphylocoque, sans être le moins du monde affirmatif évidemment.

L'infection à staphylocoque dure donc très longtemps dans l'économie et les *accidents tardifs peuvent être représentés par des lésions atténuées et de siège divers.* Ainsi, tout récemment, dans une de ses cliniques du mercredi, M. le professeur Lannelongue présentait à l'hôpital Trousseau une

(1) Bertoye. *Lyon méd.*, 1886, p. 144.

(2) Roger. Abcès froids dus au staphylocoque doré, *Gaz. hebdomad.*, 6 août 1892.

(1) Appert. *Du rôle de l'organisme dans les maladies infectieuses*, Th. de Paris, 1893, p. 105 et suiv.

(2) Herman. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, avril 1891.

malade qui, après une ostéomyélite des plus graves du rachis, eut plus tard des abcès de la nuque, probablement déterminés par le staphylocoque; celui-ci, après une première atteinte, infecte donc à perpétuité l'organisme. Peut-être même une première atteinte aiguë n'est-elle pas nécessaire.

III

Le streptocoque peut-il donner lieu à des suppurations froides? Le fait est possible, puisque M. Arloing, en 1884 (1), signalait ce fait que des injections de streptocoques très affaiblis engendrent, lorsqu'ils sont déposés dans le tissu conjonctif, de nombreux abcès ainsi que dans le système musculaire.

Dor, également dans sa thèse, signale des infections chroniques consécutives à l'infection chronique streptococcienne, dans le système musculaire et atrophique, il est vrai, et non suppuratives. Cet auteur rapporte également des faits d'infections chroniques par le charbon, par le microbe de la pneumo-entérite des porcs, par le staphylocoque, etc.

Ces quelques faits nous montrent que le streptocoque, qui envahit facilement les cavités séreuses (plèvre, péritoine, méninges, séreuses) et partant le tissu cellulaire, a plutôt tendance, d'après les recherches actuelles, à y déterminer des lésions plus souvent aiguës que chroniques dans leur début.

M. Achalme (2), dans sa thèse, signale la présence, dans certains cas, d'abcès caséeux à la base de l'oreille des lapins auxquels on a inoculé une culture de streptocoque. Le fait ne doit pas nous étonner, car chez cet animal qui, au point de vue de la suppuration, ne réagit pas comme l'homme, les suppurations caséeuses sont assez fréquentes; nous l'avons observé dans des expériences sur les arthrites suppurées. Plus loin, M. Achalme insiste sur la forme circonscrite des complications phlegmoneuses survenant au déclin d'un érysipèle. Il se forme des abcès et, ce qu'il y a de curieux dans l'évolution de ceux-ci, c'est l'absence totale de réaction générale et locale à partir du moment de leur collection. Ils peuvent passer inaperçus et c'est alors, longtemps après, un mois environ, qu'ils parviennent à se faire jour spontanément à l'extérieur. Leur évolution, dit Tillmann, se fait comme celle des abcès froids lentement et sans réaction. Dans deux cas, Tillmann les a vus se résorber. Dans un cas, M. Achalme a vu un certain nombre de ces nodules phlegmoneux disparaître même après avoir constaté leur fluctuation.

Enfin plus loin, M. Achalme ne décrit-il pas un cas d'érysipèle chronique d'emblée déterminé par le streptocoque?

Ces faits nous montrent que le streptocoque peut, comme le bacille tuberculeux et comme le staphylocoque, déterminer des abcès sous-cutanés qui, dans leur évolution, présentent une marche froide et chronique d'emblée, et cela dans certains cas, rares il est vrai, mais intéressants néanmoins à connaître.

IV

Le pneumocoque peut-il également déterminer des lésions suppuratives chroniques, c'est-à-dire des abcès froids?

(1) Arloing. *C. R. de l'Acad. des sc.*, p. 1040.

(2) Achalme. Th. de Paris, 1893, p. 54, 154 et 187.

Pour ce qui est des abcès sous-cutanés aigus, le fait est certain. M. Lemière, en effet, rapporte l'observation d'un malade en pleine évolution de fièvre pneumonique chez lequel une injection sous-cutanée de caféine détermina la formation d'un abcès aigu à pneumocoque.

En ce qui concerne les suppurations chroniques à pneumocoque, en voici une observation de M. Condamin (1). Elle aussi vaut la peine d'être rapportée en détail.

Le malade, âgé de vingt-sept ans, présenta les lésions d'une otite grippale avec suppuration. En même temps, se développa un abcès de la région dorsale de la main gauche avec tuméfaction diffuse assez limitée. Cette collection fut ouverte au thermocautère; trois jours après, l'abcès était guéri, mais en même temps, il s'en produisit d'autres plus circonscrits dans le bras, du même côté et dans celui du côté opposé, puis dans la suite, d'autres aux deux jambes, mais en somme successivement. M. Condamin crut d'abord avoir affaire à de la pyohémie, comme celle que l'on rencontre à la suite de certaines otites, et cela d'autant plus que le malade présentait des frissons et un état général très mauvais. Toutefois il n'y avait pas de grandes oscillations dans les températures. Tous ces abcès apparurent successivement et n'étaient que sous-cutanés. Il y en eut quinze à dix-huit au moins et ils évoluèrent tous à peu près de la même façon.

Au début, on constatait une simple tuméfaction autour d'un point induré rappelant assez bien certaines gommes sous-cutanées, puis petit à petit l'induration diminuait, la rougeur augmentait, la fluctuation apparaissait et, le plus souvent, ne dépassait pas le volume d'un œuf de poule. *Ce qui caractérisait ces collections purulentes, c'était leur évolution sans fracas, sans douleur très vive, en somme, à la façon des abcès froids tuberculeux.*

Le pus était très épais, peu fluide, très jaune, sans odeur. Il présentait parfois des détritus qui ressemblaient un peu au bourbillon de certains furoncles.

D'autre part, il y avait peu de tendance à la diffusion. Une simple ponction évacuatrice guérissait ces abcès. Si on ne les ouvrait pas, ils devenaient très douloureux, sans cependant augmenter de volume et d'autres collections se produisaient avec fièvre élevée (41°2).

Ce qui caractérisait ces abcès, c'étaient donc leur indolence et leur tendance à la guérison, dès qu'une ponction au thermocautère avait permis l'évacuation du pus, et c'était enfin leur multiplicité.

Des abcès à pneumocoques ont été signalés par Naunotti (2) dans la région sous-maxillaire, dans la région mastoïdienne, dans un abcès dentaire et dans un abcès périnéphrétique. Mais nous ne savons pas s'il s'agissait d'abcès à marche aiguë ou chronique.

V

Le bacille d'Éberth peut également donner lieu à des suppurations froides simulant les lésions analogues dues au bacille de Koch. Melchior, cité par MM. Chantemesse (3) et Widal, a rapporté le cas d'un enfant de onze ans qui, pen-

(1) Condamin. *Lyon méd.*, 7 fév. 1893.

(2) Naunotti. Clin. chir. dell' Universito di Pisa, 1891, anal. in *Rev. des sc. méd.*, 1892, p. 267.

(3) Chantemesse et Widal. Des suppurations froides consécutives à la fièvre typhoïde, Soc. méd. des hôpit., 28 nov. 1893.

dant la convalescence d'une fièvre typhoïde, présenta d'abord plusieurs foyers osseux d'ostéomyélite. Puis sept mois environ après le début de la fièvre typhoïde, on vit se développer un abcès à la jambe gauche, puis un autre à la face interne du tibia droit; le premier était un abcès purement muscutaire, tandis qu'au fond de l'autre, on sentait l'os dénudé. L'enfant rentra à l'hôpital le mois suivant et pendant son séjour, il se développa un nouvel abcès, qui s'accrut très lentement comme les précédents, sans symptômes morbides accentués, sans fièvre ni retentissement sur l'état général, sans traumatisme préalable, *pareil en tout à un abcès froid tuberculeux*. Dans le pus de ces abcès, qui durèrent longtemps, malgré plusieurs interventions chirurgicales, on constata le bacille d'Éberth, dont on contrôla toutes les réactions, y compris celles de la lactose.

MM. Chantemesse et Widal et leur élève, M. Dehu (1), ont bien insisté sur les abcès sous-périostés se développant souvent longtemps après une fièvre typhoïde et suivant un processus essentiellement chronique. Tantôt la suppuration sous-cutanée fait corps avec l'os, tantôt elle est située à une distance plus ou moins grande de la lésion osseuse. Lorsque l'os est superficiel, le rapport entre l'abcès et le foyer osseux est facile à saisir. Lorsque l'os est plus profondément caché et placé dans des parties molles, l'origine osseuse peut être plus difficile à dépister. Le diagnostic peut être éclairci si, au fond de l'abcès, on sent l'os dénudé, sinon le doute persiste et l'on peut se demander, comme dans les cas de Rosin et Hirschel, si l'on n'est pas en présence d'un abcès purement musculaire.

La quantité de pus collecté dans ces abcès froids symptomatiques, typhoïdiques, sous-périostés, musculaires ou sous-cutanés, peut varier de quelques gouttes à un quart de litre. Il est, en général, crémeux, bien lié, de coloration blanche ou jaune et sans odeur. Il peut être épais, brunâtre, coloré par des globules rouges.

VI

M. Saboïa (2) a décrit des abcès froids paludéens. Dans sa première observation, il s'agissait d'une malade qui, quelque temps après la guérison de ses accès de fièvre paludéenne, vit se développer plusieurs tumeurs fluctuantes, l'une le long du bord interne du bras droit, une au-dessous de la clavicule et la troisième à l'angle inférieur de l'omoplate. Ces abcès avaient tous les caractères des abcès froids, car ils n'offraient aucun des signes d'un état phlegmoneux, ni rougeur, ni chaleur, ni douleur. Ils contenaient du pus jaune épais. Le lendemain de leur incision, il s'en développa deux autres au bras gauche, qui furent ouverts; le surlendemain, trois autres abcès s'étaient développés; le fait se renouvela plusieurs fois et dans l'espace de trente-six à quarante-huit heures, il se formait de nouvelles collections purulentes, quelques-unes grosses comme le poing, sans déterminer la moindre réaction, sans être accompagnées de rougeur ni de chaleur, ni de douleur et sans fièvre. La malade présenta vingt-huit abcès semblables. M. Saboïa a observé trois autres cas analogues et il affirme que, dans ces cas, il ne s'agissait pas de pyohémie. A l'examen bactériologique, on trouva des microbes analogues à ceux de la malaria (?). Les abcès étaient presque toujours sous-cutanés, rarement sous-aponévrotiques, et suivant, presque tous, le trajet des gros réseaux lymphatiques.

Interprétant les faits de M. Saboïa, M. le professeur Lannelongue émit dès lors l'idée que, en dehors de la tuberculose, il existe d'autres variétés de collections purulentes, d'origine diverse, et qu'il existe d'autres formes d'abcès froids. L'avenir a démontré l'exactitude de cette opinion.

Peut-être, en relisant l'observation de M. Saboïa, trouverait-on beaucoup de points de ressemblance avec une variété d'infection purulente subaiguë à déterminations sous-cutanées, rappelant ces abcès métastatiques que Velpeau (1) avait appelés « abcès tuberculeux survenant chez les opérés ». Néanmoins nous avons tenu à rapporter ces faits d'abcès froids paludéens, sans considérer leur pathogénie comme bien démontrée.

Disons enfin, pour terminer ce chapitre, que certains abcès froids du foie sont peut-être déterminés par les amibes qui, pour quelques auteurs, sont causes de la dysenterie. Mais ce sont encore là des faits à l'étude et pouvant être des intermédiaires entre les suppurations septiques et les suppurations aseptiques.

VII

Suppurations aseptiques aigues ou chroniques. — Tous les abcès chroniques précédemment étudiés étaient des abcès microbiens. Or les recherches récentes ont montré que certains abcès froids ou chroniques peuvent se développer sous l'influence de certaines substances médicamenteuses injectées sous la peau. Le fait était connu depuis longtemps, il est vrai, en clinique; sa constatation date au moins du jour où ont été faites les injections sous-cutanées de morphine.

Mais cette étude des abcès chroniques aseptiques est liée intimement à l'histoire de la suppuration aseptique, histoire bien intéressante, car elle montre bien l'évolution des idées en pathologie générale chirurgicale. La démonstration de l'existence de cette suppuration aseptique marquera une étape importante dans l'histoire de la chirurgie; aussi allons-nous l'étudier avec soin, en nous basant surtout sur le remarquable travail de M. Lemière (2) et plusieurs autres travaux plus récents [Courmont (3), Dor (4)].

Après les travaux de Pasteur, Ogston, Rosenbach, Passet, etc., toutes les suppurations dites spontanées furent considérées comme provoquées par des microbes pyogènes. Les expériences de Rosenbach, de Krause, de Garré, de Bockhardt, de Steinhaus, etc., avaient, en effet, démontré que ces microbes injectés dans les tissus y déterminaient la suppuration. Puis les recherches de Leber, Gravitz, Bary, Steinhaus, Christmas, démontrèrent que cette suppuration est due non pas au microbe lui-même, mais aux substances chimiques qu'il sécrète et peu à peu on fut amené à admettre que la plupart des microbes pouvaient être pyogènes dans certaines conditions déterminées

(1) Dehu. *Rôle du bacille d'Eberth dans les complications de la fièvre typhoïde*, Th. de Paris, 1893.

(2) Saboïa. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888, p. 141.

(1) Velpeau. *Rev. méd.*, t. IV, p. 325.

(2) Lemière. *De la suppuration*, Th. de Paris, 1891.

(3) Courmont. *Étude sur les substances solubles prédisposant à l'action pathogène de leurs microbes producteurs*, Th. de Lyon, 1891.

(4) Dor. *Lésions infectieuses chroniques. Atténuation des microbes*, Th. de Lyon, 1892.

et qu'en résumé, la suppuration devait être considérée comme le mode de réaction des tissus vivants vis-à-vis des substances chimiques sécrétées par la plupart des microbes (Colzi, Gravitz, Bary, Arloing, etc.).

Tout naturellement les expérimentateurs étudièrent l'action de certaines substances chimiques irritantes et, après les recherches de Klemperer, Councilmann, Uskoff, Orthmann, Strauss, Rujis, Scheurlen, Zuckermann, Gravitz, Bary, Rosenbach, Steinhaus, Christmas, il fut établi, d'une façon irréfutable, qu'il existait une suppuration aseptique et cela, au grand étonnement de ceux que les théories microbiennes avaient enthousiasmés et qui en avaient exagéré les conclusions. Mais les cliniciens, se basant sur certains faits, s'étaient bien gardés de généraliser les données microbiennes à tous les cas. M. Pasteur (1), lui-même d'ailleurs, n'avait-il pas observé cette suppuration aseptique après avoir introduit, sous la peau des animaux, des fragments de laine stérilisés? Mais on alla plus loin que lui, puis après les travaux des auteurs précédemment mentionnés, on revint à lui, en se rappelant les restrictions qu'il avait faites.

De sorte que, au point de vue historique, les théories sur la pathogénie des suppurations sont passées par trois phases bien distinctes : 1° une phase où les suppurations étaient considérées comme d'origine purement irritative et l'irritation était souvent de cause mécanique; 2° une phase où le microbe en lui-même était considéré comme le générateur du pus; 3° la phase actuelle où la suppuration est due à une action chimique sur les tissus, puisque Pasteur, Gravitz, Bary, Christmas, Felheisen, Steinhaus, Dubler, Arloing, ont démontré que les cultures des microbes pyogènes, tués par la chaleur, possèdent encore des propriétés pyogènes.

Ainsi, tandis que les corps inertes, aseptiques, les irritations purement mécaniques ne provoquent jamais dans les tissus une réaction inflammatoire suffisante pour aboutir à la suppuration, il n'en est pas de même pour les substances chimiques d'origine microbienne.

M. Lemière, après avoir admis ce fait, passe à l'étude des résultats que donne l'injection sous-cutanée d'un grand nombre de substances chimiques aseptiques, d'origine non microbienne. Les faits et les expériences (au nombre de 345) qu'il rapporte, sont bien intéressants. Il groupe ses résultats de la façon suivante :

1° Substances (aseptisées) résorbées par les tissus sans aucune inflammation : eau distillée, lait, sang, bile, urine, glycérine, vaseline liquide, huile d'olive, huile de foie de morue, éther, thymol, ichtyol, salol, créosote, iodoforme, morphine (solution fraîche), etc.

2° Substances provoquant une inflammation passagère plus ou moins violente : acide lactique, phénique acétique (en solutions faibles), potasse, soude, chlorure de sodium, alcool, eau, sublimé, etc. Les unes provoquent simplement l'apparition d'une légère tuméfaction qui disparaît bientôt; les autres amènent après leur introduction, une violente inflammation avec exsudation séro-fibrineuse (exsudat aseptique); les autres peuvent occasionner la formation d'un exsudat plus ou moins puriforme, mais aucune d'elles ne réussit jamais à provoquer l'apparition d'un véritable abcès. Dans la partie de notre thèse ayant trait à la méthode sclérogène, nous n'avons signalé que des épanchements sanguins ou séreux après l'injection de chlorure de zinc, mais jamais d'abcès.

3° Substances qui amènent la formation d'un véritable abcès : créoline, mercure métallique, calomel, essence de térébenthine, essence de girofle, huile de cèdre, pétrole, ammoniaque, nitrate d'argent.

Dans ces abcès aigus ou chroniques amicrobiens, le pus est aseptique, car ni par les cultures, ni par l'examen du pus, ni par l'examen de la paroi, on ne parvient à mettre en évidence un seul microbe. Dans la formation de ces abcès amicrobiens, aigus ou chroniques, il faut tenir compte de ce fait des substances qui ont été injectées en même temps, du « véhicule » dans lequel l'irritant chimique est émulsionné ou dissous, de la dose, de la concentration de l'espèce animale.

D'après Lemière, chez le lapin ces abcès aseptiques sont d'une étendue variable, ils se manifestent et évoluent très lentement, ils ne prennent pas une forme bombée, saillante au dehors, ils s'aplatissent de façon à prendre la forme discoïde. Une fois produits, ils ont une tendance à se résorber. Comme tous les abcès aseptiques, ils ne se généralisent pas, et jamais Lemière n'a constaté de métastase viscérale; cependant, ils sont rarement uniques, on en trouve d'autres, plus petits, dans le tissu cellulaire voisin, propagés par la voie lymphatique.

Chez le chien, ces abcès amicrobiens s'observent également, mais avec moins de facilité. Chez lui, l'abcès d'origine chimique se forme avec une grande rapidité, beaucoup plus rapidement que l'abcès microbien; chez le lapin, c'est le contraire qui a lieu, l'abcès chimique est beaucoup plus long à se produire que l'abcès microbien. Suivant l'espèce animale, il y a donc là une différence dans la date de l'apparition de cet abcès. De plus, étudiées suivant leur marche, il faut remarquer que les suppurations microbiennes sont nettement progressives et donnent lieu à des localisations métastatiques. Ces deux caractères manquent dans les suppurations amicrobiennes.

Ainsi, après quarante-huit ou soixante-douze heures, la substance chimique produit un vaste abcès qui n'a plus guère de tendance à s'accroître et passe à l'état chronique, tandis que les abcès microbiens envahissent rapidement, progressivement les parties voisines.

De plus, les suppurations d'origine chimique se distinguent essentiellement de celles causées par les microbes, par leur terminaison; celles-ci aboutissent à la perforation de la peau, les premières s'encapsulent et la résorption est progressive et très longue à se produire (Lemière).

L'abcès amicrobien ne donne jamais lieu à des symptômes généraux et la fièvre est exceptionnelle. La tuméfaction et la douleur, tels sont les deux signes constants des suppurations aseptiques; *la rougeur et la chaleur de la peau au niveau de l'abcès sont exceptionnelles*. Le pus microbien est infectieux, c'est-à-dire phlogène et pyogène, et il est même capable de provoquer une infection générale; le pus aseptique, d'origine chimique, est complètement dépourvu de ces propriétés. Il n'y a pas de différence macroscopique bien nette entre le pus des abcès microbiens et celui des abcès amicrobiens.

L'existence de ces suppurations aseptiques n'avait pas tardé à attirer l'attention des expérimentateurs. Ainsi, Ogston dit n'avoir jamais rencontré des microbes dans le pus des abcès froids tuberculeux, et l'inoculation du pus, faite au cobaye dans ces cas, n'amena jamais ni abcès, ni

(1) Pasteur. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1878, p. 432.

maladie générale d'aucune sorte. Dans quelques cas d'empyème, Jaworski et Frænkel ne trouvèrent pas de microbes. Rosenbach ne trouva pas de microbes dans deux cas de kystes hydatiques suppurés du foie. Tilanus, Zuckerman, Watson, Helferich, rapportèrent des cas de suppuration où ils ne découvrirent pas de microbes. Peut-être ici s'agissait-il de ces collections de vieux pus devenu amicrobien et aseptique, comme le fait s'observe dans des cas de salpingites anciennes. Zuckerman, Rosenbach, Leber, Répin, rapportèrent des observations de suppuration dans des kystes ou autour de kystes hydatiques et dans le pus il n'y avait pas de microbes. Voici le cas de Répin : L'abcès amicrobien était développé autour d'une hydatide du tissu conjonctif sous-cutané de la région pectorale. Cette tumeur avait le volume d'un œuf, elle était indolore et nettement fluctuante. A l'incision, on trouva une hydatide nageant au milieu d'un liquide ressemblant à du pus phlegmoneux, visqueux et inodore. Ce pus après examen, culture et inoculation, fut reconnu amicrobien.

Étant donné les recherches récentes sur le pus aseptique, il faut penser qu'ici la suppuration a été produite par les substances chimiques sécrétées par l'hydatide.

Féréol a observé, chez une morphinomane, des abcès sous-cutanés tout à fait semblables à ceux du farcin. L'inoculation du pus de ces abcès, faite par M. Nocard, est restée absolument négative. Shattuck a publié un cas de colite ulcéreuse chronique ayant donné lieu à une endocardite infectieuse avec furonculose étendue. Or, dans le sang et le pus des furoncles, les cultures ne purent déceler aucun microbe. Dans certains cas d'arthrite purulente, compliquant la méningite cérébro-spinale, MM. Cornil et Babès n'ont pas toujours trouvé de microbes.

Dans des cas d'abcès dysentérique du foie, on a souvent rencontré, soit du pus sans microbe (Talamon, Arnaud et L. D'Astros), soit du pus stérile (Peyrot, Veillon et Jayle, Gilbert et Girode).

Dans certaines observations de bubons suppurés, on n'a pas non plus trouvé de microbes (Watson, Cheyne, Strauss, Robin, Barduzzi, Ducrey).

Dans certaines arthrites blennorragiques suppurées, on n'a souvent trouvé dans le pus aucun microbe (Dieulafoy). Dans quelques cas de salpingite suppurée également (Sænger, Orthmann, Thibault, Boisleux).

Après avoir rapporté ces différentes observations, Lemière conclut : « On doit avouer que jusqu'à présent les abcès froids restent encore, malgré tout, un problème. Dans beaucoup de cas, nous sommes autorisés à admettre l'action du bacille tuberculeux, mais dans d'autres, on n'a jamais pu découvrir aucun micrebe, et les auteurs ont dû se baser sur l'analogie de la marche clinique pour admettre la nature étiologique tuberculeuse de ces abcès. »

Chez les malades qui se font ou auxquels on fait des injections sous-cutanées, aseptiquement, ces abcès froids ou chroniques s'observent parfois. Nous avons tous vu ces morphinomanes enragés présenter, soit au bras, soit à la cuisse, toute une gamme de bosselures dont quelques-unes sont nettement fluctuantes. Un grand nombre de substances injectées dans l'hypoderme déterminent une irritation violente (alcool, éther, antipyrine, ergotine, arsenic, chlorure de zinc, oxyde jaune, etc.).

D'autres vont même jusqu'à déterminer des abcès en dehors de toute intervention microbienne [acide pyrogallique, cantharide, eucalyptol, acide phénique, créosote, caféine, nitrate d'argent, térébenthine, tartre stibié, huile de genévrier, mercure, huile grise (mercure et huile), calomel].

Dans la formation de ces abcès aseptiques, il faut évidemment tenir compte de la quantité de substance injectée, de la manière dont l'injection est faite, etc. Il est évident que l'on peut dire que l'abcès ne se produit que chez des individus en puissance de suppuration, c'est-à-dire qui ont déjà ailleurs un foyer de suppuration. C'est ainsi que M. Lemière rapporte une observation d'un malade qui, dans le cours d'une pneumonie, présenta, au niveau d'une injection sous-cutanée de caféine, un petit abcès à pneumocoque. Mais, ainsi que M. Lemière, nous pensons qu'il s'agit là d'un fait exceptionnel, car tous les abcès produits par les substances chimiques étaient amicrobiens de par l'examen et de par les cultures (Lemière).

Rappelons à ce propos les recherches de M. Fochier (1) sur les abcès de fixation, celui-ci prend tantôt des allures d'un véritable abcès chaud, tantôt celles d'un abcès froid, ou du moins les allures d'un abcès qui n'a aucune tendance à ulcérer la peau. En attendant longtemps pour intervenir, on trouve dans la cavité de l'abcès un véritable mastic purulent.

Lorsqu'on incise de bonne heure on trouve un abcès à loge anfractueuse et dont la paroi est constituée par une mince couche de tissu sphacelé et infiltré de pus analogue à la paroi d'un abcès froid tuberculeux, sur certains points, ressemblant sur d'autres au bourbillon du furoncle. Les décollements sont peu étendus. L'essence de térébenthine est longue à se résorber.

Le pus des deux premiers abcès déterminés par M. Fochier fut stérile. Le troisième contenait des streptocoques, mais l'essence de térébenthine n'avait pas été stérilisée.

Tandis que la suppuration microbienne doit être considérée comme le résultat de la lutte des microbes contre les cellules de l'organisme, la suppuration aseptique est le résultat de l'effort tenté par l'organisme et, en particulier, par les cellules pour éliminer et rendre inoffensifs les corps irritants introduits; l'organisme se défend et il utilise la diapédèse abondante qui se produit au point d'injection. Il n'y a aucune différence macroscopique entre le pus microbien et le pus amicrobien. Les globules du pus sont les mêmes dans les deux cas et il n'y a de différence que dans la présence ou dans l'absence de microbes.

La paroi de l'abcès amicrobien, dans un cas étudié chez l'homme, présentait la constitution des gommes tuberculeuses ou des noyaux pseudo-tuberculeux décrits par M. H. Martin (Lemière). Mais chez les animaux, il n'y a pas de différence essentielle entre la constitution des parois des deux abcès microbien et aseptique (Lemière). Dans l'un comme dans l'autre cas, il existe une nécrose partielle entourée d'une zone inflammatoire de réaction caractérisée par une infiltration du tissu par les leucocytes émigrés par suite de l'altération des parois vasculaires et la prolifération des cellules fixes. Peut-être dans la majorité des cas peut-on dire que dans l'abcès microbien la nécrose est plus intense et plus étendue, la diapedèse moins accentuée, mais l'infiltration est plus diffuse, plus irrégulière, plus étendue dans les tissus, tandis que dans l'abcès aseptique la diapédèse domine, l'infiltration est beaucoup plus intense, mais elle est aussi plus limitée en étendue et ce qui frappe souvent, c'est la présence de

(1) Fochier. *Lyon méd.*, 25 août 1893.

noyaux abcédés au milieu de tissu sain et la présence d'une infiltration très intense des tissus en un point, tandis que quelques millimètres plus loin, le tissu est à peine altéré. Cependant il est difficile de dire si ces lésions sont caractéristiques et si ces différences sont toujours aussi accentuées, car souvent, dans l'abcès aseptique, la diapedèse domine tellement tous les autres phénomènes, qu'elle masque tout le tissu et empêche d'apprécier nettement le degré de nécrose des tissus sous-jacents. Ce qui paraît plus frappant, c'est la diffusion plus irrégulière, plus diffuse pour ainsi dire des lésions microbiennes (Lemière).

En résumé, dit M. Lemière, l'abcès aseptique et l'abcès septique ont de grands points de ressemblance dans leur constitution histologique; ils peuvent se produire par des mécanismes presque identiques, mais ils diffèrent absolument dans leur cause : l'un est dû à un agent chimique inerte, l'autre à un agent vivant qui, par suite, peut se reproduire, étendre la lésion, augmenter d'heure en heure la réaction et, par suite, amener des phénomènes généraux graves, toutes propriétés que ne peut posséder l'irritant chimique.

Terminons l'étude de ces suppurations aseptiques par la définition que M. Lemière donne de la suppuration : La suppuration aiguë, dit-il, est le mode de réaction de l'organisme vis-à-vis de certaines substances chimiques, capable de modifier le type nutritif et fonctionnel de la cellule, de provoquer par suite la sécrétion d'un produit nouveau favorisant la diapédèse et de tuer les cellules accumulées dans l'exsudat, *que ces substances soient de nature purement chimique ou d'origine microbienne.*

VIII

Tous ces faits sont bien intéressants. Tout d'abord ils prouvent ce fait que la marche clinique d'une affection ne doit pas toujours être seule considérée dans le diagnostic d'une lésion chronique. Pour ces cas, exceptionnels il est vrai, mais néanmoins importants à mettre en relief, l'examen histologique et bactériologique sera nécessaire et permettra peut-être plus tard d'expliquer certaines anomalies dans la marche de toutes les affections groupées sous un même nom.

Ainsi tous les abcès du tissu cellulaire à marche chronique ne sont donc pas des abcès froids tuberculeux. Ces faits sont importants à rappeler, car l'attention étant attirée sur ce point, des faits analogues ne tarderont pas à être rapportés. C'est dans le même ordre d'idées que, dans notre thèse, nous avons attiré l'attention sur certaines lésions chroniques ostéo-articulaires simulant la tuberculose et qui ne sont peut-être que des ostéo-arthrites chroniques à staphylocoques ou à streptocoques, au sens vrai du mot des ostéomyélites chroniques ou prolongées avec complications articulaires.

De tous ces faits se dégage une conclusion bien intéressante au point de vue de la pathologie générale chirurgicale, c'est que, après avoir exagéré les conclusions apportées par la bactériologie à la clinique, il a fallu bientôt renoncer à voir dans chaque microbe une cause de variété dans l'évolution d'une affection. Les microbes déterminent des lésions de préférence et rarement des lésions spécifiques et partant, la clinique, basée sur des faits, reste toujours exacte dans ses grandes données, puisque plusieurs microbes peuvent donner lieu à la même lésion et partant au même symptôme clinique. Ce n'est pas à dire qu'il n'y ait pas des nuances dans ces lésions et dans ces symptômes. Les recherches de MM. Lannelongue, Achard, Chantemesse, Widal, l'ont démontré pour les ostéomyélites. Ce sont ces différences assurément qu'il faut s'efforcer d'établir. Mais dans les classifications, il ne faut pas trop classer les lésions d'après le microbe causal; il vaut mieux grouper les symptômes et même les maladies suivant leur marche, et ne placer qu'au second rang le ou les microbes causes de celles-ci. En effet, le microbe n'est pas tout dans l'évolution d'une maladie, l'état de l'organisme imprime à celle-ci une marche très différente, suivant les sujets. C'est pourquoi, c'est en se basant sur ces différences de symptômes cliniques qu'il faut classer les différentes formes d'infection de l'organisme.

C'est ainsi que, dans l'étude que nous venons de faire, avons-nous eu soin de grouper les abcès en deux classes, suivant leur marche, c'est-à-dire les abcès aigus et les abcès chroniques. Puis c'est alors seulement, que mettant à profit les données de la bactériologie, nous avons subdivisé les abcès froids ou chroniques en abcès à bacille tuberculeux, à staphylocoque, à bacille d'Éberth, etc., et il y en a probablement encore d'autres que nous ne connaissons pas encore actuellement.

Les recherches que nous avons rapportées nous montrent encore que la tuberculose se démembre et que, avec la syphilis, elle n'a plus le monopole de la plupart des lésions chroniques. En présence de celles-ci, il faudra donc dorénavant se demander s'il ne s'agit pas d'une lésion à streptocoque ou à bacille d'Éberth, par exemple. D'ailleurs est-ce que notre excellent maître, M. le professeur Lannelongue, n'avait pas démontré ce fait quand il affirmait, de par la clinique, que certaines lésions osseuses chroniques étaient, non pas tuberculeuses, mais consécutives à une poussée aiguë, apparente ou cachée, d'ostéomyélite aiguë datant souvent de très loin ?

Au point de vue thérapeutique, les notions qui précèdent ont un grand intérêt. Elles montrent, en effet, que quelques-unes de ces suppurations chroniques, n'ayant aucune tendance à progresser et à envahir les tissus et organes voisins, il suffira souvent, non plus de faire de grandes incisions pour les évacuer, il suffira, dans ces cas, d'une simple ponction avec évacuation et lavage pour obtenir la guérison.

Ainsi s'explique pourquoi certains chirurgiens ont, de tout temps, préconisé la ponction dans certains faits de suppurations. Les bons résultats qu'ils avaient obtenus les encourageaient à la préconiser pour un trop grand nombre de cas, d'où des désastres. Mais le fait n'en subsiste pas moins que, dans certains cas, cette intervention anodine peut suffire. Nous espérons bientôt démontrer le même fait pour certaines formes d'arthrites suppurées.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 janvier 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATION

Néphrolithotomie. — **M. LE DENTU**, à l'occasion du travail de M. Tuffier (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 109 et 116), rappelle qu'en 1888, trois mois avant la première communication de M. Tuffier à la Société anatomique, il a lui-même présenté une observation de néphrolithotomie qu'il a exécutée selon le procédé décrit.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR L'HYSTÉRECTOMIE VAGINALE APPLIQUÉE AU TRAITEMENT DU PROLAPSUS

M. BOUILLY fait connaître les résultats de sa pratique. Il n'a pas pratiqué l'hystérectomie dans les cas de prolapsus, sauf dans un seul cas et encore par surprise et par suite d'un diagnostic incomplet. Il s'agissait d'une vieille femme dont l'utérus prolabé était petit, atrophié. Il pratiqua l'hystérectomie qui fut, dans ce cas, des plus simples. Ici l'opération était indiquée. Dans tous les autres cas, M. Bouilly s'est contenté d'opérations réparatrices portant, soit sur le vagin, soit sur le col utérin.

Il estime que, dans les prolapsus génitaux, les complications de fibromes ou de lésions des annexes sont absolument exceptionnelles. Dans ces prolapsus, ce sont les parois vaginales qui jouent pour ainsi dire les grands premiers rôles. C'est donc sur ces parois qu'il faut agir pour corriger le prolapsus utérin. Ces opérations réparatrices, bien exécutées, suffiront pour donner de bons résultats.

M. Bouilly a pratiqué 160 de ces opérations, soit de colporraphie antérieure, soit de colpopérinéorraphie. C'est grâce aux perfectionnements qu'il a apportés dans son manuel opératoire, qu'il est arrivé à obtenir des résultats de plus en plus satisfaisants. Quelle que soit la méthode à laquelle on se rallie, c'est aux parois vaginales qu'il faut s'adresser. La formule opératoire doit toujours aboutir à ce résultat : rétrécir et fermer, reconstituer une cavité vaginale virtuelle. Dans ces sortes d'opérations, il faut être bien imbu de cette idée, qu'il faut sembler avoir trop fait pour avoir fait assez. Il faut donc faire de larges avivements et les fermer par une suture solide.

M. Bouilly rejette, de parti pris, les opérations qui s'adressent à l'utérus, telles que l'hystéropexie ou l'hystérectomie vaginale; ce sont là, pour lui, des opérations d'exception. Ce serait compromettre une bonne opération, l'hystérectomie vaginale, que de l'appliquer à des cas auxquels elle ne s'adresse pas.

M. QUÉNU proteste contre l'intention que paraît lui prêter M. Bouilly de généraliser l'application de l'hystérectomie vaginale au traitement du prolapsus utérin.

M. POZZI, d'accord avec M. Bouilly, considère l'hystérectomie vaginale comme une opération d'exception, appliquée au traitement du prolapsus utérin. Cependant on ne doit pas la rejeter d'emblée. Ce n'est d'ailleurs pas une opération nouvelle, en tant que moyen de traitement du prolapsus utérin. Depuis plusieurs années déjà, cette opération a été parfaitement réglée dans ses indications et dans son manuel opératoire.

M. Pozzi l'envisage au point de vue de ses indications, de sa technique et de ses résultats. Les indications en sont rares. Cependant il est des cas où il est impossible de réduire ou de maintenir les organes prolabés d'une façon durable, sans recourir à l'hystérectomie suivie de la colpopexie. L'hystérectomie, dans ces cas, n'est qu'un temps secondaire de la colpopérinéorraphie. De même qu'il est des cas où il faut réséquer l'épiploon pour faire la cure radicale d'une hernie, de même il est des circonstances dans lesquelles il faut enlever l'utérus pour assurer le bon résultat de la colpopérinéorraphie. C'est dans ces limites que l'hystérectomie vaginale doit être appliquée au traitement du prolapsus utérin. M. Pozzi l'a pratiquée, dans ces conditions, quatre fois.

M. Pozzi décrit ensuite avec détails la technique de cette double opération, qu'on peut faire en une seule fois. Si l'on veut pratiquer, dans la même séance, l'hystérectomie et la colpopérinéorraphie, il ne faut pas avoir recours au pincement des ligaments larges, mais bien à la ligature. M. Pozzi taille deux lambeaux vaginaux, l'un triangulaire, large, antérieur; l'autre plus petit, postérieur. Il obtient ainsi une parfaite fermeture du vagin. L'idée, défendue par M. Quénu, de fixer la partie supérieure du vagin aux moignons des ligaments larges, de façon à obtenir une sangle, est une idée séduisante, mais plus théorique que pratique. Cette sangle, cette colpopexie, se trouve formée par la cicatrisation naturelle.

Les contre-indications de l'hystérectomie doivent être tirées du jeune âge de la malade ou de tares organiques du côté du cœur, des poumons ou des reins.

M. Pozzi fait connaître les résultats des quatre opérations qu'il a pratiquées.

M. PICQUÉ s'applique à démontrer que l'opération d'Alexander donne de bons résultats dans le traitement du prolapsus utérin chez les vieilles femmes.

M. CHAPUT fait connaître les résultats de sa pratique, qui porte sur 18 malades qu'il a opérées depuis 1891. Il divise les opérations qu'il a pratiquées, dans ces cas, en quatre catégories : opérations périnéo-vaginales, hystéropexies, colporraphies et hystérectomies.

M. DESPRÉS constate que chacun des opérateurs qui ont pris la parole dans cette discussion, préconise une opération différente du précédent; l'un vante l'opération d'Alexander, l'autre l'hystéropexie, un autre la colpopérinéorraphie, un autre l'hystérectomie. Qu'est-ce que cela prouve? C'est que toutes ces opérations échouent. En effet, elles sont inutiles. Ce qui cause le prolapsus utérin, c'est le défaut de résistance du plancher périnéal. Quand vous avez supprimé l'utérus, vous n'empêchez pas pour cela le vagin, refoulé par la masse intestinale, de s'abaisser faute d'un plancher suffisamment résistant. Voilà trente ans que M. Després soigne des prolapsus utérins et il n'a jamais eu à appliquer à leur traitement aucune des opérations en question. Il n'y a qu'un seul cas où l'hystérectomie serait indiquée, c'est le cas, d'ailleurs exceptionnel, où l'utérus est irréductible. Faites porter à vos malades une bonne ceinture abdominale de Récamier ou de Nonat, avec pelotte périnéale, et vous n'aurez pas besoin de les opérer. Ce traitement, ajoute M. Després, m'a, jusqu'ici, toujours réussi. Je ne conteste pas votre bonne foi, mais je constate que la multiplicité même des opérations que vous proposez prouve leur inefficacité.

PRÉSENTATION DE MALADES

Gastrectomie. — **M. TUFFIER** présente une malade qui était atteinte de vomissements incoercibles causés par un épithéliome occupant la grande courbure de l'estomac et se prolongeant jusqu'au voisinage du pylore. M. Tuffier fit la résection de l'estomac en dépassant largement les limites du mal. Cette malade ne vomit plus, se nourrit bien et ne présente, jusqu'ici, aucun signe de généralisation. Elle a été opérée le 23 novembre dernier.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Morphologie du corps humain, par le professeur De Giovanni (de Padoue).

Les expressions de tempérament, constitution, prédispositions, dont les médecins et les profanes se servent et continueront longtemps, sans doute, à se servir, ne représentent rien de précis. Les différents types, qu'on est dans l'habitude de distinguer, répondent à des idées théoriques surannées, ou ne sont que l'empirique constatation d'apparences grossières sans coordination scientifique et sans méthode.

Je désire appeler l'attention sur une doctrine nouvelle, ou, pour mieux dire, tout un corps de doctrine étayé sur un ensemble de données parfaitement établies. L'auteur est le docteur de Giovanni, directeur de la clinique médicale générale de l'Université de Padoue, qu'une longue carrière professorale, d'importants travaux de pathologie générale, et surtout un esprit hautement mais clairement philosophique semblaient spécialement désigner pour cette grande synthèse de biologie.

Il y a deux ans que parut le livre *Morfologia del corpo umano* (1), dont le succès fut considérable. Plusieurs fois traduit à l'étranger,

(1) Ulric Hoepli ed., Milan.

il y a lieu de s'étonner de l'indifférence avec laquelle il fut accueilli en France, et j'ai le sentiment de réparer un injuste oubli en le faisant connaître. Je le fais d'autant plus volontiers que j'ai pu voir la doctrine à l'épreuve dans mon service de Saint-Lazare, grâce aux obligeantes démonstrations de M. Arslan, le distingué chef de clinique de Padoue.

La morphologie méthodiquement interrogée livre les secrets de la vie pour chaque organisme, tel est le principe fondamental. Par l'harmonie des proportions et des formes se révèle l'équilibre parfait des fonctions, dont jouit le type humain idéal. Tout défaut d'harmonie accuse un équilibre troublé, une tendance à l'excès ou au défaut, une prédisposition à la maladie. De là les trois théorèmes suivants :

a. Tout ce qui, chez un individu, marque une désharmonie morphologique ou une anomalie dans le processus évolutif, est source ou peut être source de maladie.

b. L'individu se transforme continuellement, suivant le principe des corrélations morphologiques et fonctionnelles, ou en vertu de l'adaptation aux ambiants. Aux diverses époques de sa vie, il présentera donc diverses formes de morbidité.

c. A toutes les époques de la vie, est applicable le principe que, dans la morphologie spéciale de l'organisme, existe la raison de chaque maladie.

Instruit de ces données tout médecin doit donc pouvoir connaître *a priori*, par un examen bien fait, les prédispositions de chaque individu, et tout diagnostic, pour être complet, devra comprendre l'étude de la forme ; car, si tout individu exprime un type morphologique spécial, tout cas morbide représente un type morphologique clinique, et pour être vraiment rationnelles, la thérapeutique et l'hygiène doivent s'inspirer de ces notions, de même que la surveillance de l'enfant qui se développe devra surtout viser la conservation de l'harmonie morphologique.

Parmi les états morbides de l'homme, il en est qui reproduisent des dispositions normales chez telles espèces animales (l'obésité, la prédominance de l'acide urique, etc.). Cette constatation conduit à l'axiome suivant : Tout ce qui, chez l'homme, rappelle physiologiquement ou morphologiquement une condition identique ou semblable, naturelle dans une espèce inférieure, peut être cause de morbidité.

Pour arriver à recueillir ces données morphologiques si précieuses, plusieurs moyens sont à la disposition du clinicien.

La méthode de de Giovanni repose sur la mensuration, l'inspection, l'examen objectif, aidés aussi de l'anamnèse.

Deux mots sur la mensuration qui est la première opération à aborder, parce qu'elle éclaire le médecin sur tout le reste. Elle est basée sur les principes suivants :

L'altitude personnelle est égale à la grande envergure (cette dernière est obtenue en mesurant la distance de l'extrémité des deux médius, les bras étant horizontalement étendus) Alp = Ge.

La circonférence du thorax est égale à la moitié de l'altitude personnelle Cirt = 1/2 Alp.

La hauteur du sternum est égale à 1/5 de la circonférence thoracique Ast = 1/5 Cirt.

La hauteur du ventre, altitude abdominale, est égale aux 2/5 de la circonférence thoracique Aad = 2/5 Cirt.

Le diamètre bi-iliaque est égal aux 4/5 de la hauteur du ventre Biil = 4/5 Aad.

Ainsi est constitué le type idéal.

Si l'on admet toutes ces données, et il n'est guère d'objections à leur opposer, il devient possible d'établir des types de mauvaise morphologie entraînant un fonctionnement physiologique défectueux ; l'auteur en distingue trois variétés principales, dont je reproduirai ici les formules :

Alp < Ge
Cirt < 1/2 Alp
Ast < 1/5 Cirt
Aad = 2/5 Cirt
Biil < 4/5 Aad
Cœur petit.

Ce qui veut dire : défaillance du thorax et de l'abdomen, excès de développement des membres, cœur et artères petits, c'est-à-dire insuffisance respiratoire, basse pression intra-aortique, fonctions trophiques languissantes, pression veineuse exagérée, éréthisme nerveux. En clinique, c'est le lymphatisme de l'enfance, le catarrhe des voies aériennes et digestives, la nutrition languissante.

La deuxième combinaison s'énonce comme suit :

Alp < Ge
Cirt > 1/2 Alp
Ast < 1/5 Cirt ou = 1/5 Cirt
Aad = 2/5 Cirt
Biil = ou > 4/5 Aad
Cœur > normal ou = normal.

Les sujets qui présentent ces caractères sont des robustes, le cœur et les artères sont parfaitement développés. L'observation prouve cependant qu'il faut redouter chez eux les maladies de l'appareil circulatoire par excès de fonctionnement, avec, s'il y a prédominance des dimensions abdominales, retentissement sur le foie et l'intestin. Ils souffrent de pléthore artérielle, veineuse, lymphatique ou séreuse, et sont justiciables des sangsues et de la saignée.

La troisième combinaison consiste uniquement en une énorme disproportion dans le développement de la cavité thoracique et de l'abdomen, lequel se présente avec des dimensions excessives. C'est le lymphatisme abdominal de l'enfance avec les lésions habituelles du foie, du péritoine, des reins, de la rate et de l'intestin, et des ganglions lymphatiques, c'est pour l'âge adulte, quand ils y arrivent, la cirrhose du foie avec évolution vers la constitution lymphatico-scrofuleuse ou pléthorico-veineuse.

L'examen morphologique du cœur offre une grande importance et de Giovanni lui a consacré de longs développements. Chez l'individu sain et de type morphologique normal, si la base du cœur mesure 9 centimètres, le ventricule gauche 10 et le droit 11, la morphologie est satisfaite. Les variantes, telles que base 10, ventricule gauche 12, ventricule droit 13 ou base 10, ventricule gauche 11, ventricule droit 13, attestent l'exagération de volume des ventricules gauche et droit.

Je regrette de ne pouvoir développer ici les déductions physiologiques, pathologiques et thérapeutiques que tire l'auteur de la constatation des différents types irréguliers répondant à une formule concise et déterminée. On trouvera dans ces pages ingénieuses les renseignements les plus précis, les plus logiques sur nos aptitudes morbides jusquà présent indiquées si vaguement. Ces principes se généralisant, marqueront la conquête par l'esprit scientifique d'un domaine bien mal exploré jusqu'ici.

Dr JULLIEN.

— Le lundi 19 mars 1894, un concours pour deux places de chirurgien au Bureau central s'ouvrira à midi, à l'Administration centrale de l'Assistance publique.

Le registre sera ouvert du lundi 19 février 1894, au samedi 3 mars.

— Nous recevons le premier numéro de la « Revue mensuelle de stomatologie », publiée sous la direction de M. le docteur Magitot, à la librairie G. Steinheil, 2, rue Casimir-Delavigne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

44

AVIS. Le Dr Durand, ne pouvant écrire individuellement à tous ceux de ses confrères qui ont bien voulu s'intéresser aux *Nouveautés médicales*, prend la voie du journal pour leur adresser ses sincères remerciments. Il remercie également MM. les Médecins qui, après avoir expérimenté le Vin Durand diastasé, lui ont spontanément transmis leurs observations et leurs félicitations. Il ne croit pouvoir mieux les mériter qu'en continuant à apporter à sa préparation les soins les plus minutieux, afin qu'elle reste digne de leur confiance.

Les *Nouveautés médicales* continueront d'être adressées aux Médecins qui en ont fait la demande et à ceux qui ont bien voulu faire l'essai du Vin Durand.

Dr Durand, 50, rue Boileau, Paris.

77

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE MYRRHE)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE
CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,

28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

22

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, Collin et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

90

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : 1/2 verre à madère au dessert.

PILULES DIGESTIVES de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.

21

ÉMULSION DEFRESNE
D'HUILE DE FOIE DE MORUE
IODO-PHOSPHATÉE

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE
aussi agréable à prendre que le lait

L'Émulsion Defresne, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'Émulsion Defresne contient :
45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'Émulsion Defresne est héroïque dans :
RACHITISME, SCROFULE, | LYMPHATISME, DÉBILITÉ, | ANÉMIE, CONSOMPTION.

L'Émulsion Defresne *est toujours assimilée : Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

Prix : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone**, 4, quai du Marché-Neuf;
Détail : Pharmacie, 2, rue des Lombards.

40

THERMES DE DAX

et **Grand Hôtel des Thermes.**—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

62

TRAITEMENT DES NÉVRALGIES

Les Pilules du Dr Moussette, à l'Aconitine et au Quinium calment ou guérissent la *Migraine*, la *Sciatique* et les *Névralgies* les plus rebelles, ayant résisté aux autres traitements.

L'action sédative que ces Pilules exercent sur l'appareil circulatoire sanguin, par l'intermédiaire des nerfs vaso-moteurs, indique leur emploi dans les *Névralgies du trijumeau*, les *Névralgies congestives*, les *affections Rhumatismales, douloureuses* et *inflammatoires*.

Chaque Pilule Moussette, exactement dosée, contient : Un cinquième de milligramme aconitine cristallisée. Cinq centigrammes quinium pur.

Dose : Commencer par 3 pilules à prendre en trois fois, et ne pas aller au delà de 6 pilules dans les 24 heures.

On peut se procurer les **Véritables Pilules Moussette** par l'entremise des Pharmaciens.

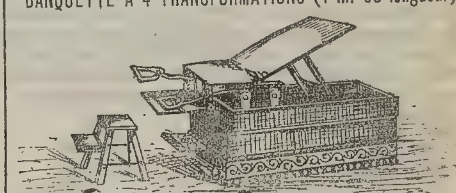
91

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, ex associé de la Maison du *Canapé-lit Leroux*, s'étant retiré, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G. **Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.**

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

42



POUDRE DE VIANDE

de TROUETTE-PERRET

La plus agréable à prendre sans odeur ni saveur.

E. Trouette, 15, rue des Immeubles-Industriels, Paris.

CAPSULES DARTOIS

Ces Capsules, de la grosseur d'une pilule ordinaire, contiennent chacune 0,05 de **VÉRITABLE CRÉOSOTE DE HÊTRE** dissoute dans 0,20 d'huile de foie de morue. — Doses : 3 ou 4 à chaque repas, ou matin et soir avec une petite tasse de lait ou de tisane.

(Bronchites, Catarrhes, Phthisies, Tuberculoses)

LE FLACON, 3 FRANCS, 105, RUE DE RENNES, PARIS, ET LES PHARMACIES

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'Académie en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide,** relèvent le **cœur affaibli,** font disparaître l'**Asystolie,** la **Dyspnée,** l'**Oppression,** les **Œdèmes,** les accès d'**Angine de poitrine,** etc.

On peut en continuer l'usage sans inconvénient.

GRANULES DE CATILLON

A 1/10 MILLIG. **STROPHANTINE** CRIST

TONIQUE DU CŒUR

Éviter les imitations et les teintures infidèles.

Paris, 3, Bould St-Martin et Pharmacies.

Chlorose — Anémie

DRAGÉES
DE
DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque dragée contient 10 centigrammes de **Protoxalate de fer.** — Une à deux dragées au début de deux principaux repas.

Phie DUROZIEZ, 58, Bd St-Michel, Paris.

3 FRANCS LE FLACON

N° 16. — MARDI 6 FÉVRIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 6 FÉVRIER 1894. — N° 16.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 février 1894.

A la Société médicale (séance du 2 février), M. Catrin fait voir la photographie des mains d'un jeune homme vigoureux. Elles présentent des altérations singulières dont le début remonte à la première enfance. La main est courte, épaisse, ramassée, les index privés de leur phalangette comme par un panaris, les ongles des autres doigts irréguliers, en moignons striés. Rien de semblable aux orteils, aucun signe appréciable de lésion nerveuse centrale ou périphérique. Quelques jours après la naissance, il se serait développé à l'extrémité des doigts des boutons qui n'ont guéri qu'au bout de trois mois et auxquels ont succédé les déformations actuelles qui rappellent celles qui se produisent dans la syringomyélie et le panaris récidivant décrit par Morvan (de Lanilis). On sait que Zambaco pacha (de Constantinople) a démontré, par des recherches multipliées, faites surtout en Bretagne, que la lèpre existe encore en France sous une forme atténuée, mais cependant reconnaissable, et il prétend que le panaris analgésique de Morvan n'est qu'une forme de cette maladie. S'agit-il aussi de lèpre dans le cas présent ? C'est bien difficile à dire. Deux choses pourraient le démontrer : la constatation du bacille spécifique qui, du reste, pourrait très bien avoir disparu dans le cas présent, ou celle des nodosités du nerf cubital qui ont une grande valeur diagnostique ; or il n'est pas question de l'état du nerf cubital dans l'observation, d'ailleurs si intéressante, de M. Catrin.

M. Juhel-Rénoy rapporte un fait qui démontre une fois de plus l'efficacité des bains froids dans le traitement de la scarlatine maligne. Un enfant de cinq ans et demi avait une scarlatine grave avec température élevée, délire intense, convulsions, puis état comateux. Les urines étaient complètement supprimées. On donna immédiatement un bain à 25 degrés d'une durée de six minutes, pendant lequel le petit malade se réveilla un peu de son état comateux, pour s'endormir ensuite d'un sommeil naturel et tranquille. Les bains furent renouvelés à la même température toutes les trois heures, pendant six minutes ou tout au moins jusqu'à l'apparition du frisson. On en donna onze en tout, les urines ne tardèrent pas à augmenter, l'amélioration fut complète et la guérison se fit régulièrement. M. Juhel-Rénoy rapporte surtout cette observation à cause de l'importance qu'il attache à la suppression des urines au point de vue de la genèse des accidents nerveux graves de la scarlatine maligne et à leur réapparition au point de vue de la guérison des accidents ataxo-adynamiques.

M. Rendu cite un fait analogue de scarlatine grave guérie par les bains froids, systématiquement donnés toutes les trois heures. Ici aussi les urines, très diminuées tout d'abord, avaient bientôt augmenté en même temps que l'amélioration s'accentuait. M. Le Gendre, dans un cas semblable, la famille ayant formellement refusé de laisser administrer les bains froids, eut recours avec succès aux ventouses scarifiées répétées sur la région lombaire. C'est donc un moyen que l'on pourrait employer en cas semblable, mais il est certain que l'hydrothérapie froide est préférable à la saignée locale et à la révulsion cutanée.

M. Antony (du Val-de-Grâce) rapporte une observation de purpura hémorragique de durée prolongée (trois mois), dans lequel il a trouvé, dans le sang pris au niveau des taches purpuriques ou de la pulpe des doigts, du staphylocoque blanc et du staphylocoque doré. Est-ce suffisant pour caractériser un purpura infectieux ?

M. Faisans a décrit, l'an dernier, la langue grippale. La langue dans la grippe, d'après sa description, se caractériserait par l'apparence suivante : langue humide, recouverte d'une légère couche blanchâtre, opaline, dont la transparence rappelle l'aspect de la porcelaine. Cet état de langue n'a pas été retrouvé par tous les observateurs ; cela tiendrait, pense M. Faisans, à ce que la langue porcelainée n'appartient guère qu'à la forme nerveuse de la grippe. Dans la forme gastro-intestinale, un enduit saburral recouvre la langue qui ferait, en tout cas, disparaître la légère couche blanchâtre opaline de la muqueuse si elle avait préalablement existé.

M. Faisans revient sur la langue dans la grippe à propos d'une communication du docteur Raynaud (d'Alger) qui a rencontré la langue opaline dans la presque totalité des cas de grippe qu'il a récemment observés. M. Netter déclare n'avoir rencontré la langue opaline que dans une localité de Bretagne fortement éprouvée par l'influenza, il ne l'a pas vue à Paris.

Pour notre part, nous pensons que la langue grippale de

M. Faisans est d'observation assez fréquente, mais nous nous demandons si c'est toujours à la grippe qu'elle correspond.

BASSINS VICIÉS

ESSAI DE CLASSIFICATION ; DÉCEPTIONS ET SURPRISES DE L'OBSTÉTRIQUE.

Par le docteur P. Coulhon (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux.

On donne l'épithète *vicié* à tout bassin qui, ne remplissant pas correctement les fonctions qui lui sont dévolues, met obstacle à la parturition et la rend difficile ou dangereuse.

Certains bassins sont viciés par leur trop grande largeur, par *excès d'amplitude ;* d'autres le sont par leur dimension exiguë, par *excès d'étroitesse.* Ces derniers, les bassins rétrécis, peuvent ne présenter aucune déformation, et conserver les rapports proportionnels de leurs diamètres ; ce sont les bassins *viciés avec perfection des formes* (Paul Dubois), que les Allemands décorent du nom élégant de *pelvis justo minor.* Plus souvent, ils offrent une déformation plus ou moins prononcée, et leurs diamètres ont perdu leurs proportions respectives : ce sont les *rétrécissements proprement dits.*

On peut ranger presque tous les bassins viciés sous les quatre chefs principaux suivants :

I. Le bassin rachitique. — Sa caractéristique est l'aplatissement direct, la réduction du diamètre antéro-postérieur, la diminution de hauteur par l'évasement des ailes iliaques, et l'écartement des tubérosités sciatiques. Il présente quelquefois des arêtes tranchantes au pourtour du détroit supérieur.

On peut le trouver en antéversion.

Le rapport 24 : 27 des diamètres transverses supérieurs est changé et parfois renversé : la distance qui sépare les épines iliaques antéro-supérieures est plus grande que celle qui sépare les crêtes iliaques.

Selon qu'il est atteint d'atrophie légère, prononcée, ou inégalement répartie, on a les *types plat, rachitique, aplati et généralement rétréci,* et le *type asymétrique.*

Un quatrième type, plus rare, est le *type pseudo-ostéomalacique,* dans lequel le détroit supérieur a une forme triangulaire, à bords rentrants, comme dans le bassin ostéomalacique.

II. Le bassin coxopathique. — Sa caractéristique est l'aplatissement antéro-latéral, la réduction du diamètre oblique. Il est le résultat d'une affection de l'os coxal ou de ses articulations : coxo-tuberculoses, coxalgies, sacro-coxalgies, luxations coxo-fémorales, ankyloses simples ou doubles de la symphyse, qui unit le sacrum à l'os coxal.

Selon que la lésion est unilatérale ou bilatérale, le bassin coxopathique est *asymétrique* ou *symétrique.*

Il y a deux types de bassin coxopathique asymétrique :

1° Le *type oblique ordinaire ;*

2° Le *type oblique ovalaire.*

Le premier présente une simple réduction du diamètre oblique ; le second, qui se reconnaît à la déviation de la symphyse pubienne, paraît avoir été aplati entre deux forces parallèles qui auraient agi par les deux extrémités d'un de ses diamètres obliques.

Le bassin des coxalgiques affecte le type oblique ovalaire.

Il y a également deux types de bassin coxopathique symétrique :

1° Le *type cordiforme,* propre aux luxations congénitales doubles ;

2° Le *type transversalement rétréci,* appartenant à la double ankylose sacro-iliaque.

Le diamètre antéro-postérieur est prédominant ; les lignes innominées sont presque parallèles, tellement elles sont aplaties latéralement, et cet aplatissement, très prononcé au détroit supérieur, augmente progressivement, jusqu'au détroit périnéal, qui ne représente, dans certains cas, qu'une étroite fente antéro-postérieure. C'est le bassin *double oblique ovalaire,* qu'on dénomme aussi *bassin de Robert.*

III. Le bassin spondilopathique, ou bassin vicié des bossues, produit par une lésion organique ou déformative de la colonne vertébrale.

Il y en a deux types principaux :

1° Le *type cyphotique symétrique,* caractérisé par sa disposition infundibuliforme, et résultant d'une cyphose dorsolombaire ou lombo-sacrée. Cette cyphose est due elle-même, soit à un mal de Pott, qui, ayant creusé la ou les dernières vertèbres lombaires, a produit l'affaissement, l'écroulement de la colonne rachidienne sur le bassin, soit à une lésion déformative des arcs de la dernière vertèbre lombaire qui, en s'allongeant, ont laissé glisser la base de la colonne lombaire en avant de la base du sacrum.

Dans les deux cas, que l'on peut comparer, l'un à une fracture pathologique (spondylizème), l'autre à une luxation (spondylolisthésis) du rachis, le bassin est recouvert par les vertèbres lombaires dans sa partie supérieure ; c'est le *pelvis obtecta.*

Une femme, atteinte de pelvis obtecta, marchait à quatre pattes ; une autre s'asseyait, en guise d'ischions, sur la face postérieure de son sacrum.

2° Le second type est asymétrique ; c'est le *type scoliotique,* spécial aux grandes scolioses. Il n'est pas commun à l'état de pureté ; il est ordinairement allié au rachitisme.

Il y a bien un troisième type, le *lordosique ;* il donne lieu à l'antéversion du bassin. Mais il est encore plus rare que le précédent à l'état isolé. La lordose est, elle-même, souvent secondaire et consécutive à d'autres lésions plus graves.

IV. Le bassin ostéomalacique. — Sa caractéristique est l'irrégularité ; et l'excès de ses déformations, qui sont quelquefois énormes. Tous les diamètres sont rétrécis, la symphyse pubienne est en bec de canard, l'arcade est obstruée par le rapprochement de ses branches, le détroit supérieur offre une section triangulaire, qui fait ressembler le bassin à un tricorne. Depaul exprimait l'irrégularité et la déformation excessive de ce bassin en disant qu'il est *chiffonné.* On connaît, du reste, le bassin de la femme L...

Ce serait une erreur de croire qu'un bassin vicié doit rentrer exclusivement dans un des cadres que je viens d'esquisser. De même qu'une femme peut avoir été, dans son enfance, atteinte à la fois de rachitisme, de coxopathie et d'une affection spondylopathique, de même un bassin peut porter l'empreinte de ces lésions combinées. Sur la limite des quatre grandes divisions principales, il faut donc placer des bassins, et ils sont nombreux, qui participent des unes et des autres.

Certains auteurs, en Allemagne surtout, ont voulu en

faire des formes spéciales et indépendantes. Cette idée ne semble pas justifiée, et il convient plutôt de les ranger tous sous une dénomination unique : les *bassins mixtes*.

Les principaux types de ces bassins sont : les types scolio-rachitique, cypho-scolio-rachitique, lordo-rachitique, lordo-coxopathique.

Le type lordo-rachitique coxopathique, dans lequel on trouve les lésions les plus variées, est beaucoup plus rare. Il n'en présente que plus d'intérêt. Le fait suivant en est un exemple saisissant.

Montluçon, ville connue pour la beauté et la grâce de sa population féminine (1) possède, par un frappant contraste, au nombre de ses indigènes, une fille dont la laideur et la difformité sont des plus remarquables.

Pauline D..., âgée d'une trentaine d'années, a une taille d'enfant, 1m15, une figure chafouine, l'air grêle, l'apparence misérable. Le nez retroussé, le dos en l'air, elle avance péniblement,



boitant tout bas, l'aisselle gauche sans cesse appuyée sur une béquille à deux branches.

Son enfance a été traversée par un long incident pathologique, qui a laissé des traces profondes et ineffaçables. Elle ne commença à marcher qu'à quinze mois, et deux mois plus tard, elle reprenait le lit pour ne le quitter que quatre ans après, atteinte d'une claudication très prononcée. Pendant ce temps, elle avait fait une double coxalgie; les têtes fémorales s'étaient échappées des cotyles et fixées dans les fosses iliaques externes. Il s'était formé deux pseudarthroses ankylotiques, qui maintenaient les membres inférieurs dans la flexion et l'adduction. Les mouvements d'abduction étaient impossibles, surtout à gauche, et ceux de flexion et d'extension, au lieu de se faire dans les articulations coxo-fémorales, avaient leur centre dans la partie inférieure de la colonne rachidienne. Dans la position debout, les jambes étant verticales, le bassin ankylosé en flexion faisait bascule en avant, et la colonne vertébrale, en se redressant, formait avec le sacrum une ensellure énorme, avec projection en haut et en arrière de

(1) Un journal sérieux, le *Moniteur*, donnait, il y a une dizaine d'années, cette appréciation qui n'a pas perdu sa raison d'être.

la région fessière. La vulve, par le fait de l'antéversion du bassin, regardait en arrière, et comme les cuisses en adduction en défendaient les abords, les rapprochements sexuels ne pouvaient s'opérer que par un artifice qu'il est facile d'imaginer.

Les membres étaient minces et grêles; le torse était rabougri, et son profil dessinait un tortueux zigzag, agrémenté d'une légère scoliose à concavité tournée du côté gauche.

Dans des conditions pareilles d'infra-structure, on n'eût jamais supposé qu'un germe fécondant pût approcher autrement qu'à distance froidement respectueuse. Il n'en fut rien, pourtant, et l'on apprit un jour (le 17 avril 1887) avec un étonnement joyeux que Pauline D... était sur le point de faire ses couches. On ne lui connaissait aucune relation; la chose elle-même paraissait chimérique. Aussi l'étonnement n'était-il pas sans un certain mélange d'admiration pour la discrétion, l'habileté et la hardiesse heureuse d'une tentative couronnée d'un succès aussi invraisemblable qu'inattendu.

L'accouchement fut laborieux. Le bassin ayant *un diamètre an-*



téro-postérieur de 5 centimètres et demi, je dus recourir, après trente-six heures d'attente, à la céphalotripsie (1).

Le huitième jour, Pauline D... était remise, le quinzième, elle effectuait sa première sortie.

Quelque temps après, encore un peu fatiguée et navrée de l'aventure, elle m'exprimait ses regrets amers, et en manifestait le plus vif repentir. Je parus peut-être, par quelque signe involontaire, mettre en doute la sincérité de ses paroles, car elle protesta et se récria, jurant ses grands dieux que jamais, au grand jamais, on ne verrait arriver pareil malheur.

L'esprit est prompt, la promesse facile. Mais souvent, trop souvent, les bonnes intentions s'envolent en fumée aux premières rencontres.

Arriva le mois de juillet 1888. La température ne fut pas excessive. L'ascension de la colonne thermométrique ne fut pas considérable. Mais l'atmosphère fut lourde, chargée d'électricité. La chair est faible alors; la volonté fléchit; les attractions sont vives, inconscientes; les feux s'allument. Que dire davantage? Bref,

(1) Lire la relation de cette opération dans la *Gazette des hôpitaux* du 9 mars 1889.

Pauline un beau jour perdit tout son courage. *Summa dies, ineluctabile.*

Ce moment de faiblesse, un seul, dit-elle, ne tarda pas à porter son fruit. Je la vis en février 1889. Son teint pâle, ses traits tirés, ses yeux cerclés, son attitude alanguie en disaient assez pour la dispenser d'une confession pénible. Fallait-il, d'ailleurs, récriminer, lui rappeler ses promesses oubliées, ses serments trahis? à quoi bon? Le médecin n'est pas un moraliste, et les femmes sont comme les livres, elles ont leurs destinées : *habent sua fata mulieres.*

On oublia le passé. Il ne fut question que de l'avenir et des suites que pouvait comporter cette seconde chute. Pauline D... avait senti se réveiller en elle le sentiment de la maternité. Elle voulait, cette fois, conserver son enfant. Son désir était formel. L'opération césarienne, dont je lui avais parlé lors de sa première couche, ne lui faisait plus peur. Dût-elle succomber ensuite, elle aurait la joie de voir vivre son enfant.

Je devais déférer à ce désir, et je le fis avec la plus vive satisfaction.

Quelle aubaine n'est-ce pas pour un praticien épris de son art, une opération césarienne! non le *partus cesareus* du XVIe siècle, l'hystérotomotokie de Rousset, cette opération grossière et barbare, mais l'hystérotomie moderne, antiseptique, ordonnée, réglée avec méthode, une véritable œuvre artistique. C'était une bonne fortune qu'il ne fallait pas laisser échapper. Aussi, tout en faisant les préparatifs nécessaires, fallait-il aplanir les obstacles et ménager à l'opérée les plus parfaites conditions d'hygiène.

Pauline D... demeurait sous les combles d'une maison à plusieurs étages. Elle partageait le logement d'une pauvre vieille femme sourde, qui avait bien voulu fermer les yeux sur une première faute; mais quand elle apprit la seconde grossesse, elle refusa énergiquement de la garder avec elle. Elle avait pardonné une première faiblesse; cette fois elle serait inflexible. Sans doute, en lui glissant dans la main l'argument *ad feminam*, on aurait fait tomber cette belle indignation. Mais le logement était bas, étroit, mal aéré, mal éclairé, plein de loques sordides et poussiéreuses. A faire tant que de se mettre en frais, il valait mieux choisir un logis convenable.

Une chambre au premier, claire, aérée, salubre, fut arrêtée d'avance. Il ne s'agissait plus que d'apporter les meubles. Une difficulté surgit tout aussitôt. Aucune des pièces du mobilier qui garnissait la chambre des deux femmes n'appartenait à Pauline : ni le lit sur lequel elle avait fait ses premières couches, ni la table boiteuse sur laquelle elle prenait ses maigres repas, ni même la chaise où elle reposait, pendant le jour, son étonnant derrière. Que faire? la mettre dans ses meubles? l'heure était mal choisie pour pareil sacrifice. Il fallait aviser à un autre moyen.

Une jeune accoucheuse, toute fraîche émoulue de la Maternité, fut alors pressentie. Elle devait fournir le logement, la table et les soins nécessaires. Elle accepta de suite, avec empressement, se faisant une fête d'assister, disait-elle, à une toilette du péritoine. Le marché fut conclu. Il ne nous restait plus qu'à songer à l'enfant. Il fallait un asile où l'on pût le placer, dans le cas où la mère viendrait à succomber, ou serait incapable d'allaiter elle-même.

La jeune sage-femme rendit visite au maire. Il promit son appui; mais il voulait d'abord consulter son conseil. Or, il fallait attendre. Il était même à croire, pour brocher sur le tout, qu'un élément nouveau allait entrer en scène. La politique, hélas! pouvait s'en emparer. Où ne l'a-t-on pas vue mettre son vilain nez? Il me sembla prudent de cesser mes démarches — et j'en fis de nombreuses — car je vis le moment où l'on m'attribuerait une très grosse part dans la paternité : *is pater est quem curæ demonstrant.* Ne voyant point d'issue, je battis en retraite, abandonnant Pauline à son malheureux sort. Notre séparation fut des plus douloureuses, on le comprend sans peine. Mais il fallait s'incliner. *Dura lex sed lex.*

J'avais fait un beau rêve; mais ce n'était qu'un rêve.

C'en était fait. Pauline entrait à l'hôpital le 4 avril. Elle devait faire son deuil de ses plus chères espérances; car la céphalotripsie fut immédiatement décidée par le service médical, sans lui demander son avis.

J'avais eu une déception; l'hystérotomie m'avait échappé. Mais mes confrères étaient bien sûrs de pratiquer une cranioclastie. Rien ne pouvait s'y opposer. Cet honneur leur était réservé, et ils y comptaient bien. L'administration hospitalière avait même, à leur intention, fait les frais d'un céphalotribe.

Les premières douleurs de l'accouchement se firent sentir le 24 avril, à onze heures du matin. Le soir, à quatre heures, eut lieu la rupture de la poche des eaux.

Le médecin du service et la sage-femme, prévenus en même temps, firent une réponse que tout le monde eût faite à leur place : « Rien ne presse; il n'y a qu'à attendre. On verra demain. » Cependant, les contractions utérines continuaient avec une certaine régularité. A dix heures, elles se succédaient avec plus de fréquence et d'intensité. A onze heures elles redoublaient de violence, caractérisant la période de désespoir. La parturiente faisait entendre des gémissements presque incessants. A onze heures et demie, elle pousse un cri perçant : « Le dos me sort » s'écrie-t-elle. Ses voisines de salle s'empressent autour d'elle; on la découvre, on regarde. La tête de l'enfant paraissait hors de la vulve. La sage-femme est mandée immédiatement. Quand elle arriva l'accouchement était terminé. Elle n'eut qu'à cueillir le délivre.

L'accouchement avait eu lieu dans le décubitus latéral droit, les cuisses étant fortement fléchies sur le ventre, et les jambes en flexion sur les cuisses.

Est-il besoin de peindre le sentiment de surprise générale que causa un événement aussi inattendu? Les médecins et la sage-femme firent à tour de rôle une constatation remarquable : la tête n'était pas déformée.

Averti moi-même peu de temps après, je n'eus qu'une idée : vérifier et contempler le phénomène.

Il fallait bien aller voir ce nouvel enfant du miracle, cet être audacieux et fluet, qui avait su doubler sans encombre un des plus dangereux promontoires, et se dérober ainsi aux atteintes mortelles du céphalotribe.

Il n'avait rien de merveilleux.

Dire qu'il était gros serait exagérer; mais il n'était pas non plus extrêmement petit. Sa longueur était de 47 centimètres; son poids de 5 livres 350 grammes; la circonférence cranienne de 33 centimètres; le diamètre occipito-frontal de 11 centimètres; le sous-occipito-bregmatique de 10 centimètres; le bipariétal de 9 centimètres; le bi-temporal de 7 centimètres. Ces chiffres, on le voit, n'ont rien de bien insolite, et ne s'éloignent pas beaucoup des proportions ordinaires.

La tête n'était pas déformée; mais les os craniens présentaient une minceur et une flexibilité extraordinaires. L'enfant était, du reste, très vif, en bon état : et au moment où je l'examinai, il était attaché au sein de sa mère, qu'il tirait avec une avidité de bon augure.

Au moment où j'écris ces lignes, il va avoir bientôt trois ans; il n'est ni gros ni grand; il est mince et pâlot; mais il a une vivacité qui indique et promet une parfaite santé.

La mère, l'héroïne de ce récit, était déjà connue du public médical. Il y a quelques années, elle avait fait l'objet d'un travail sur la céphalotripsie. La ferai-je remonter plus tard, quelque jour, sur la scène médicale? Ce n'est pas probable. Cependant, qui sait? Que ne peut-on pas attendre des hasards de la vie, des rencontres imprévues, des attractions sexuelles? La chose n'est pas impossible. Dans tous les cas, il ne sera pas nécessaire, je crois, de la présenter aux nombreux lecteurs de la *Gazette des hôpitaux.*

Le fait que je viens d'exposer soulève une question qu'il importe de résoudre :

Comment se peut-il qu'une femme accouche spontanément d'un enfant vivant, avec un bassin rachitique, coxo-

pathique, scolio-lordotique, en antéversion complète, avec un rétrécissement du diamètre antéro-postérieur de 5 centimètres et demi, après avoir subi un premier accouchement laborieux et prolongé, terminé par une céphalotripsie?

L'énoncé seul du problème suffit pour en montrer tout l'intérêt.

On peut consulter les traités et les cliniques d'accouchements, on ne trouvera pas un grand nombre de faits semblables. Nœgelé cite bien un cas dans lequel une femme atteinte d'une antéversion prononcée, donna le jour à plusieurs enfants vivants; mais il n'y avait pas de rétrécissement.

La statistique de Stanesco renferme un cas d'accouchement spontané avec un rétrécissement de 5 centimètres et demi; mais l'enfant était mort, et la mère ne tardait pas à succomber.

Depaul, Martin (de Lyon), mentionnent des accouchements spontanés avec des rétrécissements de 6 centimètres et demi; mais cela fait une différence d'un centimètre, et cette différence est énorme dans la circonstance.

On peut invoquer le glissement en avant des os iliaques sur les symphyses ilio-sacrées; mais il n'a jamais été prouvé que ce mouvement anormal pouvait donner un jeu de 1 centimètre.

Il semble donc, au premier abord, que le fait qui nous occupe soit une véritable énigme.

Une remarque fort simple, consignée dans l'observation, va nous en donner la clef.

On a vu que la tête de l'enfant ne présentait aucune lésion, ni fracture, ni enfoncement, ni sillon, ni dépression. Elle n'offrait même pas de déformation. Or, il est de notion vulgaire que les rétrécissements très prononcés impriment forcément à la tête au moins une certaine déformation, ne serait-ce qu'en y laissant l'empreinte de la saillie du promontoire. Comment en serait-il autrement? D'autre part, il est reconnu et démontré qu'un rétrécissement de 5 centimètres et demi ne peut livrer passage à une tête fœtale à terme, la base du crâne, partie irréductible, ayant une largeur minima de 6 centimètres et demi.

Il était donc impossible que la tête eût traversé le diamètre antéro-postérieur. Elle avait bien doublé le promontoire, mais elle avait dû le contourner en évitant avec soin le transverse obstétrical.

Le fait était incontestable. Mais comment l'expliquer? Pour cela, un travail s'imposait : l'étude attentive de ce bassin extraordinaire.

En voici les traits principaux :

Antéversion complète.

Latéro-version, la crête iliaque droite étant plus basse que la gauche.

Obliquité en avant, en bas et à droite, l'épine iliaque antéro-supérieure droite étant sur un plan antérieur à celle du côté gauche.

Distance de l'épine iliaque antéro-supérieure droite à la malléole externe : 65 centimètres.

Même distance à gauche : 69 centimètres.

Hauteur du bassin (distance du milieu de la crête iliaque à la tubérosité sciatique correspondante à droite : 16 centimètres; à gauche : 19 centimètres; d'où inégalité des deux moitiés du pelvis; asymétrie; atrophie à droite.

Distance des épines iliaques antéro-supérieures : 25 centimètres et demi.

Distance du milieu des crêtes iliaques : 21 centimètres.

Ce renversement des deux diamètres transverses supérieurs est un signe de rachitisme.

Distances de l'épine iliaque postéro-supérieure au trochanter opposé : à droite, 19 centimètres; à gauche, 21.

A la tubérosité sciatique opposée : à droite, 18 centimètres; à gauche, 20.

A l'épine iliaque antéro-supérieure opposée : à droite, 22 centimètres; à gauche, 20.

Nouveau signe de l'inégalité du bassin.

Distance de la base du sacrum au sommet de l'arcade pubienne : 16 centimètres.

Diamètre de Baudelocque : 18 centimètres.

Diamètre antéro-postérieur, comm. : 5 centimètres et demi.

Arête tranchante derrière la branche horizontale du pubis à droite.

Surélévation et projection en avant du promontoire.

Le diamètre transverse iliaque ne peut se mesurer. Il a été constaté, dans le premier travail publié sur Pauline D..., qu'il y avait une différence entre les deux moitiés de l'aire du détroit supérieur, à l'avantage de la moitié gauche.

Ce bassin est donc asymétrique; mais il présente cette particularité que le pubis et le promontoire se trouvent dans le même plan antéro-postérieur direct. Il y a plutôt de l'inégalité que de l'asymétrie. Néanmoins, cette déformation permet d'expliquer la spontanéité de l'accouchement.

La tête devait se trouver en occipito-iliaque gauche antérieure. Les premières contractions utérines l'ont probablement saisie dans cette position, ou dans la position occipito-pubienne, le grand diamètre de la tête occupant le diamètre antéro-latéral gauche. L'accommodation s'est faite par la succession des contractions de la matrice, la tête s'est fléchie dans le sens antéro-latéral, et s'insinuait, grâce à la flexibilité, entre la ligne innominée gauche et le bord latéral gauche du promontoire, par un mouvement d'inclinaison latérale, elle est descendue dans l'excavation du bassin.

Il peut paraître extraordinaire que l'enfant ait trouvé une issue facile par une ouverture ne représentant qu'un peu plus de la moitié de l'aire du détroit supérieur, la largeur transversale de ce détroit étant nécessaire dans les accouchements ordinaires. Mais la disposition du promontoire, indiquée plus haut, peut nous aider à nous rendre compte du phénomène.

Le promontoire est très élevé au-dessus du détroit supérieur, il est projeté en avant et surplombe la cavité pelvienne en décrivant une courbe, un arc à concavité inférieure, comme le fait la colonne lombaire, dans certains cas de pelvis obtecta. Il s'est formé, par suite de cette surélévation, un nouveau détroit supérieur, beaucoup plus large que l'anneau promonto-pubien, et l'extrémité postérieure du diamètre antéro-postérieur s'est trouvée déplacée et abaissée vers la face antérieure du sacrum.

La tête de l'enfant a trouvé ainsi devant elle, non pas le vrai plan d'obstacle, mais un anneau pelvien latéral avec un diamètre sacro-pubien large au lieu du promonto-pubien trop étroit.

On peut se demander alors pour quelle raison le premier accouchement a dû se terminer, après trente-six heures d'attente, par une céphalotripsie.

C'est parce que la tête se trouvait en position transversale, et qu'elle occupait une situation médiane et élevée

au-dessus du détroit supérieur. Cette position ne s'étant pas corrigée par les contractions utérines, l'accommodation par suite n'ayant pu se faire, la tête est venue se buter contre le plan d'obstacle, qui était infranchissable. De là la nécessité absolue de la craniotomie.

La science a consigné des cas assez nombreux d'accouchements spontanés avec des bassins viciés, notamment avec des bassins asymétriques. Mais bien rarement les conditions étaient comparables à celles que présente cette observation : rétrécissement de 5 centimètres et demi; situation dans le même plan antéro-postérieur, direct du promontoire et de la symphyse pubienne; premier accouchement grave suivi d'un accouchement facile. On a même remarqué que les accouchements des multipares étaient plutôt dangereux que ceux des primipares, la tête des derniers enfants étant plus volumineuse, en général, que celle du premier [loi de Wernich (1)].

De ce fait il faut conclure :

Qu'un bassin vicié avec déformations très prononcées peut, au premier accouchement, opposer un obstacle insurmontable au passage de l'enfant, et au second, le laisser sortir en liberté. C'est quelquefois une affaire de position;

Qu'en conséquence, on ne doit pas baser le pronostic d'un deuxième accouchement sur le premier : ce que l'on est tout à fait disposé à faire;

Qu'avec un diamètre antéro-postérieur très réduit, la parturition peut, dans certains cas, être facile; que, par conséquent, la connaissance de ce diamètre ne suffit pas toujours pour apprécier les événements;

Qu'une étude complète et minutieuse du bassin s'impose au médecin, quand il est appelé auprès d'une parturiente atteinte de difformités;

Que la constatation de l'asymétrie ou de l'inégalité doit l'engager à réserver l'avenir;

Qu'enfin la pratique de l'obstétrique expose à des déceptions et à des surprises, auxquelles il faut d'avance se préparer.

C'est là toute la morale de cette histoire.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

72. M. Giraud. Du béribéri. — 73. M. Heyder Mirza. Du cœur dans la grippe. — 74. M. Guyot. Les accidents urémiques dans la fièvre typhoïde. — 75. M. Piquet. Contribution à l'étude de la cystocèle inguinale. — 76. M. Cachau. Kystes du cordon et du canal de Nuck. Leurs relations avec les hernies inguinales. — 77. M. Gayman. Sarcome kystique en grappe de la muqueuse du col utérin. — 78. Mlle Pasternak. Traitement des angiomes par l'extirpation. — 79. M. Tulasne. Des conditions défavorables de la grossesse et de l'accouchement chez les primipares âgées. — 80. M. Gourin. Des accidents dus à l'antipyrine. — 81. M. de Cool. Contribution à l'étude du délire de négation. — 82. M. Revertegat. Contribution à l'étude clinique des hallucinations dans la mélancolie. — 83. M. Guérin. Iodoformisme. Accidents consécutifs à l'emploi de l'iodoforme. — 84. M. Béal. Étude sur les eaux minérales sulfatées, chlorurées, sodiques, froides, d'Ydes (Cantal). — 85. M. Charlot. Essai sur les ulcérations syphilitiques tertiaires. — 86. M. Amat. De l'influence des boissons alcooliques sur la genèse, la forme et l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — 87. M. Chevillot. Les précordialgies. Étude séméiologique sur les douleurs de la région du cœur.

(1) Il résulterait des tableaux de Kummer que c'est le deuxième accouchement qui est, en général, le plus favorable.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Toulouse. — MM. Rouanet et Desforges-Meriel sont institués aides d'anatomie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Perriot (Marius-Antoine) est institué chef des travaux anatomiques le physiologiques.

M. le docteur Porte (Jean-René) est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le professeur Raynaud est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie chirurgicale.

M. le professeur Derignac est nommé, sur sa demande, professeur de pathologie médicale.

— Le *Journal officiel* du 1er février 1894 contient les instructions relatives à l'admission dans les écoles de médecine navale de Brest, Rochefort et Toulon, et le programme du concours d'admission à l'École du service de santé de la marine, à Bordeaux.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beaufils (de Rennes), Dépourtot (de Beaucourt), Ch. Lejard (de Biarritz), ancien interne des hôpitaux de Paris, et de M. Édouard Collinet, interne des hôpitaux.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'obstétrique, par MM. A. Ribemont-Dessaignes, agrégé, accoucheur de l'hôpital Beaujon, et G. Lepage, chef de clinique obstétricale. 1 fort vol. in-8°. — Prix : 30 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons de clinique médicale, par le docteur E. Lancereaux. In-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, L. Battaille et Cie.

La femme et l'enfant (notions d'hygiène pratique), par le docteur Pineau (de Foussais). 1 vol. in-12. — Prix : 4 francs. — La Rochelle, Cailloux, libraire éditeur, rue du Palais.

L'œuvre de F.-C. Maillot, ancien président du conseil de santé des armées. Gr. in-8° de 200 pages avec un portrait hors texte. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Manuel de technique microscopique, par Böhm et Oppel, traduit de l'allemand par E. de Rouvilles. 1 vol. in-8°, jésus, cartonné, toile souple. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, L. Battaille et Cie.

Guide Rosenwald, Annuaire de statistique médicale et pharmaceutique (8e année, 1894). Un fort vol. in-12. — Prix : 3 francs. — Paris, Lucien Rosenwald, 87, rue Lafayette.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. II, n° 1, janvier 1894.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

99

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

80

DYSPEPSIES — GASTRALGIES

PEPSINE BOUDAULT

« *En prescrivant simplement : Pepsine, le* « *pharmacien est obligé de ne donner que celle* « *du Codex. Cette pepsine ne doit peptoniser que* « *20 fois son poids de fibrine, tandis que la* « **Pepsine Boudault** *peptonise* **50 fois** *son* « *poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex ne « doivent peptoniser que la moitié de leur poids « de fibrine, tandis que le **Vin** et l'**Elixir de** « **Pepsine Boudault** peptonisent **deux fois** « leur poids de fibrine, soit **quatre fois plus.** »

17

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

55

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants*. Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote.**

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

42

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

79

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi.

Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.

Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.

Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

39

Méd. aux Exp.: Vienne, Philadelphie, Paris, Sydney.

INHALATIONS D'OXYGÈNE

APPAREIL DE LIMOUSIN

INHALATEUR, location, 3 francs par semaine. GAZ, 2 f. 50 le ballon de 30 litres.— Appareil complet pour fabriquer et respirer, avec boîte, **130** fr.

Phie LIMOUSIN ✠, 2 *bis*, rue Blanche, Paris.

54

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**gr.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

65

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

90

BROMURE DE CAMPHRE DU Dr CLIN

Lauréat de la Faculté de médecine de Paris.

« Les **Capsules** et les **Dragées du Dr Clin** « **au Bromure de Camphre**, sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut pro- « duire une sédation énergique sur le système « circulatoire et surtout sur le système nerveux « cérébro-spinal.

« Elles constituent un *antispasmodique* et un « *hypnotique* des plus efficaces. »

(*Gaz. des Hôpitaux.*)

« Les **Capsules** et les **Dragées du Dr Clin** « ont servi à toutes les expérimentations faites « dans les Hôpitaux de Paris. » (*Un. Méd.* »

Chaque Capsule du Dr Clin renfme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renfme 0,10 } Camphre pur

GROS : **Clin & Cie**, 20, r. des Fossés-St-Jacques, Paris. — DÉTAIL : *Dans les bonnes Pharmacies.*

77

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE MYRRHE)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES

DE

MYRRHOLINE

CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,

28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

80

PHTISIE

& AUTRES TUBERCULOSES

BRONCHITES, CATARRHES

TRAITEMENT PAR LES

CAPSULES Antiseptiques MERCIER

(Eucalyptol 0.05 - Gaïacol 0.05 - Iodoforme 0.01)

La meilleure formule antibacillaire

2 à 3 Capsules à CHAQUE REPAS. — FLACON **3** fr.

3, Place de l'Odéon, Paris et les Phies

55

ÉMULSION SCOTT

Ses avantages sur l'huile de foie de morue simple.

L'huile de foie de morue est, de tous les agents médicaux, celui qui joue le plus grand rôle dans le traitement de la *scrofule*, le *rachitisme*, la *phtisie*, et en général de toutes les maladies débilitantes. Malheureusement, ses inconvénients sans nombre la rendent plus nuisible qu'utile. **L'Emulsion Scott**, à l'huile de foie de morue et aux hypophosphites de chaux et soude, les supprime tous et résout le problème de la digestion de l'huile. Elle se prend sans répugnance et même avec gourmandise, n'enlève pas l'appétit, se digère et s'assimile avec la plus grande facilité.

FORMULE PAR 30 GRAMMES

Huile de foie de morue. . .	15g
Hypophosphite de chaux. . .	0g30
— de soude. . .	0g15
Glycérine, gomme, essence..	14g55

J. DELOUCHE et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, Paris.

33

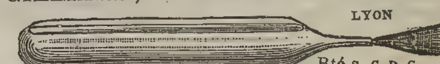
CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

LYON



Btè S. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue.— Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

22

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

38

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX

au goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Phtisie, Bronchites chroniques, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

Paris, 21, rue Vieille-du-Temple, et phies.

34

KOLA ROY

Donne la force aux débilités.

2 à 4 cuillerées par jour aux repas.

Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

58

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.

Paris, COLLIN et Cie. 49, r. de Maubeuge, et phies.

53

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Medecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

N° 17. — JEUDI 8 FÉVRIER 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 8 FÉVRIER 1894. — N° 17.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Poncet (de Lyon) a fait connaître à l'Académie une nouvelle opération destinée au traitement chirurgical des goîtres. Cette opération, à laquelle il donne le nom d'« exothyropexie », consiste à luxer à l'extérieur et à l'y maintenir une partie ou la totalité du corps thyroïde atteint de goître et d'en obtenir ainsi l'atrophie. Simple, facile, inoffensive, cette opération, dans une quinzaine de cas, aurait fourni à M. Poncet des résultats très encourageants, tant au point de vue de l'atrophie du goître qu'au point de vue de la disparition fort rapide de tous les accidents, y compris le crétinisme, qui en peuvent être la conséquence.

Dans les considérations physiologiques fort intéressantes dont M. Poncet accompagne la description de l'exothyropexie, il fait entrevoir qu'elle trouvera peut-être son indication dans la maladie de Basedow sans hypertrophie de la thyroïde. Sans partager complètement les prévisions de M. Poncet à ce sujet, nous serions très curieux de voir tenter cette expérience. Quoi qu'il en soit, le travail de M. Poncet mérite toute l'attention des chirurgiens, et les résultats que lui a déjà donnés l'exothyropexie sont certainement des plus probants.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Cornil pour la lecture d'un rapport sur un mémoire de M. Zancarol (d'Alexandrie), relatif au traitement des abcès du foie des pays chauds. M. Zancarol propose un procédé opératoire ayant pour but d'éviter l'introduction du pus des abcès hépatiques dans le péritoine ou dans la plèvre.

L'Académie s'est formée, de très bonne heure, en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Laveran sur les titres des candidats dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale. Voici la liste de classement : en première ligne, M. R. Blanchard ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Ferrand et Huchard ; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. du Castel, Legroux et Sevestre.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. L. MONNIER.

Résection itérative des côtes pour empyème pleural; guérison.

Le nommé C. T..., âgé de treize ans et demi, a toujours été d'une santé délicate, toutefois il n'a fait aucune maladie grave avant l'âge de cinq ans : à cette époque, il fut pris d'une scarlatine qui, mal soignée, se compliqua d'anasarque et d'épanchement pleural gauche, dont la transformation purulente nécessita une incision évacuatrice qu'un médecin pratiqua dans le huitième espace intercostal, sur la ligne axillaire. Un drain resta longtemps dans ce trajet, puis on le retira, mais une fistule s'établit définitivement.

Lors de son entrée dans le service en juillet 1889, à l'âge de neuf ans, voici ce que nous constatons : l'état général est passable, le faciès est celui d'un strumeux ; il y a quelques symptômes de bronchite chronique à droite, car à gauche on entend à peine un peu de respiration, tout à fait au sommet. La paroi costale de ce côté est légèrement affaissée; dans le huitième espace, est une fistule qui coule modérément ; le stylet introduit dénote une vaste cavité sans en pouvoir préciser les limites, mais indiquant nettement l'urgence d'une large intervention.

L'enfant endormi, après les lavages antiseptiques habituels, nous faisons une longue incision oblique de haut en bas et d'arrière en avant, passant par l'orifice fistuleux, puis une seconde, plus courte, presque perpendiculaire à la première, qu'elle joint à la fistule. Par la méthode opératoire habituelle, et en utilisant le costotome, nous pratiquons la résection souspériostée des neuvième, huitième, septième, sixième, cinquième et quatrième côtes, sur une longueur commençant par 10 centimètres à la neuvième, pour se terminer par 4 centimètres à la quatrième : nous obtenons de la sorte un véritable trapèze dépourvu d'os.

Nous avions ainsi procédé parce que, les neuvième et huitième côtes enlevées, nous avions constaté avec le doigt une immense cavité formée par la plèvre entière, hormis le cul-de-sac supérieur dans lequel s'est refugié le poumon sous forme d'un moignon induré du volume d'une mandarine. Il fallait donc faire une large résection costale : cependant, de parti pris, nous ne poussâmes pas plus loin, quoique pensant bien devoir être obligé d'y revenir, parce que l'opération, rendue difficile par le rapprochement des côtes, avait duré près de quarante minutes, et que l'enfant, affaibli par la suppuration prolongée, était très déprimé. Cette sorte de collapsus s'expliquait d'autant mieux que nous avions donné plusieurs secousses assez violentes au cœur, lors de la section des côtes précordiales : ce viscère recouvert, il est vrai, d'un péricarde épaissi, battait sous nos yeux et même sous notre main quand, du doigt, nous dirigions la lame recourbée du costotome sous la côte.

Après avoir lavé abondamment la plèvre, nous avons placé deux gros drains à la partie inférieure de l'incision et suturé le reste.

Cette figure montre les côtes que nous avons enlevées : elles n'ont rien de spécial, hormis les neuvième et huitième :

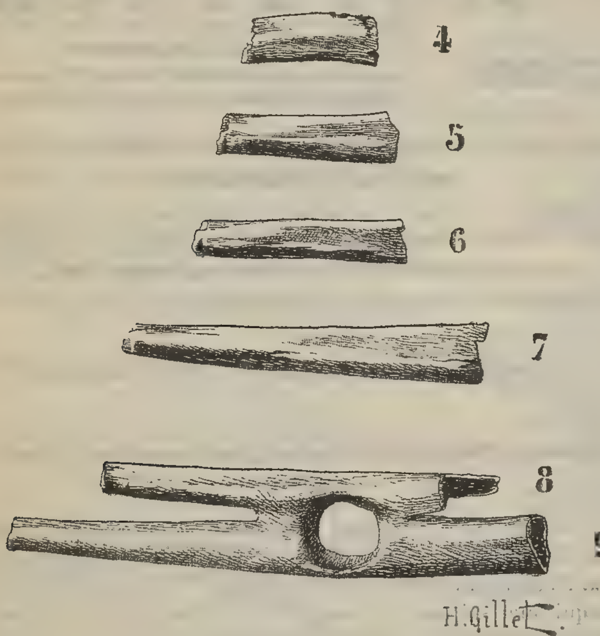


Fig. 1. — Côtes enlevées lors de la première résection.

celles-ci sont soudées par des jetées osseuses qui se sont faites autour du drain, dans l'espace intercostal : par contre, ce même drain a usé, en quelque sorte, les côtes; il en est résulté un trajet osseux, qui avait peu de chances de s'oblitérer même si les parois pleurales se fussent accolées.

Les suites immédiates de l'opération furent satisfaisantes : il y eut peu de réaction générale et à peine de douleur; grâce à une compression énergique, la paroi externe parut s'accoler au médiastin; l'écoulement était très modéré. Malheureusement du dix-huitième au vingtième jour la plaie commença à se désunir et une suppuration profuse survint, malgré des pansements antiseptiques; elle dura plusieurs mois pendant lesquels une exacerbation de la bronchite fit craindre une fonte tuberculeuse du poumon droit.

Un séjour à la campagne améliora cette situation et finalement seule une fistule, à suppuration peu abondante, persista.

En novembre 1891, il rentre dans le service : son état général est bon, la paroi thoracique, quoique notablement affaissée, présente au pourtour de l'orifice fistuleux une saillie d'une dureté considérable, osseuse, et elle l'était bien réellement comme le démontra l'opération.

Celle-ci fut pratiquée le 10 novembre : le bistouri traça une incision en Y suivant les cicatrices de la première intervention, mais prolongée plus haut, car nous voulions cette fois faire une résection plus étendue, la résistance plus grande de l'enfant nous le permettant.

Nous réséquâmes d'abord un massif osseux des plus curieux, ainsi que le montre la figure 2 : il est formé par les extrémités externes, rapprochées et soudées, du fragment postérieur des six côtes enlevées précédemment, côtes qui ont de plus proliféré par leur surface de section, allant ainsi à la rencontre de l'extrémité externe de deux segments antérieurs ou sternaux des mêmes côtes. Il en est résulté une fistule ostéo-fibreuse analogue à celle représentée dans l'autre figure et tout aussi incurable sans une large exérèse : aussi enlevons-nous encore 10 centimètres de ces côtes, plus 7 à 8 centimètres des troisième et deuxième arcs costaux. Enfin, nous réséquons une large surface de la plèvre pariétale épaissie et le périoste costal correspondant.

La cavité ainsi mise à nu est considérable, en haut on sent et on voit le moignon de poumon, peut-être un peu plus gros qu'il y a deux ans. Toutes ces surfaces, nettoyées avec soin, sont touchées avec une solution de chlorure de zinc au dixième : deux gros drains assurent l'écoulement du pus et la plaie est suturée. Un pansement antiseptique et fortement compressif est appliqué.

Cette fois la désunion resta limitée, mais la suppuration fut encore abondante, quoique s'accompagnant de peu d'élévation de température, car celle-ci n'atteignit que trois ou quatre fois 39 degrés. Au bout de six semaines, on immobilisa le bras contre le tronc, afin de favoriser le recollement. Celui-ci se fit peu à peu : l'enfant partit de nouveau pour la campagne.

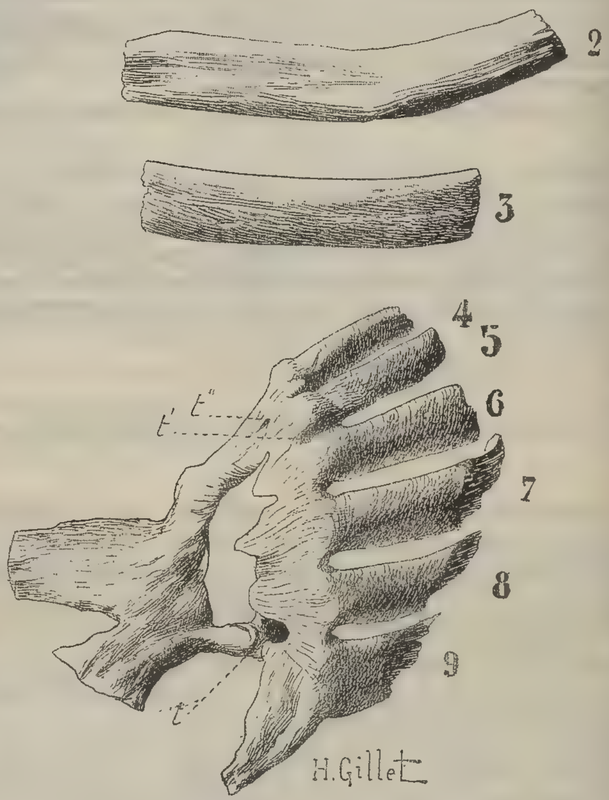


Fig. 2. — Côtes enlevées lors de la seconde résection : en t, t', t'', sont des produits osseux donnant passage à des vaisseaux intercostaux.

En mars de l'année 1893, il nous fut ramené; l'état général continuait à être excellent. Au siège de l'ancienne fistule, il y avait une sorte d'infundibulum aplati, de 2 centimètres de profondeur sur 4 centimètres de longueur et 4 à 5 millimètres de largeur; le fond était constitué partie par le poumon descendu et dilaté, puisqu'il atteignait le troisième espace intercostal, partie par les extrémités des quatrième et cinquième côtes, recouvertes, ainsi que le poumon, de fongosités peu épaisses du reste. Ajoutons que le péricarde formait la paroi interne (sternale) de cet infundibulum.

Bien que les deux tiers de cette cavité soient épidermisés, cependant nous croyons devoir faire une troisième intervention pour tarir le reste de suppuration qui persiste.

Le 9 mars, après anesthésie générale, nous grattons avec précaution les surfaces fongueuses; la cinquième côte est un peu dénudée. Malgré la délicatesse du raclage, quelques bulles d'air indiquent que le tissu pulmonaire a été éraillé; c'est, du reste, sans conséquences. Nous décollons la peau de l'infundibulum de bas en haut, de manière à suturer par leurs bords les deux lambeaux. Pansement antiseptique.

De cette façon, le fond de la cavité se trouve cutisé, partiellement du moins, car le décollement n'a pu être complet.

La réunion se fit et le petit point resté non suturé se cicatrisa totalement en juin.

Au commencement de novembre 1893, nous avons examiné une

dernière fois cet enfant et nous avons pu constater avec les membres de la Société médico-chirurgicale, à laquelle nous l'avons présenté, que le résultat définitif est des plus satisfaisants : la suppuration est tarie. Au fond de l'infundibulum, on voit battre le cœur et respirer le poumon ; celui-ci, chose curieuse, est descendu sur une hauteur de 12 à 15 centimètres et a rempli le vide pleural, aidé en cela par l'ascension du diaphragme et l'affaissement thoracique.

La scoliose, dorsale gauche, est modérée, car elle n'a que 15 millimètres de flèche avec une courbure lombaire de compensation de 10 millimètres : le moignon de l'épaule, quoique appuyé sur une seule côte entière et la clavicule, fonctionne bien ; l'état général est excellent.

Ainsi qu'on peut en juger par la lecture de cette observation, le titre que nous avons donné à notre communication est légitime : c'est par deux résections successives, intentionnellement limitées quoique vastes, par deux véritables opérations de Letiévant-Estlander et un grattage, que nous avons pu mener à bien cette cure difficile. Il nous aurait paru souverainement imprudent de faire davantage chaque fois, le choc opératoire étant particulièrement à craindre chez un enfant privé en somme de tout un poumon et suppurant depuis de longues années.

Comme conclusion, nous conseillons, dans ces cas, où l'ablation de la presque totalité des côtes d'un côté du thorax est indispensable pour permettre l'accolement des deux parois de la cavité pleurale, nous conseillons, disons-nous, de faire la résection itérative des côtes, laissant, entre chaque intervention, l'opéré se remettre et la nature agir, car, chez les enfants surtout, elle est un aide puissant.

TRAITEMENT CHIRURGICAL DES GOITRES

PAR L'EXOTHYROPEXIE

MÉCANISME DE LA RÉSORPTION DES GOITRES EXPOSÉS A L'AIR

Par M. A. PONCET,
Professeur à la Faculté de médecine de Lyon,
et M. JABOULAY,
Agrégé, chirurgien en chef désigné de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

L'exothyropexie est une opération qui consiste à exposer ou à luxer à l'extérieur, et à l'y maintenir, une partie ou la totalité du corps thyroïde atteint de goître, dans le but principalement d'en obtenir l'atrophie.

Dans certains cas, l'exothyropexie doit être considérée comme une opération d'urgence, lorsque, en présence de goître suffocant ou de goître d'une très grande vascularité, le chirurgien peut se proposer de dégager, par des manœuvres simples, la trachée comprimée ou encore de lutter contre des accidents divers.

La luxation partielle ou totale du goître au dehors, à travers une incision des parties molles recouvrant le corps thyroïde, a pour but essentiel l'atrophie des tissus malades et la guérison du goître. Elle peut également faire cesser des troubles fonctionnels plus ou moins graves, compression de la trachée, etc., et triompher d'autres accidents éloignés : troubles nerveux, tachycardie, accidents myxœdémateux, etc.

Depuis un an, M. Poncet a pratiqué quatorze fois l'exothyropexie. Cette opération offre l'avantage d'être, par sa nature même, simple luxation ou exposition des parties hypertrophiées au dehors, d'une innocuité complète. Il s'agit d'une intervention chirurgicale, sans écoulement de sang, dans une région où l'hémorragie constitue souvent un accident redoutable ; elle est, d'autre part, d'une exécution rapide et enfin d'une grande simplicité.

Ces 14 exothyropexies se sont réparties entre 6 hommes et 8 femmes. Il s'agissait, dans tous ces cas, de goîtres chirurgicaux, c'est-à-dire de tumeurs thyroïdiennes ayant résisté au traitement médical et provoquant des troubles fonctionnels divers qui exigeaient un traitement opératoire actif. Ces opérés ont été, pour la plupart, des jeunes sujets de quinze à quarante ans. Cinq fois, M. Poncet s'est trouvé en présence de goîtres parenchymateux, sans kystes, sans noyaux, et qui eussent nécessité des thyroïdectomies partielles. Ces hypertrophies totales, diffuses, de la thyroïde, s'accompagnaient de phénomènes de compression graves des organes avoisinants et, chez quelques malades, d'accidents se rattachant à la maladie de Basedow et parfois des signes de dégénérescence crétinoïde ou de déchéance intellectuelle. L'atrophie des goîtres chez ces opérés a été plus ou moins rapide et, dans l'espace de cinq à six semaines, la tumeur avait considérablement diminué de volume, en même temps que la cicatrisation était devenue complète. Concomitamment avec la résorption du goître, mais surtout dans les semaines qui ont suivi, on observait non seulement la disparition des troubles respiratoires, mais encore la diminution et même la guérison des troubles à distance.

Chez 9 malades, le goître appartenait à la forme kystique. Il s'est résorbé plus ou moins rapidement, suivant la variété de tumeur kystique. Les hypertrophies nucléaires du parenchyme thyroïdien, les goîtres polykystiques, avec parois très minces, se résorbent aussi rapidement que les goîtres charnus. Au contraire, les formes kystiques à proprement parler, c'est-à-dire avec poches épaisses, souvent très anciennes, demandent un temps très long.

Enfin M. Poncet a noté également, après ces opérations, une modification de l'état mental, de l'aspect extérieur de certains goîtreux, chez lesquels non seulement l'habitus se modifiait, mais aussi les facultés intellectuelles se développaient.

Les 14 exothyropexies ont toutes été suivies de guérison.

Après ces opérations M. Poncet a essayé quelquefois, sur le goître exothyropexié, l'emploi de moyens locaux, tels que cautérisations au fer rouge, ablation et excision à l'aide du thermocautère, badigeonnage iodé, grattage, etc., en vue d'accélérer le retrait de la néoplasie thyroïdienne. L'annexion de ces différents procédés à l'opération fondamentale est d'une valeur curative, nulle pour tous, dangereuse pour quelques-uns. C'est pour cela que ces procédés doivent être rejetés ; ils enflamment, en effet, et font suppurer les goîtres. Or, les goîtres qui suppurent mettent longtemps à s'atrophier et à disparaître, et ils engendrent, d'autre part, une véritable septicémie. L'opération initiale type, l'exothyropexie, doit donc seule subsister ; elle est à elle seule réellement efficace.

Immédiatement après la mise à l'air du corps thyroïde goîtreux, on voit suinter sur toute sa surface, sauf au niveau des gros vaisseaux dont la gaine se sèche au contraire de plus en plus, comme une sueur insensible, que le papier buvard peut absorber et recueillir. Pendant les trois ou quatre premiers jours consécutifs, cette sécrétion restera quelquefois abondante. Parmi les plaies ce sont certainement les exothyropexies et les plaies thyroïdiennes qui fournissent la sécrétion la plus abondante. Cette sérosité n'est pas d'origine irritative pure, elle doit venir des vési-

cules thyroïdiennes anormalement distendues, qui se videraient ainsi. Mais le suintement normal et continu paraît, à d'autres points de vue, intéressant. Il a pour s'épancher toute l'atmosphère celluleuse périthyroïdienne, qui reprend l'excrétion et la livre aux vaisseaux absorbants. De telle sorte qu'elle joue le rôle, pour le corps thyroïde, d'un véritable canal excréteur. Or, lorsque l'on agit sur le canal excréteur d'une glande, ou lorsque ce canal excréteur devient malade, la glande elle-même ne tarde pas à subir certaines modifications secondaires, dont les principales aboutissent à une diminution de volume. C'est peut-être là une part de l'explication des atrophies thyroïdiennes après les manœuvres d'extraction d'un lobe, après les sections de l'isthme thyroïdien, après les exothyropexies, après les énucléations ou encore après les trachéotomies.

Cette excrétion est abondante dans les exothyropexies faites pour des goîtres exophtalmiques, et ceux-ci nous paraissent relever de troubles de la circulation lymphatique thyroïdienne.

Dès que la luxation au dehors du goître est opérée, on voit les veines qui rampent à sa surface grossir et devenir turgides. Bientôt la couleur du goître se modifie, il se fonce et devient noirâtre ; tout cela indique la gêne de la circulation veineuse. Le mécanisme de cette stase veineuse doit être cherché dans la compression et le tiraillement des grosses veines thyroïdiennes afférentes par l'opération et aussi dans leur mise au contact de l'air. La circulation devient bientôt nulle ; mais jusque-là le corps thyroïde a gonflé comme s'il était injecté d'une trop grande quantité de sang. Dès le lendemain de l'opération, les grosses veines périphériques, qui avaient grossi sous les yeux de l'opérateur, commencent à diminuer, et de jour en jour, on peut assister à leur affaissement, à leur thrombose, puis à leur atrophie définitive qui est réalisée vers le huitième jour.

Voici les autres modifications qui vont s'opérer : toute la plaie granule, les bourgeons charnus forment une enveloppe complète au goître. Ils doivent, bien entendu, rester aseptiques, résultat un peu moins facile à réaliser que pour d'autres opérations, en raison de la fréquence des pansements. En même temps, la peau devient adhérente au goître sur son pourtour, en une région plus ou moins éloignée de son extrémité saillante. Lorsque l'incision, par laquelle la luxation du goître a été opérée, est seulement longitudinale, qu'elle a été juste suffisante pour laisser passer une tumeur relativement volumineuse, les lèvres de la plaie cutanée peuvent former un entropion par-dessous. Lorsque l'incision est transversale et très large, à plus forte raison si elle est cruciale, les lèvres cutanées ne sont pas rentrées et retirées en dedans par la tumeur, qui est constamment aspirée, pour ainsi dire, et les lambeaux peuvent plus facilement revenir au contact sur la ligne médiane. Cependant, cet entropion n'est pas un phénomène constant après l'incision simplement longitudinale. Quoi qu'il en soit, la couche de bourgeons charnus est continue de la peau au goître. Toute cette couche est d'une insensibilité absolue. Elle forme une plaie dont l'étendue est proprotionnelle au volume du goître et qui peut mettre longtemps à se cicatriser. C'est là, d'ailleurs, le seul reproche que l'on puisse adresser à l'exothyropexie : la durée de la réparation de la perte de substance qui, pendant ce temps, est plus susceptible de s'infecter et reste exposée à diverses complications.

Quant à cette atrophie elle-même, il est encore difficile d'en déterminer la cause. Nous avons déjà signalé l'hypothèse d'une lésion du canal excréteur, réalisée par l'incision de l'espace périthyroïdien. Si cette hypothèse était vraie, il devrait suffire d'inciser les parties molles jusqu'au goître exclusivement sans le toucher. Peut-être faut-il tenir compte de l'action, sur le corps thyroïde, de réflexes, et ils sont nombreux, engendrés par l'incision de la peau du cou, et alors la simple incision cutanée guérirait du goître. Mais, si ces deux mécanismes précédents sont possibles et agissent dans l'exothyropexie, il en est un autre qui est indéniable et qui ne peut exister qu'après l'exothyropexie, engendré qu'il est par elle : c'est l'atrophie par la thrombose veineuse.

L'exothyropexie qui produit la suppression de la circulation veineuse thyroïdienne, par la thrombose aseptique que nous avons décrite, doit donc réaliser la diminution des goîtres.

Mais à côté de ces phénomènes locaux, il se produit aussi des modifications générales d'un caractère particulier. On peut les résumer en disant : que l'intelligence se transforme, que la vitalité générale subit une véritable impulsion, et que, pour le cas particulier de la maladie de Basedow, la tachycardie, les tremblements de l'exophtalmie tendent à disparaître. A noter aussi une modification dans la pigmentation de la chevelure qui, une fois, s'est foncée en passant du blond au brun, et une autre fois a disparu par places. Des cheveux et des cils bruns sont aussi devenus blancs en quelques jours.

Quant aux résultats locaux à longue échéance, deux cas que nous avons dû réopérer, nous ont renseignés à ce sujet. Les veines et les artères se reconstituent sur leur type normal, mais elles sont cependant moins grosses ; les adhérences cutanées tendent de plus en plus à se mobiliser et à se disposer en feuillets stratifiés, qui vont vers la résorption ou vers la constitution d'une bourse séreuse cloisonnée en du tissu cellulaire lâche. Quant au goître lui-même, il peut ou bien définitivement disparaître, ou bien subir deux transformations principales, former des noyaux, et, d'autre part, faire des kystes. Or, on le sait, cette évolution vers les kystes et les noyaux est la marche naturelle des goîtres et leur aboutissant à une date plus ou moins éloignée, que nous avons, pour notre compte, vu souvent arriver. L'exothyropexie hâte cette transformation, tout en provoquant le retrait de la tumeur.

C'est ainsi qu'elle devient une opération curative à elle seule et sans autre adjuvant. Elle peut être une opération d'urgence dans les goîtres plongeants, rétro-sternaux ou dans les goîtres constricteurs. Elle peut être le premier temps d'une excision ou d'une énucléation, qui alors se feront à sec et en dehors des loges du cou. Enfin, le plus souvent, elle remplit ces trois indications à la fois.

Elle s'adresse donc à toutes les variétés anatomiques des goîtres : vasculaires (qui ne relèvent que d'elle, surtout s'ils sont volumineux), parenchymateux, à noyaux, polykystiques, gros ou petis, rétro-sternaux ou cervicaux ; elle est applicable aussi à toutes leurs variétés cliniques : goîtres simples, goîtres exophtalmiques, goîtres des crétins.

Peut-être l'exothyropexie trouvera-t-elle également son indication dans la maladie de Basedow, sans hypertrophie de la thyroïde.

HYGIÈNE OBSTÉTRICALE

Du moyen de soutenir l'abdomen chez les femmes enceintes ou porteuses de tumeurs abdominales volumineuses.

Par M. le docteur Delmis.

La nécessité de soutenir l'abdomen des femmes enceintes pendant la durée de leur grossesse, est une vérité qui n'a plus besoin d'être démontrée. Aussi, nous nous contentons de citer, à cet égard, ce que nous lisons dans un traité classique d'accouchements.

« Nous recommandons, presque sans exception, aux femmes enceintes, l'usage d'une ceinture abdominale, ceinture légère qui s'adapte bien à la forme du ventre et qui ne gêne pas la malade; outre que la ceinture abdominale soutient le ventre et le redresse, elle le maintient latéralement et favorise ainsi l'accommodation du grand axe de l'ovoïde fœtal à l'axe longitudinal de l'utérus. Nous avons vu quel rôle Pinard fait jouer aux parois abdominales dans l'accommodation du fœtus.

Nous croyons même qu'au point de vue de la coquetterie, les femmes ne peuvent que gagner à porter une ceinture. Quel est celui d'entre nous qui n'a pas entendu cette phrase : « Surtout que je ne conserve pas de ventre après mon accouchement! »

Eh bien! nous croyons, pour notre part, que la ceinture, en maintenant la direction de l'utérus dans le sens vertical, et en soutenant les parois abdominales, est la meilleure manière de les empêcher de se distendre, d'une façon exagérée, dans le sens transversal, et d'obtenir ainsi ce résultat si désiré des femmes. Ajoutons, enfin, que, vers la fin de la grossesse, les femmes sont le plus ordinairement tourmentées d'un sentiment de pesanteur, de lourdeur, de pression du côté de l'excavation, avec sensation d'un corps qui voudrait passer, et que ce sentiment s'accompagne ordinairement de besoins incessants d'uriner, qui deviennent insupportables aux femmes. Nous avons vu souvent ces malaises céder à l'application d'une ceinture bien faite (1). »

Ajoutons à ce témoignage indiscutable de nos plus grands maîtres en accouchements, celui des médecins et chirurgiens qui attribuent à la chute du ventre, mal soutenu pendant des grossesses répétées, un grand nombre d'affections qui frappent presque exclusivement les mères de famille.

M. Glénard (de Lyon) impute à la faiblesse de la paroi abdominale l'entéroptose, la dilatation de l'estomac, le foie mobile (2), le rein flottant qui, sur 100 cas, s'observe 87 fois chez les femmes à la suite de grossesses répétées (3). La dyspepsie, les gastralgies, les entéralgies, les névroses du tube intestinal n'ont pas souvent d'autre étiologie, et Clavel, après une étude pleine de faits de ce genre, recommande le port d'une ceinture appropriée (4).

Tous les chirurgiens enfin sont d'accord à attribuer au relâchement de la paroi pendant la grossesse, l'éventration de l'abdomen, les hernies ombilicales, les hernies de la ligne blanche (5).

En outre, le port d'une ceinture abdominale fait partie de la thérapeutique des affections de la matrice. « On recommandera l'immobilisation du ventre avec une ceinture abdominale. Cette immobilisation soulage beaucoup les malades dans la marche (6). »

En présence d'une telle unanimité dans le corps médical, il serait vraiment incompréhensible de voir que l'usage des ceintures de grossesse n'est pas devenu universel, si cela ne nous était expliqué d'autre part, par la difficulté de se procurer une ceinture convenable; toutes les ceintures de ce genre, que nous avions vues jusqu'à présent, étaient de véritables appareils orthopédiques, sortes de carcans dans lesquels la femme répugne avec raison à s'enfermer. Ces ceintures ont toutes l'inconvénient de prendre leur point d'appui sur les reins, déjà si sensibles naturellement chez la femme enceinte, en sorte que souvent « on se heurte à des résistances insurmontables de la part des malades » (1). Enfin, toutes ces ceintures sont d'une application difficile, au point d'exiger d'être appliquées par le médecin lui-même, et souvent même, « il faut faire relever le ventre par un aide » (2).

(1) Charpentier. *Traité pratique des accouchements*, t. Ier, p. 314.
(2) Thèse de Faure, 1892, p. 114.
(3) Bouilly. *Pathologie externe*, p. 29.
(4) Clavel. *Gazette hebd.*, 1865, no 1, p. 11.
(5) Voir *Traité de chirurgie*, t. VI, p. 801, art. de Berger,
(6) Pozzi. *Gynécologie*, chap. Métrite, p. 196.

Dans ces conditions, on comprend que l'idée des ceintures de grossesse, si séduisante en théorie, n'ait pas reçu en pratique toute l'extension qu'elle mérite, et c'est avec un vif regret que nous étions obligé de le constater. Aussi, c'est avec une satisfaction réelle que nous avons vu le problème résolu, grâce à une initiative heureuse. La nouvelle ceinture abdominale de Vertus a été appliquée de nombreuses fois, et toujours les femmes qui l'ont portée ont été enchantées de son emploi. Au point de vue médical qui nous intéresse uniquement, elle remplit toutes les conditions désirables, et les éminents praticiens qui ont eu occasion de la voir ont été tous d'accord à ce sujet. Elle se compose de deux parties : le corset et la ceinture. Le corset, en tissu souple, est tout spécialement construit en vue de n'empêcher en aucune façon l'ampliation de la taille et de la poitrine. A cet effet, il est muni en avant d'une double rangée de lacets et d'un double soufflet qui permet de faire varier à volonté sa largeur. Sa souplesse est telle qu'il permet tous les mouvements sans les gêner aucunement. La ceinture mérite une attention toute spéciale. Au niveau de l'hypogastre, elle est faite d'un tissu élastique qui appuie doucement sur le ventre et le maintient sans le comprimer. Latéralement, elle est formée d'une bande d'étoffe souple semblable à celle qui compose le corset et munie, elle aussi, d'une double rangée de lacets, ce qui permet de l'élargir à volonté. Le point tout nouveau, et qui nous a vivement frappé, est la façon dont la ceinture s'adapte. Au lieu de prendre un point d'appui sur les reins, elle se rattache au corset par des boutons, tout le long de sa circonférence supérieure, en sorte qu'elle ne prend pas d'appui sur un point spécial, mais sur le tronc tout entier. C'est ce qui explique qu'elle soit si commodément supportée. Un autre agrément que les femmes apprécieront tout particulièrement est la facilité avec laquelle corset et ceinture se mettent et s'enlèvent. Boutons et lacets sont tous situés à la partie antérieure, en sorte que la femme peut parfaitement les adapter elle-même et serrer à sa convenance. Dans ces conditions aucune femme ne répugnera à les porter.

La ceinture pourra être appliquée non seulement en cas de grossesse mais aussi pour les tumeurs abdominales volumineuses, ou à contention difficile, fibromes, kystes de l'ovaire, ascite, hernies ombilicales.

Dans tous ces cas, nous avons obtenu des résultats tels, que nous croyons de notre devoir de porter ces faits à la connaissance du corps médical. Nous ne saurions trop engager nos confrères à conseiller à leurs malades le port d'une ceinture semblable, et nous sommes certain que leurs clientes les remercieront vivement du bénéfice qu'elles en auront retiré.

(1) Charpentier. T. II, p. 503.
(2) Charpentier. *Eodem loco.*

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 février 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres : 1° de MM. Delorme, Ch. Monod et Nicaise qui se portent candidats à la place vacante dans la section de pathologie chirurgicale; 2° de M. Poncet (de Lyon) qui se porte candidat au titre de correspondant national.

LECTURES

Abcès du foie des pays chauds. — M. CORNIL lit un rapport sur un mémoire de M. Zancarol (d'Alexandrie), relatif au traitement des abcès du foie des pays chauds.

Le procédé opératoire de M. Zancarol a pour but d'éviter l'introduction du pus des abcès hépatiques dans le péritoine ou la plèvre ; il comprend trois temps pour les abcès du lobe droit, de beaucoup les plus fréquents : la ponction, l'incision au thermocautère, avec résection d'une côte s'il est nécessaire, la toilette de l'abcès avec une solution d'acide salicylique au millième ; puis on remplit la cavité de gaze iodoformée et l'on complète le pansement antiseptique. Sur 115 abcès du lobe droit, il y a eu 54 guérisons et 57 morts. Pour les abcès du lobe gauche, même manuel opératoire, à cette différence près, que M. Zancarol emploie le bistouri et qu'on n'a pas besoin de réséquer de côte. Sur 30 abcès du lobe gauche, 17 ont guéri et il y a eu 13 morts ; soit au total, sur 157 malades, 77 morts et 3 malades sortis avant guérison.

Au point de vue bactériologique, les recherches entreprises n'ont donné aucun résultat démontrant la présence d'un microbe spécifique, mais bien plutôt de nombreux bacilles associés soit au staphylocoque, soit au streptocoque, soit au bacterium coli commune.

Traitement chirurgical des goitres par l'exothyropexie ; mécanisme de la résorption des goitres exposés à l'air. — M. PONCET, en son nom et au nom de M. Jaboulay, lit un mémoire sur ce sujet (Voir plus haut, p. 151.)

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Troubles fonctionnels du cœur. Tachycardie et asystolie dans les compressions du pneumogastrique (1), par C.-E. Renaud.

L'auteur de cette thèse a cherché à déterminer quels sont les phénomènes qui dépendent directement de la compression du pneumogastrique. Cela n'est pas toujours aisé, parce que les tumeurs et lésions de divers ordre, susceptibles de comprimer le nerf, ont quelquefois des symptômes différents, ou bien encore parce qu'ils font partie d'un ensemble morbide qui se trahit par des manifestations particulières. C'est ainsi que les signes de compression du pneumogastrique ne viennent souvent qu'en seconde ligne, lorsqu'il y a tumeur du médiastin, cancéreuse ou tuberculeuse, ou encore un anévrisme aortique. Le plus souvent, la compression du pneumogastrique provoque une fréquence exagérée des battements du cœur avec petitesse du pouls : il y a 140 à 160 pulsations par minute. La dyspnée est modérée, l'arythmie rare ; cela peut durer longtemps sans accidents graves.

L'asystolie peut se constater aussi en cas de compression du pneumogastrique. Elle succède assez souvent à une phase plus ou moins prolongée de tachycardie. Cette asystolie ne présente rien de bien caractéristique dans ses allures.

A la compression du pneumogastrique peuvent se lier, pour la produire, des lésions d'un autre ordre : la myocardite, la péricardite dans les cas d'adénite tuberculeuse du médiastin.

Manuel de technique microscopique (2),
par MM. Bohm et Oppel.

Ce manuel est un petit livre éminemment pratique et, de plus, au courant du dernier mot de la technique moderne.

Sans s'arrêter longtemps sur les notions, partout répandues, relatives au microscope et à sa construction, les auteurs ne négligent aucune indication sur les soins qu'exige son bon maniement ; ils exposent ensuite les méthodes que l'on doit suivre pour faire une préparation, en énumérant par le menu la série des manipulations que doit subir un tissu avant d'être rendu observable au microscope.

Le livre se termine par une revue des différents tissus et organes suivie d'un chapitre spécialement consacré à la technique en embryologie.

Nous ne possédions pas encore dans notre littérature un manuel de technique microscopique de cette espèce ; il s'adresse à tous ceux qui désirent entreprendre des recherches dans le domaine de l'histologie et peut être, à ce titre, d'une grande utilité aux étudiants en médecine, comme guide dans leurs travaux pratiques.

Ce petit manuel est en grand crédit, non seulement en Allemagne, mais encore à l'étranger ; la première édition, épuisée en deux ans, a été traduite en russe, en italien et en anglais ; l'édition française que nous présentons à nos lecteurs a été faite sur les bons à tirer d'une deuxième édition allemande au fur et à mesure qu'ils sortaient de la presse, et sous la direction constante des auteurs, par M. Étienne de Rouville, un jeune universitaire, qui vient de passer deux ans en Allemagne, dans les universités de Leipzig et de Munich ; quelques figures ont été ajoutées au texte primitif.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-18 cart. toile. Prix : 3 fr. 50. — Paris, L. Battaille et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Nancy. — M. Thiry est institué aide d'anatomie.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Piquet est maintenu aide d'anatomie.

— *École de médecine de Caen.* — M. Grancoud est prorogé dans ses fonctions de suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— La Société de biologie décernera le prix Ernest Godard (1000 francs) à la fin de l'année 1894. Les mémoires doivent être envoyés, avant le 15 octobre 1894, au secrétaire général, 15, rue de l'École-de-Médecine.

Suivant la volonté du testateur, le prix sera donné au meilleur mémoire sur un sujet se rattachant à la biologie.

— M. le docteur Carlo Franza (de Naples) vient d'être nommé officier de l'instruction publique.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le professeur Billroth.

— Chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée. — *Colis postaux.* — A partir du 1er février 1894, les Compagnies de chemins de fer de l'Est, du Nord, d'Orléans, de l'Ouest et de Paris à Lyon et à la Méditerranée, recevront, dans leurs bureaux de ville de Paris, les *colis postaux pour toutes destinations* participant au service postal.

Sont seuls exceptés de cette mesure, les bureaux de ville de la rue Madame, n° 1, et de la rue Aubry-le-Boucher, n° 24, qui seront supprimés le 1er mars 1894 ; de la rue Saint-Martin, n° 326, qui n'acceptera les colis postaux pour le réseau de l'Ouest qu'à partir du 1er mai 1894 ; et enfin, le bureau de la rue Étienne-Marcel, n° 18, qui, provisoirement, n'acceptera les colis postaux que pour le réseau Paris-Lyon-Méditerranée.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Nature et traitement de l'érysipèle.

Par M. H. Lebon,
Interne des hôpitaux de Paris.

L'érysipèle est une des maladies dont la nature est aujourd'hui exactement connue. On sait que c'est une maladie infectieuse, causée par l'introduction dans l'organisme, à travers une solution de continuité de la peau ou des muqueuses, d'un agent pathogène spécifique, le streptocoque de Feleihsen. Il n'y a donc pas lieu de séparer l'érysipèle spontané de l'érysipèle chirurgical. La cause microbienne est la même dans les deux cas. Dans l'érysipèle chirurgical, la porte d'entrée de l'agent infectieux est une plaie plus ou moins étendue; dans l'érysipèle spontané ou médical, la porte d'entrée est une petite excoriation légère et superficielle de la face pouvant passer facilement inaperçue.

I

Historique. — Cette question de la nature de l'érysipèle a reçu des interprétations bien différentes, suivant les époques.

Celse rangeait l'érysipèle dans les inflammations. Galien le considérait comme le résultat d'une fluxion humorale, formée par la bile jaune fortement échauffée. Paracelse accusait un sel vitriolé produisant une aigreur qui gênait l'esprit vital. Le Boé Sylvius accusait la stagnation du sang, due à une corruption de la bile, du suc pancréatique et de la lymphe en fermentation. Bromfield dit que l'érysipèle tient à l'obstruction des pores de la peau par les particules biliaires et Hoffmann que sa cause est une bile âcre, caustique, altérée par la stagnation dans les couloirs. Pour Lamotte, l'érysipèle est dû à l'obstruction des pores de la peau qui ne permet pas l'expulsion d'une sérocité âcre et piquante repassée dans le sang.

On voit donc que, pendant une très longue période, l'érysipèle de cause interne fut seul admis.

Après la découverte de l'anatomie pathologique, deux théories se trouvèrent en présence, ce sont les théories de la phlébite et de l'angioleucite. L'érysipèle fut considéré par les uns comme une inflammation du réseau capillaire veineux (Cruveilhier, Bouillaud), par les autres comme une inflammation des vaisseaux lymphatiques superficiels (Blandin, Velpeau, Després).

Mais, depuis longtemps, Lorry avait émis l'idée de la nature contagieuse de l'érysipèle (1777). Trousseau, Follin, Gosselin, M. Raynaud défendirent cette idée, déjà admise par beaucoup de médecins, et publièrent de si nombreux exemples de contagion qu'il n'y avait guère place pour le doute. Piorry (1834) avait même appelé l'érysipèle une septico-dermite, expression absolument exacte, l'érysipèle pouvant être défini une « dermite œdémateuse superficielle, causée par des bactéries spéciales » (Cornil).

Hueter est le premier qui signale la présence, dans les phlyctènes des érysipélateux, d'organismes particuliers, de monades (1868).

A la même époque, Nepveu découvre dans le sang extrait d'une piqûre, faite sur une plaque d'érysipèle et sur tout autre point, des bactéries en assez grand nombre. En 1873, Orth trouve dans les phlyctènes et dans le sang des érysipélateux, des bactéries sphériques, immobiles, isolées ou en chapelets, qu'il considère comme la cause indirecte de la maladie. Il dit même être parvenu à reproduire l'érysipèle par inoculation, avec le liquide contenu dans les bulles et avec les bactéries cultivées artificiellement.

Malgré ses travaux et ceux de Pitoy (1873), de Lukomsky (1874), de Bouchard (1876), de Doleris (1880), tous les auteurs n'accordaient pas une influence incontestable aux bactéries dans la pathogénie de l'érysipèle.

Enfin, en 1882, parut le travail de Feleihsen, qui parvint à faire des cultures pures de streptocoque sur la gélatine. En inoculant le streptocoque aux animaux et même à l'homme, il reproduisit toujours un érysipèle typique.

II

Morphologie et caractères des cultures. — On peut obtenir des cultures pures du streptocoque de l'érysipèle, en ensemençant des plaques de gélatine ou d'agar ou des tubes inclinés d'agar ou de sérum, avec quelques gouttes de sérosité, prises au moyen d'une piqûre, au niveau du bourrelet érysipélateux, avec toutes les précautions antiseptiques nécessaires (1).

(1) Achalme. *Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle*, Th. de Paris, 1893.

Les colonies qui se développent dans l'épaisseur de la gélatine, à une température de 20 degrés, apparaissent au bout de 48 heures, sous forme de petits points blancs, opaques, qui ne deviennent jamais plus gros qu'une tête d'épingle.

Les colonies qui se développent à la surface sont un peu plus volumineuses, légèrement bombées, opaques au centre, translucides à la périphérie. Le streptocoque ne liquéfie pas la gélatine qui garde sa transparence et sa couleur.

Sur des tubes d'agar ou de sérum, à une température de 35 degrés, les colonies sont déjà visibles au bout de vingt-quatre heures et forment un petit semis blanchâtre. Elles sont plus translucides que les colonies qui se développent sur la gélatine. Lorsque les colonies sont très nombreuses, elles peuvent se réunir et former une bande à bords polycycliques, le long de la ligne d'ensemencement.

Sur la pomme de terre, le streptocoque ne donne lieu à aucune colonie visible à l'œil nu.

Dans le bouillon, le streptocoque se développe rapidement. Le bouillon devient trouble et s'éclaircit au bout de trois ou quatre jours, les colonies se réunissant sous forme de petits grains qui se désagrègent par l'agitation, pour se reformer ensuite même dans les vieilles cultures. Lorsque le développement est moins actif, le bouillon ne se trouble jamais et le dépôt en petits flocons se fait d'emblée.

Dans le lait, on voit, au bout de quatre ou cinq jours, se former un petit caillot qui, peu à peu, devient volumineux et se rétracte au milieu du sérum, absolument transparent. Marot, d'Espine et de Marignac n'ont pas observé cette coagulation.

Le streptocoque se colore facilement par la fuschine phéniquée de Ziehl, suivie d'un lavage à l'alcool ou à l'acide acétique, ou par le bleu composé de Roux, suivi d'un lavage à l'eau. Il ne se décolore pas par la méthode de Weigert, ni par celle de Gram.

L'érysipélocoque se présente toujours sous formes de chaînettes, mais le nombre des grains, de six à huit sur les milieux solides, s'élève à trente et quarante dans les milieux liquides. Tous les grains sont égaux, dans les premières cultures, dans le diamètre transversal, et se comportent d'une manière semblable, vis-à-vis des matières colorantes. Leur diamètre longitudinal et l'espace qui les sépare est égal dans les cultures au milieu solide. Dans le bouillon, la prolifération étant plus active, les grains sont rapprochés deux à deux, formant, pour ainsi dire, des chapelets de diplocoques.

Dans les vieilles cultures, on trouve des grains plus volumineux, peu colorables, d'une apparence légèrement granuleuse, qui ne sont pas des spores, mais bien des formes d'involution et même des cadavres de streptocoques.

Alimentation du streptocoque. — Le streptocoque se développe beaucoup mieux dans le vide qu'au contact de l'air. Sur certains milieux, même, il ne se développe que dans le vide. Il est donc plus anaérobie qu'aérobie. La température la plus favorable pour son développement est comprise entre 30 et 35 degrés. Le streptocoque se développe bien sur l'eau de touraillons alcalinisée, l'eau de levure, les bouillons d'animaux et, en particulier, le bouillon de veau. Il se développe également sur les milieux albumineux liquides, sur le sérum coagulé qui est liquéfié dans le vide, alors qu'il ne l'est pas au contact de l'air. La puissance végétative du streptocoque est beaucoup augmentée, lorsqu'on ajoute aux milieux liquides de 2 à 10 p. 100 de gélatine et qu'on place les cultures à l'étuve de façon à maintenir la gélatine à l'état liquide.

Dans tous les cas, sur les milieux acides, le développement est très faible ou nul.

Produits de culture. — Le streptocoque a cependant tendance à acidifier plus ou moins fortement les milieux sur lesquels il se développe et cette tendance est d'autant plus grande que le streptocoque est plus atténué ou provient d'une culture plus acide. Tant que le milieu de culture est neutre ou alcalin, le streptocoque conserve une puissance végétative très grande, qu'il perd lorsque le milieu devient acide. La quantité d'acide produit augmente lorsqu'on ajoute au bouillon du sucre ou de la gélatine, et diminue si on ajoute de la glycérine. Les cultures anaérobies deviennent moins rapidement acides que les cultures aérobies. L'acide produit paraît appartenir à la série oxygluconique; sa solution ne dévie pas la lumière polarisée. M. Achalme n'a jamais retrouvé la triméthylamine signalée dans les produits de culture de l'érysipélocoque.

Vitalité du streptocoque. — Le streptocoque vit un peu plus longtemps sur les milieux liquides que sur l'agar ou la gélatine. Sur sérum, l'acidification étant très faible, et principalement sur sérum liquide, la vitalité du streptocoque est presque illimitée, surtout si les cultures sont conservées à l'abri de l'air.

L'érysipélocoque est très sensible aux antiseptiques, et il suffit d'ajouter aux milieux de culture une très faible dose de l'un d'eux pour empêcher son développement.

Virulence. — Le streptocoque de l'érysipèle ne diffère pas de celui du pus, de la fièvre puerpérale. « Les différents streptocoques décrits constituent, non pas des espèces, mais des variétés d'une même espèce. Ces variétés sont très instables; aussi est-il facile, jusqu'à un certain point, de les transformer et de les ramener les unes aux autres » (Achalme).

Inoculé aux animaux, aux lapins par exemple, l'érysipélocoque se comporte de différentes manières. Suivant son degré de virulence, il donne une septicémie rapidement mortelle, un érysipèle typique, un abcès au point d'inoculation dans le tissu cellulaire sous-cutané ou un simple érythème inflammatoire.

Produits de culture. — Les produits de culture du streptocoque ont été étudiés par Manfredi et Traversa et par M. Roger, dont les conclusions sont les suivantes (1) :

« On peut conférer l'immunité contre le streptocoque par plusieurs procédés : inoculation intra-veineuse de cultures atténuées ; inoculation sous-cutanée d'une culture de virulence moyenne; injection intra-veineuse de produits solubles chauffés;

Dans un milieu placé à l'abri du contact de l'air, le streptocoque sécrète des produits toxiques qui tuent à des doses variables de 13 à 20 centimètres cubes par kilog.; ces produits toxiques sont précipités par l'alcool et détruits par la chaleur;

Les cultures filtrées, non chauffées, injectées dans les veines à des doses variables de 5 à 12 centimètres cubes, exercent une action prédisposante ; elles diminuent, d'une façon durable, la résistance à l'infection streptococcique;

Les mêmes cultures, chauffées à 110 degrés et injectées à des doses variables de 5 à 30 centimètres cubes, augmentent

(1) Roger. Contribution à l'étude expérimentale du streptocoque de l'érysipèle, *Rev. de méd.*, 10 déc. 1892.

la résistance et confèrent l'immunité; elles sont vaccinantes.

Le streptocoque, semé dans le sérum des animaux vaccinés, donne naissance à une culture peu ou pas virulente; ce sérum agit en atténuant le microbe.

Le streptocoque, semé dans le sérum des animaux prédisposés, donne naissance à une culture plus nocive que celle dont il provient, mais on ne peut dire actuellement si le sérum agit en exaltant la virulence du microbe ou en diminuant la résistance de l'animal inoculé. »

Étiologie de l'érysipèle. — Le streptocoque se trouve normalement à la surface de la peau et sur les muqueuses de la bouche, du pharynx, du vagin. Il ne donne cependant lieu que rarement à des accidents morbides. Mais il n'est pas impossible que, dans certaines conditions, sa virulence se trouve exaltée, que d'inoffensif il devienne pathogène et donne lieu à des érysipèles chez des sujets affaiblis. Sa virulence se trouve alors exaltée dans l'intérieur de l'organisme, grâce probablement au développement d'autres microbes. L'érysipèle se produit dans ces cas en dehors de toute infection.

En général, la contagion se fait par contact direct. Dans l'érysipèle chirurgical, la contagion peut se faire par les linges, les instruments, le streptocoque se trouvant sur les plaies avec toute sa virulence.

L'érysipèle de la face peut se transmettre par la sérosité des phlyctènes et les croûtes qui leur succèdent. Il ne peut que très difficilement, comme nous le verrons, se transmettre par les squames épidermiques et par l'air, car l'érysipélocoque perd rapidement toute sa virulence par dessiccation. L'érysipèle de la face est donc peu contagieux, beaucoup moins contagieux que les fièvres éruptives par exemple.

Transporté sur la peau d'un sujet sain, l'érysipélocoque peut trouver une solution de continuité, parfois extrêmement faible et, se développant, donner lieu à un érysipèle. La présence d'une plaie pourrait peut-être même n'être pas absolument indispensable et l'agent pathogène pénétrer à travers les orifices glandulaires jusque dans le tissu cellulaire sous-cutané.

Dans tous les cas, pour que le streptocoque puisse germer, il est nécessaire qu'il trouve un terrain favorable. Les sujets affaiblis contracteront plus facilement que les autres un érysipèle et tous les individus bien portants ne présentent pas une égale susceptibilité.

Enfin, ce que nous avons dit de l'identité du streptocoque nous explique comment il est possible de voir contracter un érysipèle près d'une personne atteinte d'une affection tout autre, telle, par exemple, qu'une fièvre puerpérale.

III

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — Le streptocoque se retrouve dans la peau de la région atteinte d'érysipèle.

Au niveau du bourrelet érysipélateux, la couche superficielle du derme est infiltrée d'un grand nombre d'éléments embryonnaires, en suspension dans un liquide albumineux abondant. Ces éléments sont formés de leucocytes et de cellules provenant de la prolifération du tissu conjonctif. Le réseau lymphatique canaliculé se voit très nettement. Les streptocoques, en nombre très considérable, forment de longues chaînettes.

En s'éloignant de la zone d'accroissement, on constate que le nombre des micro-organismes diminue par rapport aux leucocytes et à l'exsudat, un certain nombre de leucocytes renfermant, dans leur intérieur, des microbes pathogènes.

Enfin, dans les parties en voie de guérison, on ne trouve plus un seul microbe en dehors des vaisseaux lymphatiques. Tous les gros troncs sont remplis de leucocytes englobant les érysipélocoques. Jamais on ne trouve dans leur intérieur de streptocoques libres.

En aucun point, on ne trouve de microbes dans les capillaires sanguins.

Les streptocoques peuvent pénétrer directement dans le tissu conjonctif sous-cutané et, lorsque ce tissu est lâche, comme aux paupières, donner lieu à la formation de petits abcès. Ils peuvent aussi y pénétrer par les vaisseaux lymphatiques.

L'érysipélocoque peut se porter vers l'extérieur, à travers l'épiderme. Le transport des streptocoques se fait alors grâce aux cellules lymphatiques qui, après avoir englobé quelques micro-organismes, traversent les couches épidermiques. Les streptocoques qui peuvent ainsi parvenir jusque dans les squames épidermiques semblent avoir perdu une grande partie de leur virulence.

Physiologie pathologique. — Ainsi on voit qu'au début d'un érysipèle, le streptocoque, en se développant dans les tissus, provoque l'exsudation d'une certaine quantité de plasma sanguin et amène dans le tissu inter-fasciculaire un grand nombre de leucocytes sortis des vaisseaux par diapédèse. En même temps, les cellules conjonctives sont le siège d'une prolifération active.

Les streptocoques sont alors entraînés dans les vaisseaux lymphatiques et finissent par être tous englobés par les leucocytes, dans l'intérieur desquels ils sont détruits. Quelques-uns peuvent être entraînés jusque dans la circulation sanguine, mais, en général, on n'en retrouve plus au delà des premiers ganglions traversés par les lymphatiques.

Quant aux streptocoques non entraînés par la lymphe, ils sont probablement détruits par les cellules provenant des cellules fixes du tissu conjonctif.

IV

ÉRYSIPÈLE A RÉPÉTITION. — La persistance du streptocoque dans les tissus permet d'expliquer la réapparition fréquente d'un érysipèle dans les points précédemment occupés. L'érysipèle de retour, érysipèle redux, suivant toujours de très près une poussée érysipélateuse antérieure, n'indique donc pas une infection nouvelle.

Dans quelques cas, lorsque le nouvel érysipèle apparaissait après la disparition complète de la rougeur cutanée, on pouvait croire que l'infection se reproduisait à l'aide de la même porte d'entrée, tant que la desquamation n'était pas terminée, l'existence du streptocoque dans les tissus pendant une quinzaine de jours paraissant impossible.

Mais chez certains sujets, on peut voir tous les mois ou tous les deux mois revenir un nouvel érysipèle, c'est-à-dire longtemps après la guérison complète de la lésion précédente et cependant il est impossible d'admettre une contagion nouvelle pour chaque poussée érysipélateuse. M. Verneuil, pour expliquer ces faits, avait admis l'hypothèse du parasitisme microbien latent, c'est-à-dire « l'existence accidentelle mais prolongée et indéfinie, en certaines régions du corps, de divers organismes inférieurs, ne révé-

lant leur présence par aucun trouble bien manifeste, mais pouvant devenir pathogènes dans des conditions données ».

Ces érysipèles à répétition s'observent, en général, chez des sujets atteints de plaies suppurantes (fistule anale, fistule osseuse, dacryocystite chronique). Ils se développent presque subitement, en quelques heures, autour de la plaie, à la suite d'une irritation des plus légères, d'une blessure insignifiante. Ces érysipèles *soudains* proviennent d'une auto-intoxication, car on retrouve dans le pus des fistules le streptocoque virulent.

Dans d'autres cas, l'érysipèle apparaît périodiquement, en l'absence de toute lésion suppurative. C'est ce qu'on observe souvent chez la femme, au moment de la puberté, pendant la période génitale ou pendant la ménopause. La réapparition de l'érysipèle, au moment de l'époque menstruelle, signalée déjà par Hoffmann, fut mise en doute par quelques auteurs devant l'impossibilité d'admettre toujours une nouvelle infection. M. Raynaud se demande si les érysipèles à répétition sont bien des érysipèles vrais et les considère comme des cas non douteux de fièvre intermittente larvée. Les érysipèles se rattachant à la menstruation sont considérés comme des fluxions passagères de la peau « liées à des modifications réflexes de l'innervation vasomotrice et comparables aux congestions du poumon et d'autres viscères que l'on observe communément en pareille circonstance ».

M. Achalme, dans sept cas d'érysipèle menstruel, a toujours retrouvé le streptocoque. Il s'agit donc bien d'érysipèles vrais, dont la malade porte en elle le germe.

Le streptocoque peut se trouver sur la peau ou sur les muqueuses du nez ou du pharynx. A l'époque de leurs règles, beaucoup de femmes présentant des éruptions cutanées ou muqueuses (eczéma, herpès), l'érysipélocoque trouve une solution de continuité, un sillon dans lequel il peut germer et l'érysipèle se développe, débutant suivant les cas par la peau, les fosses nasales ou le pharynx. Mais le streptocoque n'est pas toujours nasicole, pharyngicole ou auricole. Souvent l'érysipèle débute par l'angle interne de l'œil et alors on retrouve le streptocoque à la surface de la conjonctive.

Dans un certain nombre de cas, il est impossible, malgré l'examen le plus attentif, de découvrir la plus petite solution de continuité de la peau. L'érysipèle n'est donc pas de cause externe, mais bien de cause interne.

M. Achalme a constaté, en effet, la présence du streptocoque dans les lymphatiques, longtemps après tout accident inflammatoire. L'érysipélocoque reste à l'état latent dans l'intérieur des tissus, sans provoquer aucune réaction, puis à un moment donné, à la suite de chagrins, d'une violente colère, de troubles digestifs, à l'occasion des règles, il manifeste brusquement sa présence.

La présence, dans les vaisseaux lymphatiques de l'épaisseur du derme, de nombreux streptocoques explique bien la marche de cette variété d'érysipèle qui atteint d'emblée son maximum. En quelques heures, un frisson survient, la fièvre s'allume et la maladie est constituée, envahissant d'un seul coup toute la zone qui doit être prise.

Complications de l'érysipèle. — L'érysipèle interne reconnaît la même cause que l'érysipèle cutané. On retrouve le streptocoque dans l'érysipèle des voies respiratoires : larynx, trachée, bronches, poumon et plèvre, apporté soit directement par l'air, soit par les vaisseaux lymphatiques pulmonaires, soit par le derme de la muqueuse bronchique par propagation d'un érysipèle de la face : on le retrouve également dans l'érysipèle des voies digestives et dans l'érysipèle puerpéral.

Certaines complications cardiaques de l'érysipèle peuvent provenir d'une infection par les voies lymphatiques ; telle est la péricardite purulente secondaire à une pleurésie ou venant compliquer un érysipèle des parois thoraciques.

La pleurésie purulente, la péricardite peuvent provenir également d'une infection généralisée. On trouve alors des arthrites suppurées et d'autres abcès métastatiques. La présence dans tous ces foyers purulents de chaînettes de streptocoques s'explique par l'infection sanguine. Le streptocoque, franchissant les ganglions lymphatiques sans être détruit, pénètre dans le torrent circulatoire et détermine une véritable septicémie. La voie détournée par laquelle le streptocoque pénètre dans la circulation explique la rareté des complications pyohémiques.

L'endocardite végétante, la néphrite, reconnaissent la même cause, la présence du streptocoque dans le sang.

Dans tous les cas d'albuminurie cependant, on ne trouve pas de streptocoques dans l'urine. C'est que, en effet, dans l'érysipèle comme dans beaucoup d'autres maladies infectieuses, le sang renferme des substances toxiques sécrétées par le microbe pathogène. L'altération rénale peut être produite par l'élimination des toxines érysipélateuses contenues dans le sang. Griffiths a trouvé dans les urines des érysipélateux une substance blanche cristallisant en lamelles orthorhombiques, soluble dans l'eau. Cette ptomaïne, qui n'existe pas dans les urines normales, est très toxique, détermine une forte fièvre et entraîne la mort dans les quarante-huit heures (1). Nous avons, du reste, déjà indiqué, en parlant des produits de culture du streptocoque et du mémoire de M. Roger, les modifications apportées aux propriétés physiologiques du sérum des animaux vaccinés.

V

TRAITEMENT. — Les idées actuelles sur la nature de l'érysipèle ont conduit, afin d'agir sur le streptocoque et arrêter son développement, à se servir d'antiseptiques à l'intérieur et localement au niveau de la partie malade.

Traitement général. — Jusqu'ici, l'administration à l'intérieur n'a pas donné des résultats importants. Il ne faut pas oublier, du reste, que, bien que l'érysipèle ne soit pas une de ces maladies qui guérissent d'elles-mêmes, et dans lesquelles il convient de s'abstenir de toute espèce de traitement (Trousseau), dans un certain nombre de cas, une fois sur trois environ, la médication interne est inutile. On doit se contenter de combattre la constipation, en prescrivant un lavement ou un purgatif léger, et ordonner aux malades le régime lacté.

Les antithermiques (quinine, antipyrine, acide salicylique) journellement employés, n'ont pas d'action sur la marche de la maladie, et ont l'inconvénient de déprimer le cœur et d'abaisser la diurèse (2). En Angleterre, on a préconisé l'emploi du perchlorure de fer à la dose de 6 à 10 grammes par jour, en général sous la forme de teinture de Bestuscheff. Tison (3) traite les érysipèles de la face par l'aconitine cristallisée, à la dose de 1 milligramme en vingt-quatre

(1) GRIFFITHS. Acad. des sc., 31 oct. 1892.
(2) JUHEL-RÉNOY. Soc. méd. des hôpit., 16 juin 1893.
(3) TISON. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Paris 13 août 1889.

heures. On peut instituer le traitement au camphre de Pirogoff. Le malade prend toutes les heures, ou toutes les deux heures, 15 centigrammes de camphre en poudre, et en outre, de grandes quantités de thé chaud, pour provoquer une forte diaphorèse. Les injections de pilocarpine ont donné de bons résultats à G. Halo. L'effet heureux se manifestait au bout de vingt-quatre heures.

Mais, dans les érysipèles graves, la méthode de traitement la plus active est la balnéothérapie. Les bains devront être administrés aux malades tous les jours, et plusieurs fois par jour. Les malades seront plongés dans un bain froid de 18 à 20 degrés, pendant un quart d'heure, toutes les fois que la température, sans être très élevée, se maintiendra au-dessus de 39°5. Cette médication stimulante, tonique, diurétique, calme le délire et procure du sommeil aux malades. Elle devra être employée dans toutes les formes hyperthermiques ou ataxo-adynamiques, quel que soit le facteur de la gravité : délire, congestion pulmonaire, broncho-pneumonie, complication cardiaque, complications rénales [Juhel-Rénoy (1)].

En facilitant la diurèse par des boissons chaudes, des injections de pilocarpine, des bains, on permet aux malades de se débarrasser des principes nocifs contenus dans leur sang.

La médication tonique ne doit pas être oubliée. Il faut soutenir les forces du malade au moyen d'alcool, de vin de quinquina, qu'on peut prescrire à doses élevées.

Sevestre recommande les bains tièdes, additionnés de borate de soude, qui agiraient comme bains antiseptiques.

Traitement local. — Le nombre des topiques employés contre l'érysipèle a toujours été considérable. On recommandait autrefois, pour calmer la douleur, les fomentations émollientes, les cataplasmes de farine de graine de lin, de fécule de pommes de terre, l'application de farines sèches, les onctions avec de l'axonge. Le vésicatoire était très recommandé par un grand nombre de médecins, vésicatoire volant ou vésicatoire à demeure. Piorry appliquait un vésicatoire linéaire autour de la partie malade. On trouve même conseillé l'emploi de certaines substances antiseptiques : lotions avec de l'alcool camphré, onctions mercurielles, lotions avec le sublimé (Schott) et les badigeonnages avec le collodion. Le nitrate d'argent était recommandé par Simon, Alibert, Hogdson. Les uns pratiquaient des cautérisations sur les tissus sains, autour du bourrelet érysipélateux, les autres appliquaient des compresses trempées dans une solution étendue sur la peau malade.

Considérant toute inflammation comme le résultat de la présence dans les tissus et dans les voies circulatoires d'organismes inférieurs, Hueter, en 1874 (1), avait déjà proposé, pour détruire ces organismes et arrêter l'inflammation, de pratiquer des injections sous-cutanées d'acide phénique. Le traitement de l'érysipèle par les injections sous-cutanées d'acide phénique, souvent employé depuis Hueter, surtout en Allemagne, paraît donner de bons résultats.

Les injections doivent être faites dans la peau saine, à 1 ou 2 centimètres du bourrelet érysipélateux et répétées tout autour de la partie malade, à une distance d'environ

(1) Juhel-Rénoy. Traitement des érysipèles typhoïdes, *Rev. de clin. et de thérap.*, 24 mai 1892.

(2) C. Hueter. Des injections parenchymateuses d'acide phénique dans les tissus enflammés, *Deuts. Zeitz. f. Chir.*, t. IV, oct. 1874.

3 à 6 centimètres. Il faut avoir soin d'enfoncer l'aiguille dans les tissus, dans la direction des parties atteintes, et pousser lentement l'injection. Le traitement consécutif consiste à recouvrir d'ouate la plaque d'érysipèle.

On peut injecter en une seule séance de 30 à 45 centigrammes d'acide phénique pur. Au bout de douze à vingt-quatre heures la fièvre tombe, la rougeur disparaît et il est inutile de faire une seconde série d'injections hypodermiques. Lorsque la dose d'acide phénique employée est un peu considérable, on peut prescrire, pour prévenir les phénomènes d'intoxication possible, du sulfate de soude à l'intérieur (1).

Le traitement de l'érysipèle, d'après la méthode de Hueter, convient parfaitement à tous les cas d'érysipèle du tronc et des membres, mais il est peu applicable à l'érysipèle de la face et du cuir chevelu, les injections étant très douloureuses et suivies parfois de petits abcès.

Wilde dit avoir obtenu de bons résultats en injectant une solution de sulfo-phénate de soude.

L'acide salicylique, employé par Petersen en injections, ne présente pas de grands avantages.

L'érysipélocoque se développant difficilement dans les cultures acidifiées avec de l'acide lactique, M. Le Gendre a cherché à arrêter la marche de l'érysipèle au moyen d'injections hypodermiques de cet acide. Il conseille de se servir d'une solution à 1 p. 100 ou à 1 p. 50, et d'opérer de la façon suivante : Faire deux couronnes d'injection, la première à 3 ou 4 centimètres du bourrelet érysipélateux, la seconde à 3 centimètres en arrière de la première. Les injections seront faites avec une seringue de Pravaz stérilisée, l'aiguille enfoncée dans le tissu cellulaire et retirée peu à peu, en même temps qu'on injectera goutte à goutte un demi-centimètre cube à chaque piqûre. Les injections seront éloignées l'une de l'autre de 3 centimètres environ (2).

L'ancienne méthode de traitement de l'érysipèle par les scarifications a été de nouveau employée dans ces dernières années. Mais, tandis que Lassis, Bright, etc., conseillaient de laver la région scarifiée avec de l'eau tiède, pour faciliter l'écoulement du sang, Kraske lave les plaies avec une solution antiseptique (3). Après avoir bien nettoyé la zone érysipélateuse, on pratique de nombreuses mouchetures, ainsi que de petites incisions atteignant la couche superficielle du derme, ou même traversant toute l'épaisseur de la peau, et dépassant de 1 ou 2 centimètres les limites de la rougeur. On fait alors un lavage avec une solution phéniquée à 1/20, en appuyant assez fortement pour faire pénétrer la solution dans les ouvertures. On fait ensuite un pansement avec des compresses trempées dans une solution à 2,5 p. 100.

Riedel a apporté à la méthode de Kraske de légères modifications (4).

Le malade étant ou non chloroformé, on pratique des incisions au niveau du bourrelet érysipélateux. Ces incisions

(1) P. Sawter (de Dantzig) recommande de se servir de la solution suivante :

Acide phénique pur	3 grammes.
Alcool absolu	3 —
Eau	94 —

Cette solution doit toujours être fraîchement préparée.

(2) Le Gendre. Soc. méd. des hôpit., 16 juin 1893.

(3) Kraske. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, n° 9.

(4) Riedel. *Centralbl. f. Chir.*, 7 mai 1887.

espacées d'un demi-centimètre sont croisées à angle très aigu par une seconde rangée d'incisions, et le point d'entrecroisement correspond à la limite de l'érysipèle. Les parties scarifiées sont recouvertes de compresses imbibées d'une solution de sublimé corrosif au millième et renouvelées trois fois par jour. Les scarifications disparaissent rapidement, sans laisser de cicatrices. Cependant, chez quelques individus, les cicatrices restent visibles. Ce mode de traitement peut donc avoir des inconvénients pour l'érysipèle de la face.

La guérison des malades traités par le procédé de Riedel se ferait très rapidement : les scarifications étant faites le matin, dès le soir la fièvre cesserait pour ne plus reparaître.

Kühnert a guéri trois cas d'érysipèle à l'aide de scarifications punctiformes pratiquées dans l'épaisseur du derme lavé avec une solution d'acide phénique, à 5 p. 100, et pansé ensuite avec une solution à 2,5 p. 100 (1).

Le docteur Kolaczek (de Breslau) a traité, avec succès, plusieurs malades atteints d'érysipèle, en appliquant sur la région malade une feuille de taffetas gommé. La feuille de taffetas doit être assez grande pour recouvrir toutes les parties malades et la peau saine environnante. Elle est recouverte d'une couche d'ouate fixée par plusieurs tours de bande. Le taffetas ainsi appliqué adhère très intimement à la peau et ne se laisse souvent ensuite enlever qu'avec la couche de l'épiderme desquamé. Grâce à ce traitement qui convient parfaitement à l'érysipèle de la face, on peut obtenir la guérison d'un érysipèle en vingt-quatre heures, et dans les cas défavorables, en trois ou quatre jours. Dans l'érysipèle du cuir chevelu, ce traitement donne de moins bons résultats, car on ne peut appliquer exactement le taffetas sur la peau. D'après Kolaczek, on pourrait expliquer la guérison par l'effet microbicide, sur le streptocoque de l'érysipèle de la perspiration cutanée, retenue sous le taffetas.

Barwell avait proposé de priver d'air les streptocoques en appliquant au niveau du bourrelet érysipélateux du papier vernissé.

Ayant reconnu que le papier vernissé n'agissait que par compression, Wolfer employa d'abord la traumaticine, puis le diachylon (2). En général, la rougeur s'arrête au niveau des bandelettes de diachylon ; les tissus se gonflent, puis, au bout de deux ou trois jours, la fièvre cesse et la rougeur disparaît. Quand il s'agit d'un érysipèle de la tête, il faut raser le cuir chevelu.

On peut remplacer les bandelettes de diachylon par du collodion. On fait autour de la plaque érysipélateuse des badigeonnages avec du collodion. La couche de collodion doit être épaisse et large de deux mains environ.

Dans les érysipèles du membre inférieur, ce traitement est peu efficace, car les érysipélocoques ont des voies profondes qu'ils peuvent suivre au-dessous de la barrière superficielle qui leur est opposée.

Le traitement de l'érysipèle par le collodion est déjà ancien. Briquet ayant proposé d'appliquer une couche de collodion sur toute la surface érysipélateuse. Aron, Grisolle (3), Robert-Latour, Piachaud (4), traitèrent avec succès un grand nombre de malades par cette méthode. Guersant (1) unissait le collodion à l'huile de ricin, pour le rendre plus souple, plus élastique et plus facile à détacher.

Dans ces dernières années, Alvaringa ayant reconnu que le silicate de potasse, employé en badigeonnages sur la peau y produit aussitôt une sensation de froid et de rétraction, obtint la guérison d'un certain nombre d'érysipélateux, en les soumettant uniquement à ce mode de traitement local (2).

On peut, du reste, à l'action mécanique du collodion, ajouter l'action d'une pommade antiseptique, dont on recouvre toute la plaque érysipélateuse, ou même incorporer dans le collodion la substance antiseptique, iodoforme (3) ou sublimé (4).

Juhel-Rénoy considère la traumaticine à l'ichthyol (5), comme le meilleur agent, à l'heure actuelle, du traitement local de l'érysipèle, et conseille de faire de la compression avec ce vernis antiseptique. L'emploi de la traumaticine au sublimé, à l'acide phénique, à la résorcine, lui a donné de moins bons résultats (6).

On peut encore faire de la compression autour des parties malades, avec des bandelettes de diachylon et recouvrir l'érysipèle d'une couche de pommade à l'ichthyol (7) se contenter d'appliquer, au moyen d'un pinceau, sur les parties atteintes, du collodion à l'ichthyol (8).

Klein fait deux ou trois fois par jour, des frictions avec une pommade à l'ichthyol à parties égales, sur la zone malade, puis la recouvre de gaze hydrophile, trempée dans une solution d'acide salicylique et d'une couche d'ouate. Il faut avoir soin, avant d'appliquer la pommade, de laver à l'eau de savon, et continuer la médication deux ou trois jours encore après la chute de la fièvre (9).

L'acide phénique a été souvent employé dans le traitement local de l'érysipèle.

Hofmokl applique sur les parties atteintes des compresses trempées dans une solution phéniquée à 3 à 5 p. 100 (10).

Konetselke a guéri des érysipèles en faisant des frictions avec de l'huile phéniquée à 10 p. 100 (11).

On peut encore arrêter la marche de l'érysipèle en fai-

(1) Kuhner. *Centralbl. f. Chir.*, 1886, n° 9.

(2) Wœlfer. Weitere Mittheilungen über die mechanische Behandlung des Erysipels, *Mitheilungen des Vereins der Aertze in Steinmark* et *Berl. klin. Wochens.*, 28 mars 1892.

(3) Grisolle. *Bull. gén. de thérap.*, 15 avril 1850.

(4) Piachaud. *Arch. gén. de méd.*, septembre 1852.

(1) Guersant. *Journ. des conn. méd.-chir.*, 18 mars 1852.

(2) F. da Costa Alvarenga. *Gazeta medica de Lisboa*, nos 9, 10 et 11.

(3) Collodion élastique. . . . . . . 20 grammes.
Iodoforme. . . . . 1 —

(4) Collodion élastique. . . . . . . 30 grammes.
Sublimé. . . . . 1 —

(5) Gutta-percha. . . . . . . } *āā* 25 grammes.
Chloroforme. . . . . }
Ichthyol. . . . . 25 —

(6) Traumaticine. . . . . 120 grammes.
Résorcine 1gr50
(Ferreira).

(7) Ichthyol. . . . . 4 à 8 grammes.
Axonge. . . . . 30 —
(Voskressensky).

(8) Sulfo-ichthyolate d'ammonium. . . . . . . } *āā* 5 grammes.
Éther sulfurique. . . . . }
Collodion riciné. . . . . 10 —
(Ch. Ulrich).

(9) S. Klein. Die Behandung des Erysipels. *Berlin. klin. Wochens.*, n° 39, 28 sept. 1891.

(10) Hofmokl. *Wien. med. Presse*, 1886, n° 2.

(11) Konetselké. *Wien. Med. Presse*, 1886, n° 12.

sant à sa périphérie des cautérisations avec une solution d'acide phénique et d'alcool à parties égales (Hayem-Amici). Cette application n'est nullement douloureuse, mais elle peut être suivie de la formation de cicatrices persistantes quand l'acide phénique a été déposé en excès sur la peau.

On a conseillé également de faire toutes les deux heures des badigeonnages, sur les parties atteintes, avec un mélange d'acide phénique et d'essence de térébenthine [Trapeznikow (1)], ou avec le mélange suivant (Rothe) :

Acide phénique	50 centigrammes.
Alcool à 90 degrés. . . .	xv gouttes.
Essence de térébenthine .	15 grammes.
Teinture d'iode	xv gouttes.
Glycérine.	15 grammes.

ou encore d'étendre deux fois par jour avec un pinceau, sur les parties malades, un mélange de gomme arabique renfermant 3 à 5 p. 100 d'acide phénique (2).

Rosenbach lave d'abord avec du savon la plaque érysipélateuse avant de faire des lotions avec une solution d'acide phénique à 5 p. 100.

Le sublimé a été, pendant longtemps, considéré comme le meilleur des antiseptiques à employer dans le traitement de l'érysipèle, soit en lotions, soit incorporé aux corps gras : vaseline, vaseline et beurre de cacao, lanoline (3).

Le docteur Fraipont (4) conseille de laver largement et un peu longuement toute la surface rouge et la partie environnante avec une solution de sublimé à 3 p. 1000. S'il s'agit d'un érysipèle du bras ou de la jambe, il convient de placer la partie malade tout entière dans un bain tiède de la solution indiquée. On recouvre ensuite toute la partie malade de compresses imbibées de sublimé ou de gaze iodoformée, puis on badigeonne les bords avec du goudron liquide jusqu'à deux travers de doigt au delà de la rougeur érysipélateuse. Au bout de vingt-quatre heures, l'épiderme comme macéré se détache, et il suffit alors de se servir pour les pansements d'une solution à un demi p. 1000.

M. Talamon préconise les pulvérisations de sublimé. Il se sert d'une solution de sublimé dans l'éther à 1 p. 100 et fait les pulvérisations avec un pulvérisateur à main. Il faut tenir compte, au point de vue de la durée de chaque pulvérisation de la force du jet pulvérisé, tenir compte aussi de la finesse de la peau du sujet, et tâcher d'apprécier la profondeur de l'infiltration dermique. Il ne faut pas craindre la vésication de la peau, la provoquer en prolongeant la pulvérisation si la plaque est encore peu étendue ; arroser simplement le centre de la plaque, pulvériser toujours plus longuement sur la périphérie ou empiétant de 1 centimètre ou 2 sur la peau saine, et avoir soin d'arroser seulement les paupières supérieures et inférieures. Une ou deux pulvérisations énergiques suffisent lorsqu'elles sont bien faites. Les autres doivent être plus courtes. On doit, dans tous les cas, se contenter d'arroser les parties déjà pulvérisées, et insister seulement sur les points de la périphérie où l'érysipèle paraît vouloir franchir la limite tracée. Sur la nuque, le dos, les membres, les pulvérisations doivent être beaucoup plus longues que sur la face. Ces pulvérisations sont un peu douloureuses, et souvent suivies de la formation de cloques et de croûtes. Il ne faut pas détacher ces croûtes avec les doigts, mais les laisser tomber d'elles-mêmes sous l'application de compresses boriquées (1).

On a reproché aux pulvérisations de sublimé d'être douloureuses, de provoquer des dermites rebelles très intenses [A. Renault (2)] et de produire des pigmentations indélébiles.

A. Robin remplace les pulvérisations d'éther sublimé par des pulvérisations de liqueur de van Swieten, additionnée d'acide tartrique pour éviter la formation d'un albuminate de mercure (3). Avec le liquide de Talamon, on doit faire trois ou quatre pulvérisations d'une minute de durée à chaque séance, et deux à quatre séances par jour. Avec la solution tartarisée de sublimé au millième de Robin, il suffit d'une seule pulvérisation de trente minutes pour une seule séance, et quatre à cinq séances quotidiennes.

Les pulvérisations d'éther, d'éther camphré, d'eau chloralée sont beaucoup moins efficaces, mais procurent aux malades un certain soulagement.

On a proposé encore de badigeonner, toutes les deux heures, les plaques érysipélateuses avec le mélange suivant :

Tannin pulvérisé.	} āā 1 partie.
Camphre pulvérisé.	
Éther sulfurique.	8 parties.
	(Cavazzani).

ou avec une solution d'acide picrique :

Acide picrique.	1gr50
Eau distillée.	250 grammes.

Häcker fait faire toutes les heures des frictions avec (4) :

Huile de coco.	15 grammes.
Cocaïne	30 centigrammes.

Tichomirow badigeonne trois ou quatre fois par jour les plaques érysipélateuses et leur pourtour avec de la teinture d'iode ; sur les muqueuses il emploie la glycérine iodée (5).

Tchourilow a employé avec succès le chloro-phénol et le bromo-phénol en pommades à 1 ou 2 p. 100 ; Papow le phénol trichloré en solution à 10 p. 100.

J. Foustanos dit avoir obtenu d'excellents résultats pendant une épidémie d'érysipèle en administrant à ses

---

(1) Acide phénique . . . . . . 4 grammes.
Essence de térébenthine . . . 90 —

(2) Nolke. *Allgem. Med. Centr. Zeit.*, 15 déc. 1883.

(3) Lanoline . . . . 100 grammes.
Sublimé. . . . . 10 centigrammes.

(4) Sublimé . . . . 25 milligrammes.
faire dissoudre dans :
Eau distillée. . . . . . . q. s.
Ajoutez :
Lanoline . . . . 22 grammes.
Vaseline . . . . 46 —
Mélez. Usage externe.

(1) Talamon. Soc. méd. des hôpitaux, 1892, 1er juillet, p. 510-511.
Sublimé corrosif. . . . . . . 1 gramme.
Acide tartrique ou citrique. . . 1 —
Alcool à 90 degrés. . . . . . . 5 c. c.
Éther sulfurique . . . . q. s.
pour faire 100 c. c.

(2) A. Renault. Soc. méd. des hôpitaux, 3 juin 1892.

(3) Colas. *Du traitement local de l'érysipèle de la face, et en particulier du traitement par les pulvérisations de sublimé.* Th. de Paris 1892.

(4) Hacker. *St-Petersb. med. Wochens.*, 1885.

(5) Tichomirow. *Woien. Sanit.*, 1888, nos 24, 25.

malades de l'antipyrine à l'intérieur et en faisant, sur les parties atteintes, des frictions avec une pommade au camphre et à l'acide phénique (1).

La vaseline salolée ou boriquée étendue plusieurs fois par jour sur la zone érysipélateuse procure aux malades un certain soulagement.

L'onguent mercuriel, déjà préconisé par Ricord (2), paraît avoir une action efficace et arrêter la marche de l'érysipèle.

Koch (3) a guéri plusieurs cas à l'aide d'une pommade à l'iodoforme et à la créoline.

Mrœck, après avoir appliqué sur l'érysipèle la pommade précédente, recouvre la partie traitée de gutta-percha. Sur le cuir chevelu, il faut d'abord raser les cheveux ou les couper très courts et fixer la pommade à l'aide d'un petit pansement. Dès le troisième jour, la fièvre disparaît, l'érysipèle reste circonscrit et la peau pâlit.

C. Rothe se sert également d'une pommade à la créoline :

Créoline	1gr50
Axonge	ãã 15 grammes.
Craie préparée	
Essence de menthe poivrée	v gouttes.

On peut encore badigeonner plusieurs fois par jour la zone érysipélateuse avec une solution de 4 à 6 p. 100 de salicylate de soude dans la glycérine, puis la recouvrir d'ouate salicylée ou de linges imbibés d'une solution de salicylate de soude à 10 ou 20 p. 100 (Hallopeau-Inglessis.)

Besnier recommande la solution suivante :

Salicylate de soude	20 à	40 grammes.
Bicarbonate de soude	10 à	20 —
Eau bouillie		1000 —

Lucke conseille, après avoir lavé les parties malades avec de l'éther sulfurique et de l'alcool absolu, de faire des lotions avec de l'essence de térébenthine (4). Cette méthode est très douloureuse et n'offre aucun avantage sérieux sur le traitement local par les antiseptiques déjà indiqués.

Dans tous les cas, il ne faut pas oublier que, quel que soit le topique employé, on doit étendre l'application de ce topique sur les parties saines, au delà du bourrelet érysipélateux.

Lorsque, dans l'érysipèle de la face, les fosses nasales sont envahies, on peut faire des lavages avec une solution de sublimé à 2 ou 4 p. 100.

L'érysipèle de la face ayant très souvent pour porte d'entrée la gorge ou les fosses nasales, il sera toujours prudent de pratiquer chez les érysipélateux des irrigations dans la bouche et le nez avec une solution antiseptique, de l'eau boriquée par exemple. Ces irrigations devront être pratiquées plusieurs fois dans la journée, pendant plusieurs jours.

(1)

Acide phénique	ãã 1 gramme.
Camphre pulvérisé	
Vaseline	ãã 15 grammes.
Lanoline	

(*Semaine méd.*, 16 janvier 1892.)

(2) Ricord. *Lancette franç.*, 1831.

(3) Mrœck. *Wien. Klin. Wochens.*, 1889 :

Créoline	1 gramme.
Iodoforme	4 —
Lanoline	10 —

(4) Lucke. *Winckler. Wien., Klin. Woch.*, 1891.

Ajoutons enfin que les malades atteints d'érysipèle devront toujours être soigneusement isolés, et qu'une prophylaxie rigoureuse est nécessaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 février 1894. — Présidence de M. Championnière.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DU PROLAPSUS UTÉRIN

M. A. Marchand. Pour apprécier les motifs de nos déterminations dans le choix des méthodes applicables au traitement du prolapsus de l'utérus, et justifier nos préférences, il est utile de préciser deux points :

1° La valeur pathologique de l'affection en elle-même;

2° Les états anatomiques qui l'accompagnent et en sont les conditions pathogénétiques.

J'entends par valeur pathologique, l'appréciation vraie des ennuis, des désagréments, de la gêne, des souffrances même qu'entraîne le prolapsus, et surtout des dangers réels plus ou moins immédiats qu'il fait courir.

Depuis l'année 1881, époque à laquelle je pratiquai pour la première fois la colpopérinéorraphie en me conformant aux prescriptions de Hégar, j'ai traité chirurgicalement quatre-vingts prolapsus utérins ; mais j'en ai observé un bien plus grand nombre.

De toutes les malades que j'ai interrogées avec soin, aucune ne présentait d'accidents sérieux du fait de son infirmité. J'ai vu des malades portant, depuis plusieurs années, un prolapsus complet et non maintenu, se plaindre seulement de la gêne, et des ennuis que leur causait la présence de la tumeur, soumise à toutes les causes d'irritation possible.

Une première malade présentait, depuis sept ans, un prolapsus complet et non réduit et elle eut de longues hésitations avant de se soumettre au traitement qui devait amener sa guérison complète et définitive.

J'ai actuellement dans mon service, à Saint-Louis, une malade de cinquante-huit ans, qui, depuis huit ans, porte un prolapsus complet non réduit, et ne consent à se faire traiter qu'à la condition expresse que les opérations à lui pratiquer soient de nature bénigne, et ne puissent compromettre directement son existence.

Par un singulier contraste des malades jeunes encore, dans la période génitale, semblent souffrir bien davantage du fait de lésions beaucoup moins avancées. De simples prolapsus du vagin coïncident avec une déchirure incomplète du périnée, causent dans les efforts voulus, ou nécessités par des actes physiologiques, un sentiment fort pénible de malaise et de faiblesse locale dont les malades rendent parfaitement compte.

Quoi qu'il en soit, et sans nier les accidents graves notés par divers chirurgiens, on peut considérer que, dans la plupart des cas, le prolapsus, même complet et non réduit, ne constitue qu'une infirmité pénible à coup sûr, mais compatible avec une santé presque parfaite.

A une infirmité si peu offensive, il convient d'opposer un traitement également dépourvu de danger ; car il faut encore noter que bon nombre de malades refusent toute intervention sanglante, ne réclament souvent que le secours d'un appareil qui puisse suppléer à l'insuffisance des pessaires. A supposer donc que l'hystérectomie poursuit ce qu'elle ne donne pas à coup sûr, je veux dire une guérison solide et durable de l'infirmité, elle devrait encore être reléguée au second plan dans le choix des moyens que nous offre la médecine opératoire. Elle ne peut prétendre à un degré d'innocuité suffisant, puisque, et le fait est assez paradoxal pour être signalé, sa mortalité devient relativement considérable lorsqu'elle est appliquée à la guérison du prolapsus. C'est ce que démontre la récente statistique dressée par M. Hartmann. Si l'affection se produit pendant la période génitale, à moins de

motifs bien pressants, peu de chirurgiens consentiraient à infliger aux malades une aussi fâcheuse mutilation.

Des exemples si nombreux qu'ils ne sont point à compter, montrent que les femmes affligées de prolapsus complet et maintenu, soit à l'aide d'un pessaire, soit par le fait d'une colporraphie, ont pu concevoir et accoucher à plusieurs reprises. On trouvera dans les recueils des exemples assez nombreux de femmes qui nonobstant un accouchement ont continué à jouir des bienfaits d'une colporraphie antérieurement pratiquée.

A une période avancée de l'existence, l'utérus s'atrophie, perd si notablement de son volume et de son poids, qu'il n'est plus qu'un facteur bien insignifiant dans la série des motifs étiologiques qui accompagnent ou déterminent le syndrome complexe du prolapsus utérin.

« Quelle est la valeur, ou mieux l'importance étiologique de l'utérus dans la constitution du prolapsus? On peut la considérer comme relativement secondaire. A part les cas d'allongement hypertrophique de la portion sus-vaginale (que bon nombre d'auteurs considèrent déjà comme secondaires), l'utérus ne semble point être un motif étiologique bien plus puissant que ne l'est l'intestin dans la production des hernies abdominales. Ce dernier a beau venir presser contre les anneaux aponévrotiques, si ces derniers sont solides, les trajets résistants, aucune issue des viscères n'est possible.

Il en va de même dans la plupart des prolapsus. Presque tous débutent par l'abaissement, le prolapsus du vagin dont les connexions supérieures avec le plancher pelvien se sont relâchées, et qui n'est plus maintenu du côté de la vulve par un orifice assez résistant.

Sous l'influence des efforts voulus ou réflexes, le vagin, dont les parois se sont peu à peu épaissies, hypertrophiées, s'abaisse, fait issue à travers la vulve forcée, entraînant avec lui pas à pas l'utérus auquel il est inséré, et à la condition, toutefois, que ce dernier subisse un léger degré de bascule en arrière.

Relâchement des connexions du vagin et altérations progressives de son tissu, béance de la vulve, léger renversement en arrière de l'utérus, tels sont les facteurs importants du prolapsus utérin, ceux contre lesquels doit se diriger l'effort thérapeutique. Quelques cas accidentels de gangrène du vagin dans de vieux prolapsus, suivis du retrait et du maintien de l'organe prolabé, avaient indiqué la voie. Malheureusement l'art ne peut reproduire que difficilement ces lésions accidentelles, et les divers procédés de rétrécissement du vagin ont échoué jusqu'à ce que J. Simon eût pensé à obéir aux deux indications principales, en faisant la colpopérinéorraphie.

Je dois ajouter que la vulvorraphie isolée, comme la pratiquait Frielze, ne donnait point des résultats beaucoup plus satisfaisants.

C'est à la méthode combinée que j'ai presque exclusivement eu recours, depuis 1881 jusqu'à ce jour. Malgré les quelques échecs ou les résultats incomplets qu'elle m'a fournis, je me sens peu disposé l'abandonner. On peut établir, d'abord, que son innocuité est presque absolue; sur plus de 80 cas, je n'ai jamais eu le moindre accident. Si ces 80 cas sont ajoutés aux 160 de M. Bouilly, on arrive au chiffre respectable de 240 interventions sans aucune mortalité.

Lorsque l'opération a été soigneusement pratiquée, elle donne des résultats complets. Ma première malade a été revue complètement guérie quatre ans après son opération. J'avais dû pratiquer chez elle l'amputation de Huguier, ce que je fais chez toutes les malades dont la cavité utérine mesure 12 centimètres ou plus. J'avais commencé par cette opération et ne pratiquai la colpopérinéorraphie qu'après la guérison complète. Aujourd'hui je procède différemment et pratique en une seule séance la série des opérations réparatrices. Dans l'exécution de l'anaplastie vaginopérinéale, je me conforme aussi exactement que possible à la technique réglée par Hégar. J'y adjoins toutefois, dans certains cas, une épisiorraphie partielle, en faisant remonter, des extrémités latérales du triangle d'avivement postérieur, deux avivements qui atteignent la base des petites lèvres et peuvent même empiéter sur leur extrémité inférieure.

Je pratique un très large avivement vaginal et fais une double suture : une, profonde, au fil d'argent, qui se cache complètement sous la surface cruentée; une, superficielle, entre les points d'argent, avec le crin de Florence.

La suture périnéale est pratiquée également avec des fils d'argent plus forts que ceux qui servent pour le vagin; ils sont passés très profondément au moyen de l'aiguille d'Emmet. Jai parfois adossé l'avivement épisiorraphique avec la suture enchevillée.

J'obtiens presque toujours un plancher périnéal très épais qui mesure, à l'extérieur, de 7 à 8 centimètres.

La paroi postérieure du vagin se trouve ainsi complètement modifiée dans sa direction. Elle est formée d'un double plan incliné : l'un, postérieur, oblique de haut en bas, d'arrière en avant; l'autre, vulvo-périnéal, incliné d'avant en arrière, de haut en bas.

Le col utérin vient se loger dans l'angle formé par la rencontre des deux plans; à moins d'une bascule complète en arrière, il lui est impossible de franchir l'obstacle périnéo-vulvaire.

En 1891, j'ai pratiqué, à l'hôpital Saint-Louis, l'extirpation d'un utérus carcinomateux, chez une malade de cinquante-huit ans, affectée de prolapsus utérin non réduit depuis de nombreuses années. Je me servis du procédé de Fritsch et excisai deux larges lambeaux triangulaires du vagin : l'un postérieur, l'autre antérieur, circonscrivant, au milieu de leurs bases, le col de l'utérus malade.

Je disséquai l'utérus et l'isolai comme s'il se fût agi d'une tumeur quelconque, pinçant les vaisseaux et les liant à mesure que je les découvrais. Je réunis ensuite, par une suture, les bords des plaies laissées par l'excision du vagin; je ne me préoccupai aucunement de la vulve, que je laissai dans l'état.

La malade guérit de mon intervention, bien qu'elle fût dans un état cachectique déjà avancé, auquel elle finit par succomber cinq mois après l'opération.

Je pus constater chez elle, que, malgré l'extirpation de l'utérus et la large excision du vagin, le prolapsus de ce dernier organe n'avait été que très incomplètement guéri, puisque, au moindre effort, il venait se présenter à la vulve, qu'il dépassait légèrement. Si cette malade eût présenté des conditions de santé plus rassurantes, j'eusse été forcé de pratiquer une opération complémentaire sur la vulve.

Pour me résumer, je pense que l'extirpation de l'utérus ne trouvera que de rares applications dans la cure du prolapsus utérin, que, d'autre part, nous sommes en possession de moyens beaucoup moins rigoureux et dont les résultats définitifs égalent, s'ils ne les dépassent, ceux que peut fournir cette opération, encore redoutable.

M. CHAMPIONNIÈRE rappelle que, s'il a fait quelques réserves au sujet des résultats fournis par les opérations dans le traitement du prolapsus utérin, il n'a pas dit, pour cela, qu'il n'était pas partisan d'intervenir dans les chutes de l'utérus. Il se sépare donc complètement de M. Després et admet, tout en reconnaissant les difficultés qu'on éprouve à obtenir de bons résultats, que, parmi les opérations dont on a parlé, il en est d'excellentes pour le traitement du prolapsus utérin.

M. QUÉNU rappelle que, lors de sa première communication, il avait pu réunir quatorze observations d'hystérectomie vaginale pratiquée pour remédier à des prolapsus utérins. Aujourd'hui, avec les différents cas qui ont été communiqués à la Société, le nombre de ces opérations arrive à un total de cinquante-huit, pratiquées seulement en France. En se basant sur ces faits, M. Quénu soumet à la Société un certain nombre de considérations portant : 1° sur la justification de l'hystérectomie vaginale; 2° sur la technique opératoire.

La majorité des orateurs qui ont pris la parole a admis la légitimité de l'hystérectomie vaginale dans certains cas déterminés. D'autres, avec M. Championnière, ont émis quelques incertitudes; d'autres enfin, avec M. Bouilly, s'en sont montrés franchement

adversaires. M. Quénu proteste tout d'abord contre l'idée qui lui a été prêtée de vouloir généraliser l'indication de l'hystérectomie vaginale dans le traitement du prolapsus utérin. Il rappelle avoir dit seulement que c'était une bonne opération chez les femmes ayant atteint l'âge de la ménopause. Il a donc fait des réserves et n'a considéré l'hystérectomie vaginale que comme une opération d'exception appliquée au traitement de la chute de l'utérus. La colpopérinéorraphie reste l'opération de choix; c'est entendu. Tout le monde est d'accord sur ce point, sauf M. Després. Mais la colpopérinéorraphie suffit-elle à tous les cas? Non certainement. Il en est dans lesquels on ne parviendra jamais, avec de mauvaise étoffe, à faire de bons soutiens. Or, dans ces cas, M. Quénu espère l'avoir démontré, l'hystérectomie vaginale devient une précieuse ressource.

Relativement à la technique opératoire, M. Le Dentu a insisté sur les difficultés que l'hystérectomie pouvait présenter dans certains cas de prolapsus. Il a cité un cas dans lequel il a eu beaucoup de peine à séparer l'utérus de la vessie et dans lequel il a déchiré cette dernière. M. Quénu a indiqué le moyen d'éviter cet accident. Quant à l'hémorragie, il a également montré qu'on pouvait facilement s'en rendre maître. La suture et la ligature assurent une hémostasie définitive parfaite. Il ne veut parler ici que des cas de prolapsus simples. M. Reclus lui a reproché de constituer, par son procédé, un bien mince plancher, M. Quénu peut lui affirmer qu'il constitue, au contraire, une sangle très résistante : MM. Segond et Richelot considèrent la formation de cette sangle comme inutile, attendu, disent-ils, qu'elle se forme toute seule. M. Quénu s'applique à leur démontrer que la conception qui consiste à rattacher le vagin au péritoine n'est pas purement théorique.

En résumé, la colpopérinéorraphie reste l'opération de choix pour le traitement du prolapsus utérin. Mais elle ne suffit pas à tous ces cas et il en est dans lesquels l'hystérectomie vaginale, avec ou sans colpopérinéorraphie, est formellement indiquée.

LECTURES

Suture du tronc veineux brachio-céphalique.— M. RICARD communique une observation de suture à points de Lembert du tronc veineux brachio-céphalique droit au cours de l'ablation d'un volumineux fibro-sarcome du corps thyroïde. Le malade a parfaitement guéri.

Résection de la hanche. — M. CALOT lit la relation d'un cas de résection de la hanche, dans lequel il a enlevé la moitié du fémur et une notable partie de l'os coxal, avec un très bon succès au point de vue de la régénération de l'os et du résultat fonctionnel du membre.

COMMUNICATIONS

Nouveau mode de suture. — M. POZZI fait connaître un nouveau mode de suture des plaies. Pour éviter l'empreinte des points de suture, il pratique une suture intra-dermique. Celle-ci consiste à cacher le fil dans l'épaisseur de la peau. Il constitue une sorte de lacet intra-dermique, qu'il peut facilement retirer au huitième jour et qui ne laisse naturellement aucune trace au voisinage de la cicatrice.

M. DELORME pense qu'on obtient le même résultat en pratiquant la suture ordinaire avec du crin de cheval, pourvu qu'on ait bien soin de prendre sur chaque lèvre de la plaie exactement la même quantité de tissu.

PRÉSENTATION DE MALADES

Cystotomie sus-pubienne. — M. NÉLATON présente un malade qui était atteint de cachexie urinaire, chez lequel il a pratiqué, avec succès, une cystotomie sus-pubienne, selon la méthode recommandée par M. Poncet.

M. DESPRÉS se déclare absolument partisan de cette opération, qu'il considère comme très bonne, à condition qu'on ait soin de créer une fistule urinaire. Seulement cette opération n'est pas nouvelle. Elle a été préconisée par Avicenne.

M. PONCET reconnaît, avec M. Després, qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil, mais il croit avoir posé les indications de la cystotomie sus-pubienne dans les cas d'hypertrophie prostatique.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 février 1894, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. Martine, médecin de première classe de la marine, et Brossier, médecin de première classe des colonies.

— Par décision ministérielle, en date du 2 février 1894, des témoignages de satisfaction ont été accordés aux médecins dont les noms suivent, qui ont fait preuve de dévouement en donnant, depuis de longues années, des soins gratuits aux militaires de la gendarmerie ainsi qu'à leurs familles, savoir :

MM. les docteurs Broussin (de Marly-le-Roi); Rondeau (d'Écommoy); Lomet (de Saint-Pierre-le-Moutier); Gravier (de Modane); Resal (de Dompaire); Carboneil (de Laroque-des-Albères); Pommier (de Torigni); Mazeron (d'Auzances); Godivier (de Borcère) et Lebel (de Janville).

— *École de médecine de Dijon.* — M. Recoura est chargé d'un cours de chimie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. le docteur Porte est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Delattre (de Bouchain), Duverger (de Limoges); Fargeaud (de Saint-Léonard), Gouin (d'Angers).

— M. le docteur Ruault commencera ses conférences cliniques à l'Institution nationale des sourds-muets, le vendredi 16 février, à trois heures et demie, et les continuera les lundis, mercredis et vendredis à la même heure (256, rue Saint-Jacques). — Objet du cours : Maladies du larynx, les lundis et vendredis; Thérapeutique des angines aiguës et chroniques, le mercredi.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Traité des maladies de la grossesse et des suites de couches, par le docteur Ch. VINAY, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lyon, médecin de la Maternité de l'Hôtel-Dieu. Grand in-8° de 836 pages avec 91 fig. — Prix : 15 francs — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 19. — MARDI 13 FÉVRIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 13 FÉVRIER 1894. — N° 19.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 février 1894.

Le concours de l'externat des hôpitaux vient de se terminer ce matin par la nomination de 409 nouveaux titulaires, sur 768 candidats inscrits. Commencé le 14 octobre de l'année dernière, terminé le 12 février, ce concours a nécessité quatre mois de séances ininterrompues.

L'épreuve anatomique, la première, a été terminée dans la dernière quinzaine de décembre; la dernière séance de la deuxième épreuve (pathologie) vient d'avoir lieu samedi soir. C'est dire que, pendant tout ce temps, les candidats ont dû régulièrement et à l'heure fixée, se trouver, quatre fois la semaine, à l'amphithéâtre de l'Administration, pour assister au tirage au sort de ceux d'entre eux appelés à subir l'épreuve à chaque séance. Les candidats appelés dans les premières séances n'avaient plus à revenir; mais ceux que le hasard avait condamnés à subir leur épreuve à la fin du concours, n'avaient pu, sous peine d'exclusion, au cas où leur nom serait sorti de l'urne, manquer à une seule des séances annoncées. On voit que ce concours exige, pour les étudiants, une perte de temps considérable. Aussi, dès la première séance, le jury avait-il discuté la possibilité d'éviter aux candidats des déplacements aussi fréquents et aussi prolongés. Un des membres du jury avait proposé de tirer au sort, d'avance, un certain nombre de candidats, dont les noms seraient publiés et affichés. Cette manière de faire, acceptable lorsqu'il s'agit de la lecture d'une composition écrite, commune à tous, ne saurait l'être quand il s'agit d'une épreuve orale, différente à chaque séance.

Par cette manière de procéder, le jury connaîtrait d'avance le nom des candidats appelés à subir leur épreuve devant lui, et il pourrait en résulter quelques inconvénients faciles à comprendre. Certaines des questions posées sont jugées, par les candidats, très faciles; d'autres ne jouissent pas à leurs yeux de la même faveur, et sont, à tort ou à raison, rangées dans la catégorie des « casse-cous ». Le jour où une question favorite sortirait de l'urne, on ne manquerait pas de dire (le concurrent est toujours ainsi fait), que cette question a été mise spécialement pour MM. X ou Y, candidats bien connus des juges. Il est peu probable que la chose existerait, mais il ne convient même pas que cela puisse être dit. Aussi, le jury a-t-il reconnu qu'il était impossible de changer quoi que ce fût à la façon de procéder habituelle. D'ailleurs, le règlement était formel et le concours devait avoir lieu dans la forme où il était indiqué par les règlements en vigueur. Mais rien n'empêche, pour l'avenir, d'apporter certaines modifications qui paraissent urgentes.

Le jury ne pourrait-il pas enfermer, sous enveloppes non numérotées, le titre des questions proposées, en nombre supérieur au nombre prévu des séances? Chaque question serait incluse dans une enveloppe spéciale, et, au commencement de chaque séance, la question serait tirée au sort, parmi les questions restant dans l'urne. Dans ces conditions, le nom des candidats et l'ordre dans lequel ils subiraient leurs épreuves pourraient être connus d'avance. Ce serait la question et non le candidat qui serait désignée par le sort. On éviterait ainsi ces inutiles dérangements de plusieurs centaines de candidats, venant chaque jour perdre leur temps au commencement de chaque séance.

Le système des enveloppes nous paraît simple et loyal. C'est aux étudiants de demander, avant l'ouverture du prochain concours, cette modification aux règlements existants.

Le niveau du concours de l'externat s'élève progressivement chaque année et cette progression ne fera que s'accentuer, étant donné la nouvelle loi militaire, nécessitant des études rapides et exigeant le titre d'interne au moment de la vingt-sixième année. Aussi cette année, le nombre des candidats inscrits dépasse de plus de 200 le nombre des candidats inscrits l'année précédente. Il s'ensuit que l'essence même dn concours se modifie peu à peu. Il y a une dizaine d'années, une vingtaine de questions suffisaient pour mener à bien toute la session. Ces questions revenaient chaque année, dans un ordre divers, et la préparation du concours consistait uniquement dans la préparation de ces questions classiques et connues d'avance. Aujourd'hui, les choses sont changées, il y a soixante séances, d'où soixante questions sorties, d'où au moins cent cinquante questions proposées, et étant donné que les sujets de petite chirurgie (saignée, lavement, séton, moxa, etc.), ne comptent plus guère, une série de questions nouvelles devient absolument nécessaire, au grand désespoir du candidat.

Aussi, quand une question sort du cadre, aussi facile soit-elle, *quand elle n'a pas encore été donnée aux concours précédents*, les candidats sont affolés et se dérobent; ils « filent » pour

prendre l'expression consacrée. La préparation actuelle du concours consistant, encore pour quelques-uns, dans la préparation des questions déjà données, il faut que les candidats futurs soient bien avertis de ce changement. Le jury actuel a fait ce qu'il a pu pour se maintenir dans les limites des questions classiques; mais la chose ne sera pas toujours possible et le futur candidat devra préparer toutes les questions *élémentaires* de médecine et de chirurgie et non s'en tenir aux questions formulées dans les manuels spéciaux.

D'ailleurs, il faut le reconnaître, la moyenne du concours s'est singulièrement élevée et nombre d'épreuves n'ont pas été inférieures à celles que l'on est habitué d'entendre au concours de l'internat.

Séance très intéressante à la Société médicale des hôpitaux le 9 février.

M. Marie a traité une dame atteinte de myxœdème, par l'ingestion répétée d'une certaine quantité de corps thyroïde de mouton cru. On sait que la cachexie myxœdémateuse est attribuée à l'atrophie du corps thyroïde, et qu'on a, à plusieurs reprises, traité cette diathèse singulière par la greffe du corps thyroïde, emprunté à des animaux, ou par l'injection hypodermique d'extrait de ce même organe. En Angleterre, on l'a souvent fait ingérer par le tube digestif, la chose ne paraissait pas avoir encore été faite en France.

Sous l'influence d'une dose un peu forte de corps thyroïde du mouton, M. Marie a vu survenir des phénomènes très acentués : fièvre à 38 degrés, céphalalgie intolérable, insomnie, douleurs dans les jambes, courbature, anorexie, soif intense. Le traitement fut suspendu, puis repris à une dose un peu moins forte, les mêmes manifestations se montrèrent de nouveau. Enfin, la dose susceptible d'être facilement tolérée par cette malade fut déterminée, et on ne donna plus qu'un lobe de corps thyroïde de mouton tous les quatre jours.

C'est, semble-t-il, cette dose qu'il conviendrait de donner d'emblée.

En six semaines environ, les résultats obtenus furent étonnants : la malade, qu'on avait prise pour une simple obèse, perdit 17 kilogrammes, la tendance à l'hébétude disparut, le sommeil revint, sans cauchemars pénibles comme auparavant, et actuellement, la guérison paraît complète. Les photographies, montrées par M. Marie, témoignent d'une modification très appréciable dans l'aspect extérieur de la malade. L'alopécie était très marquée, et c'est même ce signe qui avait permis d'affirmer le diagnostic; actuellement, les poils sont en train de repousser.

M. Marie a eu une grande difficulté à se procurer des corps thyroïdes de mouton; les bouchers lui ont successivement fourni, sous prétexte de corps thyroïde, des ganglions lymphatiques et de la glande salivaire. Il est à remarquer, du reste, que l'ingestion de ces substances n'avait produit aucune espèce de manifestation; au contraire, avec le vrai corps thyroïde, la réaction a été d'emblée très marquée.

La communication de M. Marie a un tel intérêt, que nous en donnerons plus tard le texte in extenso.

On sait que, dans ces derniers temps, il a été fait et publié une série d'expériences dont la conclusion est que, suivant l'opinion émise par Jenner lui-même, la variole et la vaccine ne sont qu'une seule et même maladie, dérivant d'un même virus transplanté de l'homme à la vache et au cheval, et de ces animaux à l'homme. Cette doctrine de l'unicité de la variole et de la vaccine a été soutenue tout récemment, ici même, dans une Revue générale, par M. le docteur Lop (de Marseille).

M. Juhel-Rénoy a été l'un des partisans les plus convaincus de l'identité de la variole et de la vaccine; il a voulu, cependant, entreprendre des expériences pour vérifier l'exactitude de cette théorie. Il était bien placé pour cela, étant l'an dernier médecin du service des varioleux, à l'hôpital d'Aubervilliers. Grâce à la bonne volonté de l'Assistance publique et à la collaboration active d'un de ses élèves, M. Dupuy, il a pu faire de nombreuses inoculations de la variole à ses différentes périodes, à des vaches et à des veaux; 300 inoculations ont été faites de cette façon, à l'aide d'une pulpe variolique prise sur 23 malades, et préparée exactement comme la pulpe de vaccin glycériné.

Les résultats ont été absolument négatifs. Revenant donc sur sa première façon de voir, M. Juhel-Rénoy déclare actuellement adhérer aux conclusions de la commission lyonnaise et admettre la dualité de la variole et de la vaccine.

Qu'il est donc diffficile de savoir se faire une opinion sur certains sujets de biologie !

Nouvelle communication sur le purpura hémorragique. M. F. Widal a trouvé le streptocoque dans les divers organes d'un albuminurique qui a succombé avec des accidents de purpura hémorragique infectieux.

Le purpura hémorragique n'est certainement pas une maladie distincte : c'est un complexus symptomatique qui peut se produire au cours d'infections diverses. Le purpura ne se produisant pas toujours sous l'influence d'une même infection, on peut se demander s'il n'y a pas une prédisposition particulière et surtout une prédisposition névropathique qui fait que certains individus, sous l'influence d'une infection ou d'une intoxication, ont du purpura de la même façon que d'autres ont, dans des conditions analogues, de l'érythème ou de l'urticaire.

M. le professeur du Cazal (du Val-de-Grâce) a fait voir, à la dernière séance de la Société de dermatologie (8 février), un malade dont l'affection, aussi rare qu'intéressante, est d'un diagnostic des plus difficiles. Il s'agit d'un jeune soldat, quelque peu déséquilibré, hystéro-neurasthénique, qui présente une induration singulière de la paroi inférieure de l'abdomen et de la partie supérieure et interne des cuisses. Il y a là une tuméfaction dure et œdémateuse, pâle au niveau de l'abdomen, colorée sur les cuisses, qui constitue un état scléromateux, de nature indéterminée. Aucun des médecins de Saint-Louis ne se souvenait d'avoir vu un fait semblable. Ce malade doit entrer à l'hôpital, où on le soumettra à tous les moyens possibles d'exploration et nous aurons sans doute l'occasion d'en parler de nouveau. On trouve ainsi de temps en temps, en dermatologie, des types tellement rares que les maîtres les plus expérimentés sont obligés de se récuser.

M. Fournier montre une petite fille de huit ans, atteinte, au voisinage de l'anus, d'une lésion papillomateuse rouge,

saillante, à bords nettement accentués, qui a tout à fait les apparences de certains condylomes syphilitiques. Cependant il n'y avait aucune autre manifestation attribuable à la syphilis ; les parents sont sains. Cette petite fille se trouvait, au moment de son entrée à l'hôpital, dans un état de saleté véritablement sordide. Les soins de propreté les plus élémentaires lui étaient totalement inconnus et M. Fournier attribue l'apparition de cette saillie papillomateuse à l'irritation causée par le séjour constant des liquides et des matières dans cette région particulièrement prédisposée.

Sous l'influence de cette irritation, de l'humidité propre à cette partie du corps, il se fait de l'érythème, des érosions, et ces érosions, consécutives souvent à des vésicules, donnent lieu à une inflammation chronique du derme et à la production de lésions papuleuses et même papillomateuses d'aspect, qui prennent volontiers l'apparence de lésions syphilitiques : c'est pourquoi MM. Sevestre et Jacquet leur avaient donné la dénomination de syphiloïdes papuleuses post-érosives.

Chez les tout jeunes enfants, la question qui se pose est celle de la syphilis congénitale ; chez les enfants plus âgés, cela peut être, comme l'a vu M. Fournier, celle du viol et de la contamination syphilitique consécutive. Dans tous les cas, le problème qui s'offre au médecin est des plus délicats et des plus importants à divers points de vue.

M. du Castel présente trois malades ; tous les trois sont intéressants. Le premier a des ulcérations arsenicales étendues, lésions devenues rares depuis que l'industrie prend des précautions particulières contre ce genre d'accidents.

Le second, porteur d'une syphilide acnéique bien nette, a sur la verge une syphilide ulcéreuse chancriforme ressemblant beaucoup à un chancre mou : chose importante pour le diagnostic différentiel, le fond de cette ulcération est lisse et non suintant et tourmenté comme celui du vrai chancre mou. L'auto-inoculation en cas de doute pourrait être nécessaire pour le diagnostic.

Le troisième, un Italien des environs de Turin, a sur le corps des taches rouges psoriasiformes, mais fort peu squameuses ; et la question qui se pose est celle de la lèpre. Le malade demande s'il peut se marier avec cette éruption. Pour faire le diagnostic, le vrai procédé serait la biopsie, c'est-à-dire l'examen d'un petit cube de peau enlevé sur le vivant. Le malade s'y refusant, on propose d'appliquer un petit vésicatoire au niveau d'une de ces taches et de rechercher les bacilles de la lèpre dans la sérosité ; malheureusement ce procédé ne donne pas toujours des résultats positifs, même dans des cas avérés de lèpre.

En admettant même que ce malade soit réellement lépreux doit-on le laisser se marier? On voit dans les pays de lèpre, des lépreux mariés à des gens sains sans que la transmission se fasse ; mais, d'autre part, la contagion de la lèpre paraît bien établie, elle est admise par la majorité des auteurs. Pour notre part, il nous paraît bien évident qu'un lépreux de doit pas se marier.

M. Hallopeau fait voir un malade atteint d'eczéma séborrhéique qui présente à la fois des plaques sèches, des plaques pustuleuses et des lésions végétantes. Le développement de toutes ces lésions est assez nettement centrifuge, ce qui rend très vraisemblable l'intervention d'un microbe.

M. Legrain communique un cas curieux de gomme tuberculeuse de la main, consécutive à la piqûre que s'est faite par accident une jeune fille qui maniait une seringue hypodermique, à l'aide de laquelle on avait fait des injections de gaïacol à un tuberculeux. M. Barthélemy a vu la tuberculose du lobule de l'oreille se produire après la perforation du lobule par une aiguille malpropre.

Les autres communications sont d'un ordre trop spécial pour qu'il y ait lieu d'en rendre compte ici.

MÉDECINE PRATIQUE

Traitement des dyspepsies par le massage.

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

Nous venons de lire, avec beaucoup d'intérêt, la thèse de M. Cautru, ancien interne des hôpitaux de Paris, et nous sommes heureux de pouvoir contribuer à faire connaître ce travail. Il a pour titre : « De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage, dans le traitement des dyspepsies. »

Plus nous allons et plus nous sommes amené à penser que les dyspepsies doivent être traitées beaucoup plutôt par les agents physiques, par l'hygiène et le régime, que par les médicaments. La climatothérapie, l'hydrothérapie, le massage, l'électricité sont de nature à rendre plus de services, dans le traitement de ces états morbides, que les formules pharmaceutiques les mieux venues. Nous sommes très heureux de trouver, dans le mémoire de M. Cautru, la confirmation de ces idées, auxquelles nous a amené la pratique aussi bien que la théorie.

M. Cautru rapporte huit observations qui appartiennent aux diverses formes de la dyspepsie, et dans lesquelles le massage a amené une notable amélioration ; il est à remarquer, tout d'abord, que cette amélioration s'est produite également et avec des types chimiques et cliniques très dissemblables.

Dans le massage, du reste, il y a des modalités susceptibles de s'adapter à des indications très différentes les unes des autres. C'est ainsi qu'il peut être excitant ou calmant, suivant qu'il est superficiel ou profond, modéré ou énergique. Le massage pourrait donc s'appliquer tout aussi bien aux cas dans lesquels il y a excitation, qu'à ceux dans lesquels il y a atonie.

Son emploi, dans les cas de cette dernière catégorie, était en tout cas des plus logiques : il est démontré depuis longtemps que le massage est un des meilleurs moyens de combattre la constipation, de lutter contre l'atonie du gros intestin ; c'est, dans ces conditions, un traitement très efficace et sans inconvénient. Il n'est guère de médication de la constipation, au contraire, qui n'ait quelque mauvais côté, quelque inconvénient secondaire.

Nous pensons, pour notre part, que la viciation de l'innervation de la motricité de l'estomac et du pylore, que l'atonie gastrique en particulier, en dehors de l'hypersécrétion chlorhydrique, ont une importance beaucoup plus grande que l'atonie sécrétoire, que la diminution, l'atténuation des qualités chimiques du suc gastrique, que l'hypochlorhydrie, en un mot.

Tous les accidents attribués à l'hypochlorhydrie et à la gastrite, dont elle ne serait que le reflet, peuvent se rencontrer sans hypochlorhydrie, avec un chimisme gastrique

normal (puisque le terme de chimisme est maintenant entré dans la langue médicale). D'autre part, la dyspepsie peut s'améliorer d'une façon beaucoup plus notable que la sécrétion chlorhydrique.

C'est donc qu'il y a dans le fonctionnement de l'estomac un élément d'une importance aussi grande, sinon plus grande, que la fonction chimique : cette fonction, c'est la motricité.

L'estomac peut perdre presque complètement toute activité au point de vue chimique, ainsi que le prouvent de nombreux faits cliniques et expérimentaux, sans que la nutrition soit compromise. Au contraire, lorsqu'il y a insuffisance motrice de l'estomac, dilatation et stase des liquides, il y a toujours des accidents graves et la santé générale est plus ou moins rapidement compromise.

La conséquence, c'est que, dans bien des cas, il faudra s'occuper beaucoup plutôt d'agir sur la motricité stomacale que sur sa sécrétion : c'est le muscle qu'il faut exciter beaucoup plus que la muqueuse. Agir sur la tunique musculaire de l'estomac sans agir sur la muqueuse, c'est là un des desiderata les plus importants de la thérapeutique antidyspeptique.

Or il semble que le massage ait précisément cet avantage : cela nous paraît ressortir très clairement des faits que rapporte M. Cautru. Ces faits sont par là même la confirmation d'idées théoriques qui nous sont chères et que nous pourrions formuler ainsi :

1° Chez un bon nombre de dyspeptiques, il n'y a pas de viciation du chimisme stomacal ;

2° En dehors de l'hyperacidité chlorhydrique et organique — chlorhydrique surtout — la viciation de la motilité de l'estomac a plus d'importance que la viciation de sa sécrétion et de son pouvoir chlorhydropeptique ;

3° Les symptômes relevés ne sont pas en rapport, en général, avec l'intensité de l'hypochlorhydrie ; l'amélioration obtenue par le traitement est souvent hors de proportion avec l'amélioration indiquée par l'analyse dans le chimisme.

Presque toutes les observations rapportées par M. Cautru dans son travail sont tout à fait en faveur de cette façon de voir.

Dans l'observation II, le chimisme doit être considéré comme normal avant comme après le traitement par le massage.

Dans l'observation IV, le chimisme peut être considéré comme normal avant le traitement, après le massage, la sécrétion chlorhydrique dépasse légèrement la moyenne, mais l'amélioration n'en est pas moins marquée.

Dans l'observation V, le chimisme est aussi compris dans les limites normales.

Dans l'observation VI, il y a un degré marqué d'hypochlorhydrie ; il s'agit, du reste, d'une tuberculeuse ; malgré cela, il y a par le massage une très grande amélioration ; or, la malade est restée hypochlorhydrique presque au même degré. Elle avait comme acidité totale 0,33 p. 1 000 le 3 mai et 0,55 sept mois plus tard. Étant donné que l'acidité normale est de 1,60 à 2 p. 1000, on avouera que la différence est insignifiante.

Dans l'observation VII, il s'agit encore d'un malade tuberculeux dont la dyspepsie fut beaucoup plus améliorée que la variation des chiffres du chimisme n'aurait permis de le supposer ; il passe en effet d'une acidité totale de 0,44 à une acidité de 1,14. Ici, cependant, il y a une amélioration incontestable du chimisme, il faut le reconnaître.

Dans l'observation VIII, l'acidité totale est de 1,61 le 25 février, avant le traitement ; le 11 mars, elle est de 1,68 ; de 2,01 le 6 mai. Quant à l'acide chlorhydrique de sécrétion, il donne les chiffres suivants : 1,94, 1,64 et 1,79. Le 14 décembre, on trouve 1,65 comme acidité totale, 1,98 pour l'acide chlorhydrique libre et combiné ; ce dernier chiffre, on le remarquera, est exactement celui que l'on avait relevé avant le début du traitement.

La dernière observation du mémoire est celle d'un hyperchlorhydrique qui a passé comme acidité totale de 2,65 à 2,50 p. 1000 ; l'acide chlorhydrique libre et combiné est tombé, il est vrai, de 4,20 à 3,01. L'amélioration, même dans ce cas d'hyperchlorhydrie, ne paraît pas proportionnée à la modification présentée par le chimisme.

L'observation I est presque la seule dans laquelle l'amélioration des phénomènes subjectifs se soit montrée nettement parallèle à l'amélioration de la sécrétion chlorhydrique.

Quand il s'agit de l'estomac, il ne faut pas, en effet, attacher une importance trop grande à des variations assez minimes des chiffres fournis par l'analyse chimique. Les quantités chez le même individu subissent des oscillations quotidiennes, que les erreurs inévitables de l'examen peuvent encore exagérer lorsqu'elles sont dans le même sens. Si l'on tient compte de cela, on sera amené à admettre que le plus grand nombre des malades dont M. Cautru a rapporté l'observation ont été améliorés, sans que l'analyse chimique en ait rendu suffisamment compte.

Que le massage puisse contribuer à améliorer la sécrétion chlorhydropeptique, la chose est rendue très vraisemblable par un ou deux des faits rapportés. (Disons, en passant, que cette amélioration ne se conçoit pas facilement, si l'on admet que la dyspepsie ne fait que traduire la lésion inflammatoire de la muqueuse.) Malgré cela, le plus souvent, l'analyse du suc gastrique n'explique pas suffisamment les bons effets constatés. C'est que le chimisme n'est pas tout et qu'il faut tenir compte aussi de la nervo-motricité sur laquelle les manœuvres physiques ont une action qui se comprend aisément.

Nous avons tenu à signaler la thèse de M. Cautru, parce qu'elle est très intéressante, qu'elle met bien en relief les bons effets du massage, parce qu'elle plaide en faveur du traitement des dyspepsies sans médicaments.

D'un autre côté, nous avons considéré comme une bonne fortune de trouver, dans un travail fait sous la direction de M. Hayem, des observations aussi nettement en faveur de nos idées personnelles. Si nous les avions recueillies nous-même, on eût pu nous soupçonner d'avoir mis quelque complaisance à insister sur l'absence de parallélisme entre les phénomènes subjectifs et les chiffres donnés par l'analyse chimique. Leur origine même leur donne une valeur beaucoup plus grande en faveur de la thèse que nous soutenons.

CINQ CAS D'ACCOUCHEMENT PRÉCIPITÉ

Par le docteur Hyernaux (de Bruxelles).

I. — Un financier de la ville donnait un dîner de grande cérémonie ; déjà l'heure du cliquetis des fourchettes et du caquetage habituel dans les agapes mondaines était proche et Madame, en toilette de circonstance, pontifiait au salon au milieu de ses

invités, avec toute la grâce et l'amabilité qu'on lui connaît. Tout à coup, sans avertissement aucun, elle éprouve un certain malaise naturel et impérieux; elle se dérobe, monte prestement dix marches et arrive au premier palier, où elle met au jour un gros bébé qui annonce son intempestive arrivée par des cris vigoureux. Comme cet hôte, jusque-là étranger et inconnu, n'avait pas reçu d'invitation à la fête du jour, il n'a pas trouvé non plus de couvert à la table du festin.

II. — Il était six heures de relevée, lorsqu'une dame, descendant de voiture, est introduite dans mon bureau; son mari l'accompagne; tous deux sont en toilette de cérémonie d'une correction et d'une élégance irréprochables. « Docteur, me dit-elle, nous allons dîner ici près; je m'arrête en passant pour vous prier de me donner un cordial, parce que je viens d'être prise de défaillance avec légère colique qu'il me serait souverainement désagréable de voir se renouveler en pleine et joyeuse société. Voyez, je suis encore à l'instant sous cette même impression. » La sachant bien près du terme de sa portée, je demande à l'examiner : « Au plus vite, Madame, remontez en voiture et j'y monte avec vous. » En arrivant à son domicile, éloigné de 300 mètres environ du mien, ma cliente accouche dans le vestibule d'une grosse fille qui se trémousse dans un flot de rubans et de dentelles dont la mère n'avait pas eu le temps de se débarrasser.

III. — Une dame de la ville retournait en voiture à sa campagne. Arrivée au milieu de l'avenue Louise, elle se sent mal et dit à son cocher de faire demi-tour et de l'amener chez moi. Sans autre explication, elle me prie de prendre place à côté d'elle dans sa victoria parce que, sans avoir des douleurs, elle a la présomption qu'elle va accoucher; le malaise indéfinissable qu'elle éprouve le lui fait augurer. Cinq minutes après, nous étions à sa maison de ville, et elle mettait au monde, à terme, son troisième rejeton.

IV. — Une primipare est à la fin de sa grossesse; un jour elle accompagne son mari au concert du Waux-Hall, au Parc, où ils prennent une simple limonade rafraîchissante. A peine rentrés chez eux et au lit de quelques minutes, Madame est prise d'une formidable indigestion, et avant que le mari affolé ait eu le temps de s'habiller pour venir me prendre, les cris de son premier-né se mêlent cacophoniquement aux bruits divers des coliques, des vomissements et de la diarrhée de la jeune dame.

Cette personne a eu par la suite cinq autres enfants qui, tous, ont mis la même précipitation à venir au monde.

V. — Je termine par la relation d'un cas plus curieux encore que les précédents :

La femme primipare d'un de nos diplomates me fait appeler parce que, étant au terme de sa grossesse, et éprouvant une *certaine inquiétude* dans toute sa personne, il lui semble que sa délivrance est proche. C'est en ces termes qu'elle s'exprime à mon arrivée. « Cependant, ajoute-t-elle, vous avez eu tort de tant vous presser, car vous le voyez, mon bon docteur, je ne souffre pas du tout, et on a très mal, n'est-ce pas, quand on accouche? »

Ainsi nous causions, debout l'un à côté de l'autre, quand, s'arrêtant brusquement et d'un air inquiet : « Mais j'ai quelque chose de gros et de chaud qui me passe entre les jambes, qu'est-ce donc ça, docteur? » A notre double et stupéfiante surprise, c'était l'enfant qui fuyait traîtreusement sa retraite ténébreuse et qui apparaissait au grand jour, revendiquant par ses cris sa place sur la scène sociale.

La mère m'a affirmé alors et confirmé plusieurs fois depuis qu'elle n'avait pas éprouvé la moindre douleur, pas même un sentiment de tension des parties sexuelles.

(*Journ. d'accouch. de Liège.*)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1), par M. Peter.

Ce volume posthume des cliniques du regretté professeur, renferme toute une série de leçons qui sont autant de faits de guerre dans la lutte qu'il avait entreprise dans ces dernières années contre les théories microbiennes et pastoriennes.

Peter était avant tout un clinicien, et ses opinions étaient surtout basées sur l'observation directe des malades. Rien d'étonnant à ce que, dans ses leçons d'hôpital, il ait continué les attaques qu'il avait portées à la tribune de l'Académie de médecine, lorsque, presque complètement isolé, il avait eu le courage d'engager la lutte contre des doctrines triomphantes.

Il n'a pas, comme il le voulait, terrassé la théorie microbienne. Il est possible, cependant, que ses efforts et ses attaques audacieuses n'aient pas été absolument inutiles. En effet, les *microbiens* sont moins intransigeants qu'au début. Ils sont obligés d'admettre que le terrain est pour beaucoup dans l'éclosion et le développement des maladies infectieuses. D'un autre côté, on tend à attribuer une part de plus en plus grande aux phénomènes d'auto-intoxication. Une fois de plus, il a été démontré que, dans l'étude des maladies, le laboratoire ne pouvait se passer de la clinique, et il est curieux, à ce titre, de voir un médecin doué d'autant de talent d'exposition que Peter, formuler les revendications de la clinique pure.

Il est certain que Peter tombait souvent dans une exagération contraire à celle de ses adversaires, pour lesquels le microbe, autrefois, semblait être tout et le malade rien. Il est certain que souvent il s'est grisé par des formules sonores et d'heureuses alliances de mot. Pour être un professeur de clinique impeccable, l faut savoir se résigner à ne pas avoir trop d'esprit. Il ne faut pas avoir l'air de se laisser entraîner par la forme.

Malgré cela, on lira avec intérêt et profit cette nouvelle série de leçons. Si certaines d'entre elles, purement théoriques, sont plus spécieuses que réellement scientifiques, il y a à côté d'elles des leçons qui sont des tableaux originaux, faits d'après nature par un maître observateur. Ainsi les cliniques sur la fatigue et le surmenage, sur les formes de la grippe, le goître exophtalmique.

Dans les autres même, on peut trouver beaucoup à apprendre, à condition de les lire avec le degré voulu de scepticisme, et en quelque sorte de les mettre au point.

Les *microbiens* les plus convaincus, les plus actifs, pourraient, eux-mêmes, les lire avec profit. Ils s'y trouveraient mis sans égard en face de faits en apparence contradictoires, dont ils nous doivent l'explication.

En tout cas, bien qu'elles sentent un peu trop la polémique, ces cliniques ne sont nullement ennuyeuses à lire. On y trouve les qualités de style, d'ingéniosité et d'esprit propres au professeur, qualités ou défauts, suivant l'opinion qu'on a de ses idées et de ses œuvres, qui lui donnaient sa personnalité si tranchée.

Précis des maladies blennorragiques (2), par Ch. Audry.

Cet intéressant travail pouvait être intitulé les *Conquêtes du gonocoque*, avec les derniers moyens employés pour le combattre. Les récentes découvertes bactériologiques et leurs applications théoriques et pratiques à la chirurgie de la femme font comprendre toute la valeur d'une pareille monographie, que l'auteur souligne d'ailleurs lui-même en rappelant que « le gonocoque stérilise d'une façon désastreuse des femmes jeunes et vigoureuses et compromet la reproduction. Il n'est pas douteux pour lui que la syphilis ne cause moins de ravages et n'influe d'une façon moins lamentable sur la dépopulation. »

Il étudie dans une première partie la blennorragie de

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.
(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Steinheil.

l'homme, avec sa division en néphrites gonococciques et bactériennes et son traitement contemporain, par ce qu'il appelle à juste titre la *Méthode de Janet.* Puis, après la chaudepisse de la femme, pour laquelle nous avons fait moins de progrès, il aborde la blennorragie urogénitale des enfants, qu'il proclame sans hésiter fonction du gonocoque; à noter également les déterminations viscérales et infections secondaires de la blennorragie et la conclusion, peut-être un peu courte, sur les restrictions à apporter dans la délivrance des permis d'hyménée.

En résumé, l'ouvrage de M. Audry est très instructif et fort au courant; tout au plus pourrait-on lui reprocher d'être *trop au courant*, c'est-à-dire de devancer la démonstration de plusieurs propositions encore un peu hypothétiques; mais celles-ci seront sans doute vérifiées demain, et, à notre époque, on fera difficilement un crime à quelqu'un de trop d'empressement scientifique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'externat s'est terminé par les nominations suivantes, classées par ordre de mérite :

1. Veau, Nattan, Schwartz, Caboche, Cange, Aribat, Clermont, Angelesco, Stanculéanu, Loewy.

11. Berthier, Slatinéanu, Legueu, Géraudel, Blanc, Labey, Martinet, Rosenthal, Sicard, Planque.

21. Maury, Terrien, Vanverts, Salmon, Esmonet, Hepp, Bourgeois (Henri), Bize, Bonamy, Chevereau.

31. Le Sourd (François), Chifoliau, Clamouse, Degorce, Eustatiu, Gauchery, Manheimer, Perrée, Tesson, Jacobson.

41. Mendaille, Ozo, Rebreyend, Roux (Jean), Sicard (Léon), Guilliou, Guibé, Le Meignen, Millhiet (Henri), Hennequart.

51. Jacob, Bobier, Bonnard, Desvaux, Coronat, Chevé, Gamblin, Laisné, Merklen, Poix.

61. Ravaut, Sallé, Martin, Sichel-Dulong, Roger, Olgiati, Grésillon, Callais, du Pasquier, Popesco.

71. Lamarre, Margouliés, Page, Pupier, Baudré, Baron, de Rotschild, Macrez, Fauvel, Richard (Édouard).

81. Tourlet, Weill (Georges), Goudard, Guillemin, Ingelhrans, Lacapère, Comte (Albert), Drouet, de Gorsse (Bertrand), Bigeard.

91. Deneux, Roche (Louis), Meunier, Lefilliâtre, Fialon, Lamouroux (Jean), Michel (Auguste), Monscourt, Bernard, Mouchotte.

101. Bricet, Roques de Fursac, Paris, Maréchal, Hurtaud, Truelle, Lenoble (Edmond), Delamarre, Argétoiano, Le Sève.

111. Millienne, Caillaud, Deschamps, Cucu, Ferester, Laugier, Millet (Georges), David, Simon (Théodore), Célos.

121. Palle, Weill (Benjamin), Mlle Leclerc, Laubry, Lucius, Charpentier, Sautieux, Rodiet, Mercier (Edmond), Gennet.

131. Toupart, Noïca, Piedvache, Morel (Jules), Netter, Vassal, Kahn, Fosse, André, Garlopeau.

141. Godefroy, Bosredon, Auclair, Battier, Monod (René), Brès, Gosselin, Gascon, Guillemard, Wateau.

151. Rolet, Royer (Pierre), Lacour, Lacaille, Cavasse, Launay, Posth, Ranson, Huguier, Bratiano.

161. Bacquelin, Germond, Trémolières, Paquet (Félix), Dumas (Pierre), Gombault, Besredka, Auneau, Cherbetian, Le Dard.

171. Nimier, Pigault, Lebœuf, Herzenstein, Jousset, Monel, Petit, Turquet, Lachâtre, Daumy.

181. Couillard, Bouvet, Drouin, Lozé, Maudemain, Drouard, Monod (Louis), Ménétrel, Bertrand (Maximilien), Nicolaïdi.

191. Chambon, Kermetchieff, Denis, Courtois, Bertrand (Henri), Rinuy, Gil, Tixier (Félix), Souberbielle, Hamant.

201. Blivet, Mauchamp, Orlowski, Lihou, Valençon, Bonnel, Bizard, Bonniot, Latteux d'Espagne, Dauzats.

211. Dezirot, Daniel, Lévy (Moïse), Pertat, Souleyre, Mirande, Roche (Charles), Cury, de Combarel, Lalanne.

221. Polle, Dardelin, Bohn, de Oliveira Néry, Moty, Felizet, Dimitrescu, Lefrançois, Gosset, Thorp.

231. Legros, Heuzard, Barre, Saïas, Pestel, Beaufort, Aubry, Desjardins, Percheron, Ripault.

241. Veinberg, Stoicescu, Schutzenberger, Renard, Nass, Riche, Clavau-Ribourgeon, Picard, Guerlain, Sée.

251. Papillon, Tonnellier, Renon, Rabaut, Tardif (François), Coulon, Leraître, Pochon, Anghel, Ardouin.

261. Dubost, Nafilian, Nikonoff, Faraut, Charpentier (Emmanuel), Glinéanu, Jolis (Paul), Desmaroux, Balli, Bourgeois (Fernand).

271. Briançon, Gangis, Rivier, Morichau-Beauchamp, Derome, Delta, Mérieux, Mettetal, Hauser (Georges), Tintrelin.

281. Mauté, O'Followell, Cartier, Bessonnet, Collard, Viard, Coudray, Gagnières, Meuriot, Dide.

291. Tathéossian, Bargy, Cocurat, Guéniot, D^lle Kachperow, Deyber, Dauphin, Houdinet, Hanot, Devignevieille.

301. Bergeron, Blandeau, Castan, de Lorgeril, Dreyer-Dufer, Houzelot, Malméjac, Joly (Maurice), Le Sourd (Louis), Hély.

311. Carret, Moulin, Auffray, Jay, Compoint, Jeannulatos, Labiche, Mercereau, Jeannopoulos, Darzens.

321. Ménéchem, Rabaud (Étienne), Ortega, Culianu, Lajaunie, D^lle Budzinska, Chenal, Demerson, Robin, Galinier.

331. Ratinski, Haffringue, Dupau, Bouteiller, Chicoteau, Tabary, Maugery, Cugnin, Cormier, Maggiar.

341. Gautier (Paul), Castel (Pierre), Lorot, Traverse, Verdin, Grivot, Sprécher, Mme Monnier, Lamoureux (Fernand), Capart.

351. Mignon (Maurice), Saint-Cène, Gieure, Fromageot, Sikora, Lehmann, Mascarel, Deslandes, Berthe, Le Masson.

361. Reyt, Chantemille, Hémery, Brodier, Azimont, Maire, Bastard, Logerot, Poulain, Voisin.

371. Laclautre, Raulin, Durif, Thomas, Coustols, Bouzanquet, Rey, D^lle Zlotowska, Aron, Lucas (Charles).

381. Barbet, Combret, Schwanhard, Scrini, Hérisson, Faucheux, Husson, Demaldent, Raimondi, Serbanescu.

391. Grosjean, Rogier, Aghavnian, Letellier, Mercier, Henry, Ameline, Triger, Cauchard, Meslans.

401. Labatt de Lambert, Gentilhomme, Catuneanu, Carra, Subercaze, de Nittis, Baldet, Roché, Goupille.

— *Concours de l'externat.* — Questions données : Ascite. — Anthrax. — Symptômes et diagnostic de la péritonite aiguë. — Chloroformisation. — Signes physiques de la tuberculose pulmonaire chronique. — Symptômes de l'étranglement herniaire. — Angine diphtéritique. — Fractures de la rotule. — Examen clinique des urines. — Symptômes et diagnostic de la pleurésie purulente. — Épistaxis. — Signes de la grossesse. — Symptômes et diagnostic de la méningite tuberculeuse.

— Le jury du Bureau central de médecine vient d'être tiré au sort; il est provisoirement composé ainsi qu'il suit :

MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Gouguenheim, Hérard, Chauffard et Schwartz.

— Par décret, en date du 8 février 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Belliard (Armand), médecin-major de deuxième classe en retraite.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Marquet-Deschiens (Jean-François-Joseph); Casténada de Campos (Jean-Michel-Régino); Knœri (Jean); Lefebvre (Charles-Joseph); Charmensat (Pierre); Bertillon (Georges); Villar (François-de-Paule-Eulogio-Amado); Souplet (Abel-Pierre); Larroussinée (Jules-Jean-Paul-Marie); Pannetier (Pierre-Marie-Eugène-Stéphane-Gervais-Madeleine).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 20. — JEUDI 15 FÉVRIER 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 15 FÉVRIER 1894. — N° 20.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance très courte. Deux communications seulement à signaler. Une de M. Juhel-Rénoy, que nos lecteurs connaissent déjà, sur la dualité de la variole et de la vaccine, l'autre de M. Le Dentu sur un cas de néphrectomie pour cancer du rein.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et d'histoire naturelle, M. Raphaël Blanchard a été élu à une grande majorité. Il y a eu ensuite comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Cadet de Gassicourt, sur les titres des candidats correspondants nationaux. Voici la liste de classement : en première ligne, M. Layet (de Bordeaux); en deuxième ligne, M. Aliton (de Baccarat); en troisième ligne, M. Mairet (de Montpellier); en quatrième ligne, M. Liégeois (de Bainville-aux-Saules); en cinquième ligne, M. Vergely (de Bordeaux); en sixième ligne, M. Bertrand (de Cherbourg).

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Le problème de l'assistance des aliénés.

Par le docteur Édouard TOULOUSE,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

Avec leurs hautes murailles, nues et grises, leurs bâtiments qui s'éloignent du pavillon central dans un alignement sévère, et leur lourde grille d'entrée, nos asiles ressemblent à des prisons. On croirait voir des établissements pénitentiaires, construits avec le confortable moderne, planté d'arbres pour ombrager la promenade des détenus, et dont les chambres, bien éclairées, seraient destinées à des criminels peu dangereux. A l'intérieur, la surveillance étroite du personnel, le nombre des portes, qui ne sont jamais qu'entrebâillées, le bruit incessant des clefs promenées dans les corridors, les quartiers d'agités, divisés en cellules petites et obscures, les cours intérieures qui évoquent le souvenir des préaux des maisons centrales, les camisoles de force, les maillots, les ceintures et les cadenas encore trop répandus, tout manifeste la crainte continuelle d'une évasion et l'habitude d'une discipline presque brutale.

Il faut reconnaître que ces établissements, qui jouissent d'une si mauvaise réputation dans la foule, ne sont plus en harmonie avec le libéralisme et l'esprit de tolérance de notre époque. Ce mode d'assistance des aliénés, qui, hier encore, représentait un progrès notable, ne doit plus être, comme il l'a été jusqu'à ce jour, le seul moyen de secourir l'infortune mentale. A mesure que l'hospitalisation devient plus large, les établissements publics destinés au traitement de la folie s'emplissent de personnes qui ne sont là nullement à leur place. Des chroniques, des incurables inoffensifs, des imbéciles, des paralysés, de simples vicieux même, envahissent les asiles, qu'ils transforment peu à peu en de vastes lieux de refuge, où la discipline, rendue nécessaire par leur nombre, finit par tenir plus de place que la médecine.

Or, beaucoup d'entre eux seraient mieux placés dans des familles, qui, tout en les surveillant, leur feraient partager une existence plus libre et analogue à celle qu'ils menaient avant leur internement. D'autres, des débiles intellectuels, des convalescents, pourraient être rendus à la vie sociale, si on les aidait à trouver du travail, si on les protégeait contre les préjugés du public, à leur sortie de l'asile. Ces deux questions, l'assistance familiale et le patronage des aliénés, ont fait l'objet des discussions aux derniers Congrès de médecine mentale de Blois et de la Rochelle. Avant de les exposer, je dirai préalablement comment se sont formés les asiles, tels qu'ils existent actuellement.

I

ORIGINE ET ORGANISATION DES ASILES. — La conception d'établissements spécialement destinés aux aliénés, est une idée toute moderne. Dans l'antiquité, les fous étaient libres; inspirés par les dieux, prédisant l'avenir, ils erraient au milieu de tous, sympathiques et même respectés.

Au moyen âge, les aliénés mêlaient encore la religion à leur délire, qui prit, toutefois, une couleur plus sombre. Leur inspiration s'était changée en possession. Aussi, les fous perdirent toute sympathie et devinrent l'objet de la répulsion universelle.

Vers le XVIIIe siècle, et sous l'impulsion de saint Vincent de Paul, ils furent recueillis et placés dans des dépendances

d'hôpitaux inhabités et, le plus souvent, inhabitables, dans des dépôts de mendicité ou dans des maisons religieuses. Mais leur sort ne fut pas pour cela amélioré. Un préjugé terrible pesait encore sur eux, et leur condition était aussi misérable que celle des pires criminels.

Pour avoir une idée de la façon dont ces malheureux étaient maltraités au commencement de ce siècle, il faut lire le mémoire qu'Esquirol (1), en 1818, présenta au ministre de l'Intérieur sur cette question. Les aliénés occupaient partout les locaux les plus malsains, les plus humides et les plus délabrés. Lorsque des hospices avaient des quartiers de force, c'est là que les fous étaient jetés, confondus avec les prisonniers, et les femmes mêlées aux filles de mauvaise vie. Les cellules, où on laissait les furieux durant des mois et des années, étaient de véritables cachots, sans air, sans lumière, pavées comme les rues, et quelquefois placées dans des souterrains. L'air ne se renouvelait souvent que par la porte, qui était presque toujours fermée. Ailleurs, les agités étaient emprisonnés dans des cages « formées de barres de bois disposées en claires-voies sur les six faces ». Presque partout les aliénés, même ceux qui payaient pension, étaient nus ou à peine couverts de loques immondes, provenant des vêtements hors d'usage des prisonniers. Le plus souvent, ils n'avaient que du pain et de l'eau pour nourriture, et de la paille comme litière. Les moyens de contention des aliénés étaient des plus barbares. Les chaînes, les colliers et les ceintures de fer, étaient très employés, parce qu'ils coûtaient peu d'entretien. « Dans quelques maisons, on distribuait des nerfs de bœuf aux garçons de service; le trousseau de clefs était dans leurs mains un instrument de correction. » L'usage de ces moyens féroces de contention était d'ailleurs partout en usage en Europe. En Angleterre, le célèbre médecin Monro, interrogé devant le comité de la Chambre des Communes si l'on devait attacher les fous, avait répondu « que les gentilshommes ne devaient pas être enchaînés, mais que les chaînes étaient nécessaires pour les pauvres et dans les établissements publics ».

C'est alors que Pinel eut la pensée généreuse de déchaîner ses furieux de Bicêtre. Grande fut la surprise de tous, lorsque l'agitation des aliénés tomba avec leurs fers. On commença à comprendre que les fous étaient des gens encore raisonnables, sur lesquels les moyens de douceur avaient plus d'effet que la force brutale, qui ne faisait qu'exagérer leur excitation. Une conception toute différente de la folie s'éleva; et un traitement plus rationnel et plus humain fut appliqué à ces malheureux. Mais un grand obstacle demeurait, c'était la répartition des malades dans des lieux si différents, où ils n'étaient, le plus souvent, qu'un embarras. La première mesure à prendre, c'était d'enlever ces malades aux maisons de détention et de construire, pour eux, des établissements spéciaux, où un personnel médical et des gardiens nouveaux leur seraient affectés. Esquirol, qui fut le promoteur de ces idées, employa toute son activité et tout son talent à les faire accepter de l'Administration, et il y parvint.

Voilà donc quelle a été l'origine de l'asile. Ce mode d'assistance, au rebours des anciens qui visaient d'abord la sécurité sociale, protégeait les fous. Mais il avait une autre fin, un but thérapeutique. L'asile était un instrument de traitement, par le fait seul de l'isolement des malades transportés hors de chez eux et amenés dans un milieu nouveau. Tous les aliénistes ont vanté les bienfaits de l'isolement dans le traitement de la folie, et ont légitimé ainsi la séquestration qui, par certains côtés, est une mesure répugnante. Déjà le grand médecin anglais Willis avait guéri le premier accès de manie de Georges III, en changeant les meubles des appartements du roi et en le faisant servir par des domestiques étrangers.

L'isolement est le plus souvent nécessaire. Les parents d'un aliéné essayent de combattre ses idées délirantes et n'arrivent, ordinairement, qu'à irriter le malade; ils manquent de la fermeté nécessaire pour imposer une certaine discipline à son excitation désordonnée. Lorsqu'il refuse de manger, ils n'ont ni l'autorité ni l'énergie indispensables pour lui faire prendre de la nourriture, au besoin par la force. D'habitude, ils se soumettent à tous les caprices du malade, ou, au contraire, essayent de discuter ses fausses conceptions et risquent alors de leur prêter une force nouvelle. Notez, qu'en outre, la folie étant très souvent héréditaire, ce contact continuel avec un délirant est dangereux pour un cerveau prédisposé et fatigué. Mais il y a encore d'autres raisons pour que l'aliéné soit changé de milieu. Très souvent des causes déterminantes de l'accès vésanique sont des revers de fortune, des soucis inhérents à la vie domestique ou professionnelle des malades. N'est-il pas alors prudent de l'enlever complètement à son milieu, c'est-à-dire de le soustraire à l'action de ces causes morales de folie? Enfin, certains aliénés méritent une surveillance constante, irréalisable dans leur famille. Ceux qui ont des impulsions violentes au suicide, à l'homicide, ou qui sont très agités, doivent être gardés par des gens habitués à cette besogne délicate, et dans des lieux appropriés à cela.

Dans la plupart des cas d'aliénation mentale — on verra tout à l'heure ceux qui n'entrent pas dans cette catégorie — l'isolement est donc nécessaire. Jusqu'à ces derniers temps, il n'a guère été tenté que dans les asiles; car, c'est encore là qu'on pouvait le plus facilement réaliser ses conditions principales. On est étonné de voir combien l'entrée dans un de ces établissements, suffit parfois pour abattre l'agitation d'un furieux, et rendre doux et obéissant un aliéné turbulent et indocile, et cela sans aucun moyen physique de coërcition. Aussi l'asile a paru longtemps le milieu d'isolement idéal, le seul pratique. Mais on a eu le tort, comme le fait remarquer M. Féré (1), dans son récent livre, de mêler ces deux idées, la nécessité d'enlever l'aliéné à sa maison, qui est une vérité thérapeutique, et la nécessité de la séquestration, laquelle n'est qu'un des moyens de réaliser l'isolement. Toutefois, dans ces derniers temps, on a compris que bien des malades pouvaient être placés ailleurs que dans ces vastes établissements publics. Une campagne vive, surtout en Angleterre, s'est élevée contre les asiles, dont on a fait le procès avec une ardeur qui, il faut l'avouer, est parfois suspecte de partialité. Ce qu'on reproche surtout aux asiles, c'est de descendre, d'une façon trop apparente, des dépôts de mendicité et des quartiers de force, qui leur ont légué plusieurs traits de leur organisation. Ils possèdent trop de concierges, trop de portes, trop de clefs, trop de cellules, trop d'instruments de contrainte physique, si bien que Lasègue a pu dire en riant que le fonctionnaire le plus important d'un asile était le por-

(1) Esquirol. *Des maladies mentales*, t. II, p. 399 et suiv.

(1) Féré. *Le traitement des aliénés dans les familles*, 1893.

tier. Mais la réaction contre les asiles-prisons s'est faite peu à peu. Au commencement de ce siècle, les malades étaient enchaînés, et cela paraissait une chose nécessaire. Pinel vint, qui brisa leurs fers, et les furieux s'apaisèrent. Et encore substitua-t-on la camisole de force en toile aux corsets de fer; car on ne pouvait concevoir un aliéné absolument libre de tout lien. Puis, un médecin anglais, Conolly, eut l'idée de supprimer tout moyen mécanique de contention, créant ainsi le système appelé du *no-restraint*, qui, après bien des hésitations, s'est plus ou moins complètement introduit en France. De même, les douches ont été peu à peu abandonnées comme moyens de coërcition, et les malades n'en sont que plus tranquilles. Enfin, en Écosse, on a créé des asiles dits « aux portes ouvertes » (1), où les malades peuvent sortir sur leur simple parole. Ils vont se promener dans les jardins qui environnent l'établissement, et même jusqu'à la ville voisine. On ne surveille que les grands délirants; tous les autres jouissent d'une liberté presque complète. Et malgré cela, les évasions sont très rares. La vie dans ces maisons y est d'ailleurs très engageante. Pas de murs, mais des grillages coquets autour de l'asile; les portes sont vitrées, les fenêtres ne sont que fermées par des glaces. Les sections, nombreuses et petites, communiquent avec des galeries vitrées, transformées en jardins d'hiver et ornées de palmiers et de cactus. Tous les malades, hommes et femmes, se réunissent pour les collations et le thé, dans un vaste hall, où ils prennent les repas en commun. Ces établissements ressemblent à des maisons privées, et la liberté, surtout l'illusion de la liberté, est complète.

Mais on est allé plus loin encore. Et ces portes d'asile, qui ne sont qu'entrebâillées, on les a ouvertes toutes grandes, pour laisser partir des malades qui peuvent jouir, au dehors, d'une liberté presque complète. En se débarrassant d'eux, les asiles deviennent ce qu'ils auraient toujours dû être, des hôpitaux pour les aliénés aigus : les médecins, moins débordés, s'intéresseront davantage à eux, et les réformes nécessaires seront plus faciles à organiser.

Que sont donc ces malades qui encombrent aujourd'hui nos établissements d'aliénés?

Au début, les asiles ne recevaient guère que les malades atteints des formes aiguës de l'aliénation mentale, ceux qui s'accommodent le plus facilement de la surveillance rigoureuse de nos asiles, et pour lesquels cette dernière est la plus justifiée. Mais aujourd'hui, l'assistance étant devenue de plus en plus large, les établissements de fous sont encombrés de malheureux imbéciles, épileptiques, déments, paralysés, qui ne ressemblent que de fort loin aux excités maniaques ou aux mélancoliques anxieux, tourmentés par des idées de suicide. Pour se rendre compte de cette différence dans la qualité des hospitalisés, il suffit de comparer la statistique établie par Esquirol, des entrées qui ont eu lieu à Charenton, de l'année 1826 à l'année 1833, et celle des admissions à l'infirmerie du Dépôt, durant la période triennale 1886-1888, publiée par M. le docteur Garnier, dans son intéressant ouvrage la *Folie à Paris* (2). En faisant un calcul fort simple, on remarque qu'au commencement du siècle, les malades affectés de démence constituaient les 18 p. 100 des entrants, tandis que, actuellement, ils en représentent les 29,7 p. 100. D'autre part, la manie, qui est la forme la plus aiguë de l'aliénation mentale, occasionnait, du temps d'Esquirol, le tiers des admissions (33 p. 100) et aujourd'hui, seulement le quinzième (6,5 p. 100).

(1) Marie. *L'assistance des aliénés en Écosse*, p. 27 et suiv.

(2) Pour pouvoir comparer les deux statistiques, dont les chiffres sont groupés sous des étiquettes différentes, j'ai été obligé de faire subir quelques petits changements au tableau de M. Garnier. C'est ainsi que j'ai opposé au nombre des démences d'Esquirol la somme totale des cas d'affaiblissements intellectuels, de la démence sénile et aussi de la paralysie générale, relevés par le médecin du Dépôt.

Les asiles sont donc envahis par des malades qui ne sont pas à leur place dans ces établissements. Tous les médecins aliénistes se plaignent de cet état de choses, contre lequel ils ne peuvent rien. On leur amène, des hospices voisins ou d'ailleurs, des vieillards, des infirmes, plus ou moins turbulents, qu'il leur est difficile de refuser, et surtout de congédier, une fois reçus. Des idiots, des imbéciles, des épileptiques, des vicieux de toute catégorie sont introduits de la même manière. Ainsi, l'asile de Saint-Yon (1) a reçu l'année dernière, sur un chiffre total de 179 admissions, 35 démentes, 20 hystériques et épileptiques, 17 idiotes et imbéciles, c'est-à-dire 72 malades, un peu plus du tiers des entrantes; et la plupart de celles-là pourraient être assistées ailleurs que dans des maisons d'aliénés. Ce qui se passe chez nous s'observe dans tous les asiles de France, et l'on peut dire, sans exagérer, que l'internement de presque une moitié de leurs pensionnaires n'est pas rigoureusement justifié. D'autre part, tous les autres malades composant la seconde moitié n'ont pas, au même point, besoin de la surveillance étroite de nos établissements publics.

Il y a donc une masse importante de séquestrés dont le séjour dans nos établissements d'aliénés n'est pas nécessaire et crée, en même temps que des dépenses considérables, des obstacles à une transformation des asiles dans le sens d'hôpitaux ouverts. En outre, cette vie obligée avec d'autres malades plus délirants, et dans un milieu très fortement discipliné, leur est plutôt nuisible; aussi, la plupart expriment incessamment leur désir de quitter ces maisons d'aliénés, où ils sont retenus dans leur propre intérêt, étant incapables de vivre, sans protection, au dehors. Certes, on ne peut soutenir que le contact des fous puisse créer la folie de toutes pièces; mais il est toujours pénible et peut amener certains effets fâcheux. Les agités impressionnent souvent certains malades tranquilles d'une émotivité exagérée. La séparation des aliénés d'après le degré de l'excitation, telle qu'elle a lieu dans nos établissements, n'empêche pas d'entendre les cris des furieux, ni les conversations de propager de quartier en quartier les scènes émouvantes de l'aliénation mentale, et ne peut enfin dissiper cette atmosphère de la folie, insalubre pour des cerveaux mal équilibrés. Or, l'interné, d'organisation intellectuelle toujours vicieuse, est jeté brusquement dans un milieu imprégné de ces miasmes malsains. S'il est lui-même très agité ou dominé par un délire très absorbant, il souffrira peu du spectacle des autres fous, bien que, dans les quartiers de furieux, il est visible que les malades s'excitent les uns les autres. Mais s'il est aux trois quarts lucide, il est à craindre que le contact avec les délirés bruyants ne le trouble. Esquirol lui-même (2), qui croyait beaucoup à la vertu thérapeutique de l'asile, disait : « Mais qui oserait assurer que l'isolement (dans un établissement d'aliénés) n'a jamais été nuisible? Je répondrai franchement oui,

(1) Giraud, Nicoulau et Toulouse. Rapport médical sur l'asile de Saint-Yon pour l'année 1892.

(2) Esquirol. Ouvr. cité, t. II, p. 775.

l'isolement a nui quelquefois, parce qu'il est de la nature des choses que les meilleures ne soient pas toujours exemptes d'inconvénients. Que conclure? *Qu'il ne faut point abuser de l'isolement, qu'il ne faut point en faire une application trop générale et trop exclusive, qu'il n'appartient qu'au médecin expérimenté de prescrire.* » On doit ajouter que certains mélancoliques ont une recrudescence de leur délire au moment de l'internement, qui paraît, à leur esprit troublé, une incarcération.

Mais l'asile exerce, par sa vie disciplinée et sans initiative, une influence néfaste sur la plupart des malades, en déprimant leur énergie morale. Déjà les aliénés présentent naturellement une diminution de la volonté et de l'activité. Séquestrés, ils mènent une existence très douce, mais réglementée d'une façon étroite, et vivent, en somme, dans des conditions absolument anti-sociales. Devenus convalescents, ils ne peuvent trouver, dans ce milieu artificiel, les incitations nécessaires pour récupérer leur énergie, indispensable dans la lutte pour la vie qui les attend au dehors. Aussi, les vieux internés, même les plus lucides, deviennent incapables, après un certain temps, de reprendre leur existence passée. Ils sont des enfants en tutelle, qu'il faut constamment diriger; et ils en arrivent à redouter la liberté, comme le convalescent d'une longue maladie craint l'air vif du dehors, lorsqu'il fait sa première promenade hors de sa chambre.

On a reproché aussi aux asiles d'être des lieux de paresse, où le travail, si utile aux aliénés, ne peut être organisé. On a tenté, cependant, d'annexer à ces établissements des fermes ou certaines entreprises industrielles, mais les résultats n'ont pas été heureux. Les malades forment une compagnie de travailleurs incessamment renouvelés et pas assez entraînés pour fournir un labeur productif. En outre, tous ne peuvent être occupés au même genre de travaux, et il est impossible d'en créer pour tous ceux, ouvriers, employés ou membres des classes libérales, qui peuplent les asiles.

Enfin, un dernier grief formulé contre ces établissements, c'est qu'ils marquent d'une tare les malheureux qui y ont été enfermés. Les plus grands intérêts, ceux d'une situation commerciale, d'un emploi, d'un mariage, peuvent être compromis par un séjour à l'asile, et la famille du malade reçoit souvent le contre-coup de cette dépréciation. Il est donc nécessaire de rechercher de nouveaux modes d'assistance, ne comportant pas cette flétrissure imméritée, et dont on fera bénéficier tous ceux dont la séquestration dans les maisons n'est pas rendue nécessaire par la violence de leur délire, par le danger qu'ils courent ou qu'ils font courir aux autres. Ce desideratum semble en partie réalisé par le placement des aliénés dans les familles.

REVUE DE LA PRESSE

La désinfection dans la rougeole. — M. J. Comby résume ainsi un article publié dans la *Médecine moderne* :

« En résumé, la désinfection de la rougeole ne trouve que rarement une indication pressante. Le germe de la maladie jouit d'une vitalité très éphémère, il ne se transmet que dans les premiers jours de la maladie, par contact direct ou à une faible distance. Quand la maladie aboutit à la guérison, le germe est sûrement mort et incapable de réviviscence. Il est donc superflu de désinfecter les objets, la literie, les locaux contaminés par un morbilleux.

Mais si la rougeole s'est compliquée de broncho-pneumonie, la désinfection devient nécessaire, elle peut préserver l'entourage, non pas de la rougeole, mais d'une complication plus grave que la maladie elle-même.

La désinfection des parties génitales et anales, la désinfection des fosses nasales, de la bouche, du pharynx, s'impose dans tous les cas à titre prophylactique. Elle préserve les enfants, atteints de la rougeole, des infections secondaires, et elle doit toujours figurer dans le traitement de la maladie. »

Péricardite tuberculeuse chez l'adulte. — M. le docteur Letulle appelle, dans la *Presse médicale*, l'attention sur la plus insidieuse et la plus fréquemment méconnue des inflammations chroniques que la tuberculose détermine en se localisant au niveau d'une membrane séreuse.

« La péricardite tuberculeuse de l'adulte, souvent latente, donne parfois lieu à l'ensemble symptomatique de l'asystolie la mieux déterminée.

En présence d'une asystolie de cause inconnue chez l'adulte, on doit penser toujours à la péricardite tuberculeuse. »

Orchite rhumatismale. — M. le docteur A. Faidherbe publie, dans le *Journal des sciences médicales de Lille*, une contribution à l'étude de l'orchite rhumatismale. Il la résume ainsi : « L'orchite rhumatismale, omise ou méconnue par la plupart des auteurs, semble exister réellement et se montrer probablement plus souvent qu'on ne le croit. Dans les cas où la cause étiologique est obscure et même au cours de l'infection ourlienne chez les sujets à prédisposition rhumatismale, on sera en droit de donner le salicylate de soude à dose convenable pour combattre l'orchite et les complications articulaires concomitantes. »

De la chlorose. — M. Hanot résume ainsi, dans la *Presse médicale*, les éléments constitutifs de la chlorose :

« 1° L'hérédité tuberculeuse; 2° la scrofule dans l'enfance; 3° une insuffisance organique, une hypertrophie congénitale généralisée, se dévoilant à l'apparition de la puberté et se manifestant pendant toute l'évolution pubère; 4° un ensemble morbide qui peut s'exprimer par la formule concrète suivante : infantilisme, hypoplasie ou aplasie frappant à des degrés divers tous les organes, tous les systèmes; 5° un signe pathognomonique : le bruit musical des vaisseaux du cou, le bruit de souffle vasculaire de la chlorose; 6° une thérapeutique univoque : le fer et le repos. »

L'érysipèle de la face et le cœur. — M. Galliard résume ainsi l'article qu'il consacre à ce sujet dans la *Médecine moderne* :

« Bien que les déterminations cardiaques de l'infection érysipélateuse soient exceptionnelles, le cœur doit, cependant, être surveillé, surtout dans les formes graves. Lorsqu'il sera atteint, on aura recours à la digitale ou à la caféine qu'on associera aux médicaments antiseptiques (sulfate de quinine, salicylate de soude) et aux toniques (alcool, cognac, extrait de quinquina). On n'hésitera pas, malgré les accidents cardiaques, à employer les bains froids, s'il y a hyperthermie et ataxie. Quant aux révulsifs, ils seront proscrits; la ventouse sèche est seule autorisée chez les érysipélateux. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 février 1894. — Présidence de M. Rochard.

PRÉSENTATIONS

Cancer du rein. Néphrectomie. — M. LE DENTU présente un malade âgé de quarante et un ans, chez lequel il a enlevé par voie transpéritonéale un rein cancéreux mesurant 19 centimètres de long. Cet homme avait eu des hématuries et, outre une tumeur volumineuse dans le flanc gauche, portait un varicocèle douloureux du même côté.

M. Le Dentu fit la laparotomie, trouva le côlon adhérent à la

tumeur, l'en détacha facilement et put énucléer la tumeur. Les suites de l'opération furent simples et la guérison est complète aujourd'hui. L'examen de la pièce a montré qu'il s'agissait d'un carcinome embryonnaire type ayant envahi la presque totalité de l'organe.

LECTURE

Variole et vaccine. — M. **JUHEL-RENOY** fait une communication sur ce sujet. (Voir *Gaz. des hôp.*, 1894, p. 170.)

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de thérapeutique et histoire naturelle médicale.

Le nombre des votants étant 77, majorité 39, M. Blanchard est élu par 57 voix contre 18 à M. Huchard, 1 à M. Ferrand et 1 à M. Legroux.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Les migrations du crâne de Richelieu.

Par le docteur Cabanès.

Le pic des démolisseurs poursuit son œuvre de destruction : dans peu de jours il ne restera de l'antique Sorbonne que l'église dont Richelieu posa lui-même la première pierre, le 15 mai 1635, sur l'emplacement du collège de Calvi. Le fondateur de cette chapelle n'était pas destiné à en voir l'achèvement. Le terrible cardinal était surpris par la mort avant d'avoir eu la suprême joie d'assister au couronnement de l'édifice qu'il avait élevé à sa mémoire, autant qu'à la religion et aux lettres. Conformément aux usages du temps, le cardinal fut inhumé dans un tombeau situé au centre du chœur de l'église (1).

Par une fatalité inconcevable, l'homme devant qui avaient tremblé les plus puissants de ce monde, n'allait plus goûter le repos à dater du jour où il entrait dans la paix éternelle.

Au lendemain de sa mort, son tombeau avait failli subir une première profanation. Le ministre avait accumulé tant de haines, sa vie durant, que des gens du peuple se portèrent en foule à la Sorbonne, et auraient jeté le corps à la voirie, si les docteurs de la Sorbonne n'avaient jugé prudent de faire disparaître momentanément le cercueil.

Le tombeau de Richelieu fut respecté jusqu'à la Révolution. Le 19 frimaire an II (19 décembre 1793), ordre était donné de fouiller les cercueils de la Sorbonne, sur la déclaration faite par un membre du directoire, le sieur Leblanc, qu'il y existait « un dépôt soupçonné enfoui dans la ci-devant église ». Les caveaux étaient ouverts et fouillés officiellement les 19, 20, 21, 22 et 23 du même mois. Pendant qu'on pratiquait les fouilles, un particulier, dont un des commissaires dit, dans le procès-verbal dressé pour la circonstance, « qu'il ne se rappelle pas le nom, mais qu'il était chargé d'ordre du département », avait fait ouvrir le tombeau de Richelieu, y était descendu « sans rien emporter » puis l'avait fait refermer. Mais ce que le procès-verbal mentionne également c'est qu'une heure était accordée chaque jour « pour le déjeuner des ouvriers » et que, pendant cette heure, aucune surveillance n'était exercée. Est-ce à ce moment que fut commis le vol, dont nous allons rapporter les circonstances, ou lors de la visite du « particulier », signalée plus haut? La chose paraît assez difficile à déterminer. Toujours est-il que la tête du cardinal fut dérobée (2) vraisemblablement par un sieur Cheval, connu comme l'un des plus ardents patriotes de la section des Thermes.

Cheval était bonnetier rue de la Harpe ou rue Saint-Jacques, à deux pas de la Sorbonne. Un jour qu'un honorable ecclésiastique, l'abbé Armez, était venu faire un achat chez lui, le commerçant avait emmené son client dans l'arrière-boutique, et lui avait confié qu'il possédait la tête de Richelieu. Et ce disant, il montrait à son visiteur stupéfait le masque du cardinal, encore enveloppé dans un morceau, maculé, de toile forte, authentique débris du linceul qui avait servi à l'ensevelir. Sur la demande de l'abbé Armez, le commerçant consentit, à plusieurs reprises, à montrer la relique qu'il possédait. Après le 9 thermidor, redoutant d'être inquiété pour ses opinions avancées, et craignant que son vol ne vînt un jour à être découvert, le sieur Cheval priait avec instances M. Armez de le débarrasser d'un dépôt qu'il jugeait compromettant.

Plus tard, l'abbé faisait don à son frère de la précieuse relique. Puis elle passait entre les mains de M. Armez fils, chez qui la virent MM. Cousin et Chaix d'Est-Ange, admis à contempler les traits du défunt cardinal.

En 1840, la tête de Richelieu sert de modèle à un peintre d'histoire, M. Bonhomé, qui put ainsi faire, d'après nature, le portrait du cardinal, destiné à l'une des salles du Conseil d'État. A partir de ce jour, cette tête subit de nouvelles vicissitudes. Déjà, sous la Restauration, une dame de Kérouard l'avait demandée au père de M. Armez, pour l'offrir au duc de Richelieu, alors ministre. Mais M. Armez avait refusé de s'en dessaisir.

En 1846, le comte de Montalembert exprimait le vœu que la relique fût replacée dans le tombeau où se trouvaient les autres ossements.

Ce n'est qu'en octobre 1866, que M. Armez écrivait au préfet des Côtes-du-Nord, pour le charger de faire parvenir au ministre de l'Instruction publique, qui était alors M. Duruy, la boîte osseuse de l'éminent prélat.

Le 5 décembre de cette année 1866, le ministre remettait en grande pompe à la Sorbonne, à l'archevêque de Paris, Mgr Darboy, « ce qui restait du grand homme ».

Après les discours et les prières d'usage, le coffret contenant la précieuse dépouille était descendu dans un caveau préparé sous le mausolée qui avait été élevé, en 1694, par les héritiers du cardinal.

Comme on devait s'y attendre, on contesta à M. Armez l'authenticité de son trésor, et un collectionneur alla même jusqu'à soutenir qu'il était seul à posséder la tête du grand ministre (1). Le mot de l'énigme ne tarda pas à être découvert. Le collectionneur avait la partie postérieure du crâne, et M. Armez possédait la face.

Le masque du cardinal était, du reste, en état de conservation parfaite. La peau était desséchée et grumeleuse, les yeux semblaient enfouis dans l'orbite profondément excavée, à laquelle tenaient encore les paupières garnies de leurs cils. La partie cartilagineuse du nez avait été écrasée, sans doute par le poids du linceul. La bouche était encore garnie de presque toutes ses dents. La barbe et la moustache étaient bien conservées. Le facies était, dans son ensemble, d'une couleur brune, qu'il devait à un vernis particulier. M. Armez s'étant aperçu un jour que des insectes l'attaquaient, l'avait confié à un sieur Hamon, pharmacien à Rennes, qui avait employé un vernis coloré pour empêcher un désastre plus considérable.

Les caractères notés sur le masque par les anthropologistes

---

(1) Le tombeau fut placé là où étaient autrefois les latrines du collège de Cluny.

(2) Ce ne fut pas, au reste, le seul larcin commis. On peut voir à la Bibliothèque Mazarine, à côté du buste en bronze du ministre de Louis XIII, enchâssé sous le cristal, un des petits doigts du cardinal qui fut arraché par l'un des maçons qui travaillaient au chantier, afin de le dépouiller à l'aise des bagues qui l'encerclaient. Ce doigt humain devint plus tard la propriété de M. Petit-Radel, frère du bibliothécaire de ce nom, lequel en fit don à la Bibliothèque Mazarine.

(1) Quand mourut, en 1884, l'éditeur Dentu, on trouva dans sa collection d'« objets rares et précieux » une tête, ou plutôt un fragment de tête, qui devait être la partie postérieure du crâne de Richelieu, des papiers dûment authentiques établissant que le célèbre collectionneur tenait la relique macabre de M. Armez.

furent vérifiés sur la statue de Girardon, qui représentait le cardinal et qui se trouvait au château de la Meilleraye. Détail peu connu, la tête de la statue avait été, elle aussi, mutilée par des énergumènes pendant la Terreur, et savez-vous ce qu'un patriote limousin en avait fait?... Le contre-poids de son tourne-broche! *Sic transit...*

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Statistique du mois de janvier 1894.

Par MM. les docteurs PASSANT et ROUILLARD.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	7	5	3	15
2e	8	14	0	22
3e	19	16	5	40
4e	9	30	5	44
5e	5	26	4	35
6e	10	18	4	32
7e	4	11	6	21
8e	3	5	0	8
9e	6	8	1	15
10e	15	24	6	45
11e	32	77	29	138
12e	11	24	8	43
13e	21	44	21	86
14e	33	28	15	76
15e	27	45	10	82
16e	5	6	5	16
17e	24	32	7	63
18e	59	76	34	169
19e	24	46	25	95
20e	56	108	33	197
	378	643	221	1242

MALADIES OBSERVÉES

Maladies	Nombre
A. Angines et laryngites	88
Croup	19
Coqueluche	1
Otite	3
Ophtalmie	1
B. Asthme	23
Affections du cœur	50
Bronchites aiguës et chroniques	151
Pleuro-pneumonie	70
Congestion pulmonaire	38
Grippe et influenza	36
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	111
Dysenterie	9
Athrepsie	7
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	33
Hernie étranglée	15
Rétention d'urine	6
Affections des organes génitaux externes	6
D. Métrite, métro-péritonite	25
Métrorragie	25
Fausse couche	50
Accouchement, délivrance	72
Accouchements non terminés	14
E. Affections cérébrales	45
Convulsions, éclampsies	27
Névralgie	32
Névroses	44
Epilepsie	6
Aliénation mentale	5
Alcoolisme, delirium tremens	8
F. Rhumatisme	6
Affections éruptives	42
Fièvre	20
Fièvre typhoïde	8
Hémorragies de causes internes et externes	34
Érysipèle	6
G. Plaies, contusions, abcès	51
Fractures, luxations, entorses	11
Brûlures	7
Empoisonnements	9
Asphyxie par le charbon	3
Suicide	2
H. Mort à l'arrivée du médecin	23
Total	1242

La moyenne des visites par nuit est de 40. Pour le mois précédent, elle était de 32,7.

Les hommes entrent dans la proportion de 30,4 p. 100.
Les femmes — — 51,8 —
Les enfants au-dessous de trois ans 17,8 —

Il faut noter la grande proportion des maladies de l'appareil respiratoire qui forment 23 p. 100 du chiffre total, la fréquence de la rougeole et la réapparition de l'influenza (36 cas au lieu de 3 en décembre 1893).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 9 février 1894, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. Rouvier, médecin en chef.

Au grade de médecin en chef. — M. Comme, médecin principal.

Au grade de médecin principal. — M. Palmade, médecin de première classe.

Au grade de médecin de première classe. — M. Sévère, médecin de deuxième classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 11 février 1894, la chaire de clinique des maladies du système nerveux de la Faculté de médecine de Paris est déclarée vacante.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Grott, médecin de deuxième classe des colonies, disparu à Tombouctou; d'Hubert (de Tlemcen); Lombard (de Vanves); Mesnil (de Cherbourg) et Vaysse (de Quillan).

— *Hôpital Necker.* — M. le docteur Henri Huchard, médecin de l'hôpital Necker, commencera le lundi 19 février, à dix heures, ses leçons de clinique thérapeutique et les continuera les lundis suivants à la même heure à l'amphithéâtre des cours.

Mercredi et samedi : conférences de clinique et thérapeutique (salles Delpech et Chauffard), à neuf heures et demie. — Jeudi : démonstrations et travaux d'anatomie pathologique, au laboratoire, à dix heures. — Mardi : consultation à dix heures. — Vendredi : consultation (tous les quinze jours). — Conférence sur les maladies du cœur à dix heures.

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* n° 3 (15 février). — I. Dr H. ROGER : Sur le rôle du foie dans les auto-intoxications. — II. M. A. ETARD : Les formules de constitution des phénols et des camphres. — III. M. L. CUÉNOT. La nouvelle théorie transformiste. — IV. Dr M. TCHERNING : Le mécanisme de l'accommodation. — V. Les manipulations mécaniques dans les écoles d'ingénieurs.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Les hernies inguinales de l'enfance, par le docteur G. FÉLIZET, chirurgien de l'hôpital Tenon (Enfants-Malades). 1 vol. gr. in-8° de 420 pages, avec 73 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 février 1894 :

ART. 1er. — Les droits à percevoir des aspirants au doctorat en médecine sont fixés ainsi qu'il suit à dater du 1er novembre 1893 :

Seize inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque	520
Travaux pratiques payables par trimestre, 4 années. (1re année, 60 f. ; 2e année, 40 ; 3e année, 40 ; 4e année, 20)	160
Sept examens ou épreuves à 30 fr.	210
Sept certificats d'aptitude à 25 fr.	175
Thèse	100
Certificat d'aptitude de la thèse	40
Diplôme	100
Total	1.305

ART. 2. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés de médecine sont versés au Trésor public. Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques et d'examens acquittés par les élèves des Écoles de plein exercice et des Écoles préparatoires sont versés dans les caisses municipales. Les droits de certificat acquittés par les mêmes élèves sont versés au Trésor.

ART. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

— Par décret, en date du 14 février 1894 :

ART. 1er. — Les droits à percevoir des aspirants au diplôme de chirurgien-dentiste sont fixés ainsi qu'il suit :

Douze inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque	390
Travaux pratiques payables par trimestre :	
1re année	60
2e année	130
3e année	130
3 examens à 30 fr.	90
3 certificats à 20 fr.	60
Diplôme	100
Total	960

ART. 2. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés de médecine sont versés au Trésor public. Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques et d'examens acquittés par les élèves des écoles de médecine sont versés dans les caisses municipales. Sont versés au Trésor public les droits de certificat et de diplôme acquittés par les mêmes élèves.

ART. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen, perd le montant desdroits d'examen qu'il a consignés. — Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

— Par décret, en date du 14 février 1894 :

ART. 1er — Les droits à percevoir des aspirants au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles sont fixés ainsi qu'il suit :

Quatre inscriptions à 32 fr. 50, y compris le droit de bibliothèque	130
Travaux pratiques, payables par trimestre, une année	90
Examen	30
Certificat	40
Visa du certificat	10
Total	300

ART. 2. — Les droits acquittés par les élèves des Facultés des sciences sont versés au Trésor public. Les droits d'inscription, de bibliothèque, de travaux pratiques et d'examen acquittés par les élèves des cours institués dans les conditions prévues par l'article 7 du décret en date du 31 juillet 1893, sont versés dans les caisses municipales. Sont versés au Trésor public les droits de certificat et de visa acquittés par les mêmes élèves.

ART. 3. — Tout candidat qui, sans excuse jugée valable par le jury, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué pour l'examen perd le montant des droits d'examen qu'il a consignés.

Il est fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de visa.

— Par décret, en date du 14 février 1894 :

ART. 1er. — A dater du 1er octobre 1894, nulle aspirante ne pourra se faire inscrire pour les études en vue des examens de sage-femme, si elle n'est âgée de dix-neuf ans.

ART. 2. — A partir du 1er octobre 1893, les droits à percevoir pour l'obtention des diplômes de sage-femme sont fixés ainsi qu'il suit :

PREMIÈRE CLASSE

1er exam.	Examen	40	50
	Certificat d'aptitude correspondant	10	
2e exam.	Examen	40	80
	Certificat d'aptitude correspondant	10	
	Diplôme	30	
	Total		130

DEUXIÈME CLASSE

1er exam.	Examen.	20	30
	Certificat d'aptitude correspondant. .	10	
2e exam.	Examen.	20	50
	Certificat d'aptitude correspondant. .	10	
	Diplôme	20	
	Total.		80

Les élèves inscrites avant le 1er octobre 1893 continueront à payer les droits fixés par les règlements antérieurs.

Art. 3. — Les droits d'examens, de certificat d'aptitude et de diplôme sont perçus dans les Facultés pour le compte exclusif du Trésor public.

Dans les Écoles de plein exercice et les Écoles préparatoires de médecine et de pharmacie appartenant aux villes, les droits d'examens sont perçus pour le compte des caisses municipales et ceux de certificat d'aptitude et de diplôme pour le compte du Trésor public.

Art. 4. — Toute aspirante qui, sans excuse jugée valable par la faculté ou l'école, ne répond pas à l'appel de son nom le jour qui lui a été indiqué, est renvoyée à une autre session et perd le montant des droits d'examen qu'elle a consignés. Il est fait remboursement aux aspirantes ajournées des droits de certificat et de diplôme.

— Par décret, en date du 2 février 1894, M. Dethève (Claude), médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine, a été nommé au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décret, en date du 13 février 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Gruson et Ricard.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Ribbe, Rebillard, Rouhaud, Reilhac, Bourgeois, Colonna, Véroudard, Villedary et Geghre.

— Par décret, en date du 13 février 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Treille, Moret, Guelliet, Lefour, Bard, Kirmisson.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Chalvet, Batut, Ollé, Colliard.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Pontet, Lartigau, Paulin, Legros, Coyteux-Duportal, Lacaille, Gaillard, Tisné, Marchandé, Crauffon, Lefebvre, Decrossas, Duffaud, Rogron, Veil.

— Le « Journal officiel » du 15 février publie l'instruction ministérielle pour l'admission à l'École du service de santé militaire de 1894.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

88. M. Giraud. Du béribéri. — 89. M. Bernardbeig. Complications articulaires de la diphtérie. — 90. M. Veslin. Ablation de l'utérus cancéreux par la voie sacrée. — 91. M. Luton. Traitement de la tuberculose par les sels de cuivre. — 92. M. Falibois. Désarticulation du genou à lambeau postérieur (procédé du docteur Montaz). — 93. M. Chamberlain. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow, et en particulier de sa pathogénie et de son traitement. — 94. M. Faucher. Traitement médical de la pyélo-néphrite. — 95. M. Chapoutot. Les suppliciés de la Faculté. — 96. M. Lautard. Étude sur les anomalies des vaisseaux de la base de l'encéphale. — 97. M. Chereau. Sur quelques cas d'aphasie transitoire chez des fumeurs. — 98. M. Bruno Zinke. Essai du traitement des abcès tuberculeux de la prostate. — 99. M. Delestang. Du choix d'un procédé opératoire dans le traitement chirurgical des hémorroïdes (procédé de M. le docteur Quénu). — 100. M. Vergues. Contribution à l'étude des plaies des nerfs.

REVUE GÉNÉRALE

Les amyotrophies d'origine articulaire; leur traitement préventif et curatif.

Par le docteur A.-F. Plicque,
Médecin-adjoint à la Compagnie du chemin de fer du Nord,
Ancien interne des hôpitaux.

Les atrophies musculaires constituent, dans les arthrites d'origines diverses, une complication des plus fréquentes. Souvent même, ainsi que l'a le premier bien montré M. Le Fort en 1872, l'intensité et la ténacité de l'amyotrophie sont absolument disproportionnées à l'intensité et à la ténacité de l'arthrite; la complication surpasse de beaucoup la maladie en importance et en gravité. La faiblesse et la maladresse persistante du membre, la laxité articulaire qui résultent souvent de cette amyotrophie et qui sont une cause incessante de douleurs, d'entorses, constituent une infirmité des plus pénibles.

L'étude de l'apparition de ces amyotrophies au cours des diverses arthrites, de leur évolution clinique, de leur pathogénie, de leur prophylaxie au cours du traitement même de l'arthrite, de leur traitement propre après la guérison de la lésion articulaire, offrent donc, au point de vue pratique, une importance réelle.

I

Toutes les affections articulaires : entorses, contusions, luxations, arthrites aiguës et chroniques, arthropathies nerveuses et même rhumatisme articulaire, aigu, peuvent s'accompagner d'atrophies musculaires. Mais ces atrophies se présentent avec une fréquence très différente et ont une importance variable dans chacune de ces affections.

Les *entorses* les plus communes, l'entorse du cou-de-pied, l'entorse du poignet ne sont pas souvent, même quand le traumatisme a été violent et l'arthrite consécutive intense, accompagnées d'atrophie. Sans doute, en 1872, M. Le Fort a rapporté à la Société de chirurgie une observation célèbre d'atrophie de la jambe et du pied, après une entorse tibio-tarsienne, atrophie guérie par les courants continus. Mais les amyotrophies se rencontrent le plus souvent dans les entorses du genou. On retrouvera au paragraphe suivant l'étude de cette prédisposition de certaines articulations, de cette résistance d'autres articulations à la production d'atrophies musculaires.

L'entorse produit surtout l'amyotrophie par l'arthrite qui lui succède. Des entorses très légères, mais survenant chez des sujets rhumatisants et déterminant une arthrite assez intense, seront plus souvent suivies d'atrophies musculaires, que des entorses beaucoup plus sérieuses, chez des sujets non rhumatisants. C'est surtout en pareil cas qu'on voit un traumatisme très léger déterminer, non seulement une très longue impotence fonctionnelle, mais parfois une infirmité durable.

L'action des entorses de l'épaule sur les amyotrophies est pourtant un peu plus complexe que celle des autres entorses. Un fait clinique, d'observation presque journalière, est le suivant : Un ouvrier lève le bras pour saisir un objet un peu lourd placé hors de sa portée, placé trop haut et souvent aussi, trop en dehors pour la longueur de son bras. Il imprime, par suite, à l'épaule un mouvement d'abduction et de rotation forcées. Au moment où il saisit l'objet, il sent un léger craquement avec une douleur assez vive. Il ne fait pas attention à cet accident insignifiant. Mais, dans bien des cas, il est, dès le lendemain, forcé de s'arrêter, souffrant de l'épaule; alors même que cette arthrite reste légère, elle est presque toujours suivie d'une atrophie très marquée du deltoïde. Dans d'autres cas, plus rares et plus singuliers, cette atrophie survient sans arthrite. Le muscle fond rapidement, sans qu'il y ait ni craquements articulaires, ni points douloureux, ni douleurs forçant à interrompre le travail avant l'impossibililé due à la faiblesse musculaire. On peut alors admettre un tiraillement, une lésion du nerf circonflexe.

Le pronostic de cette forme est particulièrement grave et l'atrophie s'est montrée très tenace, a persisté en partie dans deux cas de ce genre que j'ai observés. Il serait donc, même dans les simples entorses de l'épaule, fort important de suivre le conseil donné par M. Th. Anger, pour les luxations, et de vérifier, aussitôt après l'accident, l'état de la sensibilité de la partie postérieure de la peau de l'épaule, partie innervée par le rameau cutané du circonflexe. La présence d'un point douloureux à la pression, sur le bord postérieur du deltoïde, à la hauteur du col chirurgical de l'humérus, à peu près vers le milieu de la longueur du muscle, aurait aussi une grande importance. Enfin, les entorses de l'épaule peuvent agir, non par suite d'une arthrite ou d'une distension du nerf circonflexe, mais par suite d'une péri-arthrite. L'entorse, ici, est la cause occasionnelle de l'inflammation plastique et oblitérante de la grande bourse séreuse sous-deltoïdienne. Cette inflammation continue à évoluer lentement, chroniquement, après les premiers jours d'accidents subaigus qui succèdent au traumatisme. Dans cette forme, particulièrement grave, les muscles, ainsi que l'a bien montré Duplay (1), non seulement s'atrophient, mais ils se durcissent, se rétractent. Le deltoïde le plus touché se plaque, se fige en couche ligneuse sur le moignon de l'épaule; le grand pectoral, le sus-épineux, le sous-épineux font eux-mêmes corps avec leurs gouttières ostéo-fibreuses et avec le thorax.

A l'impotence fonctionnelle due à l'atrophie musculaire s'ajoute donc une véritable ankylose périphérique. Le malade éprouve des douleurs persistantes dans l'épaule, le long du bras. Ces points douloureux existent au niveau du bord postérieur du deltoïde particulièment vers le tiers moyen, au niveau des insertions du deltoïde et du biceps. Cette péri-arthrite scapulo-humérale, particulièrement fréquente après l'entorse, s'observe parfois aussi après les contusions, les luxations, la pression répétée de fardeaux sur l'épaule, chez des sujets rhumatisants. L'amyotrophie ligneuse qu'elle entraîne, doit être bien connue car, très bénigne en apparence au début, cette amyotrophie aboutit souvent à une infirmité durable et grave.

Les *contusions* et les *plaies* des articulations entraînent des arthrites qui sont souvent suivies d'amyotrophie. C'est surtout quand cette amyotrophie succède à une contusion légère, qu'elle prend une réelle importance. Dans les contusions et les plaies graves, l'amyotrophie n'est plus qu'une complication secondaire en présence des autres accidents d'hémarthrose, de suppuration, d'ankylose qui menacent le blessé.

L'amyotrophie des *luxations* a, sans doute, été la première signalée, comme le prouve la phrase si souvent citée

(1) Duplay. *Arch. gén. de méd.*, 1872, t. II, p. 513.

d'Hippocrate (1) : « Dans les luxations du coude non récentes, il y a atrophie des chairs. » Cette phrase semble s'appliquer évidemment aux luxations anciennes non réduites. De fait, dans les luxations réduites, l'amyotrophie reste souvent peu importante, facilement et spontanément curable.

La simple entorse de l'épaule est, au point de vue de l'amyotrophie, plus dangereuse peut-être que la luxation. En revanche, les luxations de la rotule, les luxations des cartilages semi-lunaires du genou, paraissent exposer particulièrement aux atrophies consécutives du triceps fémoral.

En dehors des arthrites traumatiques, toutes les *arthrites aiguës* peuvent être suivies d'amyotrophie. Sans parler des arthrites suppurées où les accidents pyohémiques dominent tout le tableau morbide, les amyotrophies sont d'une grande fréquence et souvent d'une grande gravité dans les arthrites blennorragiques.

Vidy (2) a étudié remarquablement cette classe d'amyotrophies, il les a surtout remarquées dans les formes polyarticulaires. Ce fait tient évidemment à ce que les matériaux de son travail ont été recueillis daus le service de médecine de Vulpian. Les mono-arthrites graves, particulièrement soignées dans les services de chirurgie, exposent autant que les formes polyarticulaires à cette complication. M. Deroche (3), dans son excellente thèse à laquelles nous ferons de nombreux emprunts, a tout particulièrement décrit les amyotrophies consécutives au *rhumatisme articulaire aigu* et subaigu. Il en a rapporté trois observations très détaillées : dans la première, l'amyotrophie du membre gauche portait sur tous les muscles du membre supérieur : interosseux, muscles de l'éminence thénar et hypothénar de l'avant-bras, du bras, deltoïde, trapèze, pectoraux. Elle avait été consécutive à des arthrites chroniques, rhumatismales, reliquat d'un rhumatisme articulaire aigu, survenu de longues années auparavant.

Dans la seconde, un rhumatisme chronique subaigu, à attaques très bénignes, a déterminé des amyotrophies des deux membres supérieurs et de la cuisse gauche.

Dans la troisième, des attaques rhumatismales, aiguës et subaiguës multiples, ont déterminé des atrophies de tous les muscles des membres inférieurs, sauf des muscles rotateurs du fémur et surtout des muscles fessiers. Il existe, de plus, un état à la fois spasmodique et parétique des faisceaux musculaires respectés, un développement anormal du système pileux, des zones d'hyperesthésie cutanée. M. Deroche rappelle les faits analogues, observés par Charcot, et montre que ces atrophies, au cours du rhumatisme articulaire aigu, sont admises par tous les classiques.

En ce qui concerne les *arthrites chroniques*, les amyotrophies qui accompagnent les arthrites du rhumatisme chronique, ont été, signalées dès 1858, par M. Plaisance (4), élève de Charcot. Dès 1853, Charcot avait montré pour la goutte, le rôle de l'atrophie des muscles dans la production des déformations articulaires. Dans ses leçons, il est souvent revenu sur ces amyotrophies du rhumatisme chronique, des arthrites sèches, de la goutte.

(1) Hippocrate. Trad. Littré, t. IX, p. 69.

(2) Vidy. *Considérations sur le rhumatisme blennorragique et plus spécialement sur l'atrophie musculaire consécutive*, Th. Paris, 1878.

(3) Deroche. *Étude clinique et expérimentale sur les atrophies réflexes d'origine articulaire*, Th. de Paris, 1890.

(4) Plaisance. *Étude nosographique sur le rhumatisme articulaire chronique primitif*, Th. de Paris, 1858.

Dans les *arthropathies syphilitiques*, M. Méricamp (1) a rapporté un cas d'atrophie des muscles du bras, à la suite d'une arthropathie du coude.

Dans les *arthropathies tabétiques*, les muscles péri-articulaires sont atrophiés ; cette atrophie contribue souvent beaucoup au relâchement, à la dislocation en jambe de polichinelle, qui constitue une des caractéristiques de ces arthropathies. Dans ces muscles atrophiés, on a parfois trouvé des incrustations des plaques osseuses (2).

Dans les *arthropathies hystériques*, l'absence d'amyotrophies est la règle (3). Le membre maigrit un peu sous l'influence du repos prolongé, mais sans atrophie vraie. Dans quelques cas, il existe une atrophie apparente, tenant uniquement à l'attitude, mais qui peut, si on n'est pas prévenu, être une cause d'erreur (4).

Dans une observation de coxalgie hystérique, Charcot (5) avait remarqué que la fesse du côté malade était large, aplatie, flasque, déprimée. On pouvait donc penser, soit à une atrophie, soit à une luxation. Mais en plaçant à côté du malade un sujet sain, qui imita complètement son attitude, Charcot parvint à montrer que, si prononcée qu'elle fût, cette différence d'aspect n'était due qu'à la position. Cette absence d'atrophie constitue un des éléments importants du diagnostic des arthropathies hystériques. Dans quelques observations exceptionnelles qu'on a présentées, et où ces atrophies existaient, il s'agissait vraisemblablement d'affection mixte. Dans une observation très intéressante de coxalgie hystérique avec atrophie, présentée par M. Ballet à la Société médicale des hôpitaux (6), il y avait simultanément hystérie et alcoolisme; la coxalgie n'était que le reliquat d'une hémiplégie survenue sous l'influence de ces deux facteurs morbides. Dans d'autres cas, l'arthropathie se compliquait de paralysies hystériques, et ces paralysies, comme M. Babinski l'a montré en 1886 (7), peuvent se compliquer d'amyotrophie. Dans d'autres cas, enfin, on doit songer à l'effet purement mécanique d'appareils inamovibles très serrés, appareils dont Charcot a signalé, dans les coxalgies hystériques, les mauvais résultats (8). Malgré ces exceptions, l'atrophie reste très rare, et est toujours plus tardive, moins marquée que dans les arthrites vraies, en particulier dans les arthrites tuberculeuses, dont le diagnostic avec les arthropathies hystériques est souvent si difficile et si important.

Les amyotrophies dans les *arthrites tuberculeuses* sont bien connues depuis les travaux de MM. Le Fort, Verneuil, Lannelongue et Cazin. Si leur valeur diagnostique est parfois grande, leur importance clinique est secondaire. Il suffit de signaler la forme où, à côté des lésions d'amyotrophie se trouve un envahissement des muscles péri-articulaires par les nodules tuberculeux, forme importante à connaître, au point de vue opératoire, dans les arthrotomies

(1) Méricamp. *Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques tertiaires*, Obs. VI, Th. de Paris, 1882.

(2) Charcot. *Études pour servir à l'histoire de l'affection décrite sous le nom de goutte asthénique primitive*, Th. de Paris, 1853.

(3) Quénu. Des arthropathies dans les affections nerveuses, in *Traité de chirurgie*, t. II, p. 399.

(4) Plicque. Les coxalgies hystériques. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, n° 66, 1891.

(5) Charcot. *Leçons cliniques*, t. III, 1887, leçons XXIII et XXIV.

(6) Ballet. *Gaz. des hôpit.*, 2 juillet 1889.

(7) Babinski. De l'atrophie musculaire dans les paralysies hystériques, *Progr. méd.*, 1886, n° 16.

(8) Charcot, *Progr. méd.*, 1890, vol. II, p. 261.

et les résections. On verra, à propos de la pathogénie, les arguments qui ont été tirés de l'étude de ces amyotrophies dans les arthrites tuberculeuses, pour expliquer leur origine réflexe.

Pour terminer cette longue énumération, il est enfin nécessaire d'opposer aux amyotrophies, dues à des lésions articulaires, les lésions articulaires dues à des amyotrophies. On sait que M. Verneuil a montré que bon nombre de luxations, dites congénitales de la hanche, succèdent en réalité à des amyotrophies des muscles fessiers et pelvi-trochantériens. Ces muscles atrophiés cessent de lutter contre la traction de leurs antagonistes les adducteurs. Presque toujours, c'est à la paralysie infantile qu'est due cette atrophie. En 1886, nous avons étudié avec notre maître, M. Descroizilles (1), un cas où la luxation congénitale était associée à une paralysie pseudo-hypertrophique. L'amyotrophie peut aussi dépendre, d'après M. Verneuil (2), d'une fièvre typhoïde, d'un rhumatisme articulaire aigu. On voit, en pareil cas, l'évolution intéressante des lésions : 1° arthrite aiguë; 2° amyotrophie consécutive ; 3° luxation finale.

Mais tout curieux que puissent être ces différents faits, la classe la plus importante d'amyotrophies est, au point de vue pratique, celle qui succède à des entorses, à des contusions, à des arthrites légères; c'est celle-là dont l'intensité est souvent si disproportionnée avec celle de l'arthrite qui l'a produite, qu'elle domine le tableau clinique; c'est celle-là qui vient souvent faire cruellement mentir le pronostic trop favorable du début.

II

L'évolution clinique des amyotrophies d'origine articulaire est extrêmement variable au point de vue du nombre des muscles atteints, du choix de ces muscles, de la rapidité de l'atrophie, de l'époque de son début, des troubles fonctionnels qu'elle entraîne.

L'atrophie, dans certains cas graves, atteint tout un membre ou tout un segment de membre. L'observation publiée en 1872, par M. Le Fort, et où une entorse avait été suivie d'atrophie de la jambe et du pied, les observations de M. Deroche ont été déjà signalées. M. Desplats (de Lille), en 1878 (3), a donné plusieurs observations d'amyotrophies étendues, consécutives à la péri-arthrite scapulo-humérale. Dans d'autres cas, au contraire, l'atrophie se localise à un muscle et même, comme l'a montré, en 1880, M. Debove dans un segment de muscle. La forme la plus fréquente est celle où plusieurs muscles sont légèrement touchés, mais où un muscle est particulièrement atteint.

Certains muscles sont touchés de préférence par l'atrophie : le deltoïde, dans les affections de l'épaule; le triceps brachial, dans celles du coude; les muscles fessiers, dans celles de la hanche, et surtout le triceps fémoral, dans celles du genou.

On doit à M. Deroche (4) une hypothèse très ingénieuse pour expliquer ces localisations. Il rappelle d'abord les recherches histologiques de MM. Babinski et Onanoff, sur le développement des muscles chez le fœtus. Ces recherches ont montré que le deltoïde, le triceps brachial, le triceps crural qui se développent les premiers, sont particulièrement exposés à toutes les atrophies musculaires (paralysie pseudo-hypertrophique, atrophie musculaire infantile de Duchenne, forme juvénile de Erb). Il semble, de plus, que, chez certains sujets, le développement du système musculaire soit plus rapide que chez les autres. Si ces résultats étaient vus constamment les mêmes, écrit M. Deroche, ne pouvait-on pas y trouver une explication séduisante et de la cause qui fait atrophier certains muscles plutôt que d'autres, autour des articulations, et de la cause qui fait que certains individus ont des atrophies d'origine articulaire, tandis que d'autres, dans les mêmes conditions, n'en présentent pas ?

La rapidité de l'atrophie est parfois surprenante. Dans un cas d'arthrite blennorragique du genou, j'ai vu survenir, en trois jours, une fonte presque complète du triceps fémoral. Dans les péri-arthrites de l'épaule, l'atrophie se fait, au contraire, lentement, progressivement, insidieusement. En général, la rapidité de l'atrophie paraît proportionnelle à l'acuité de l'arthrite. Les atrophies les plus rapides sont d'ailleurs loin d'être les plus graves, les plus tenaces et les plus durables.

L'époque du début n'est pas moins variable que la rapidité. Dans les arthrites aiguës, souvent l'atrophie commence en quelque sorte avec l'arthrite. Ce début précoce contredit absolument la théorie qui a voulu faire de l'immobilité, de l'inactivité fonctionnelle, les principales causes de l'atrophie.

Les atrophies lentes sont, au contraire, souvent tardives, ou plutôt ce n'est que tardivement qu'elles sont assez prononcées pour éveiller l'attention.

En général, M. Deroche estime que l'atrophie du rhumatisme se dessine environ de deux à quatre mois après les accidents rhumatismaux. Dans les expériences qu'il a faites sur les animaux (cautérisations intra-articulaires), c'est dès le quinzième jour que l'atrophie commençait à se dessiner.

Les troubles entraînés par l'atrophie sont multiples : affaiblissement du membre, laxité articulaire, état parétique et spasmodique des muscles, troubles trophiques et sensitifs divers.

L'affaiblissement du membre, la laxité des articulations, privées du soutien complémentaire qu'à l'état normal les muscles apportent aux ligaments, se comprennent facilement. La laxité articulaire est particulièrement importante comme cause menaçante d'entorses et par suite d'arthrites nouvelles. L'état parétique et spasmodique des muscles constitue un accident plus singulier. Leur association fréquente avec l'atrophie a été bien étudiée par M. Deroche. On voit souvent une parésie hors de proportion avec la lésion trophique. A cette parésie, se joint souvent aussi du spasme musculaire, entraînant de la trémulation des tendons, de l'exagération des réflexes tendineux, des contractures. Dans certaines arthrites rhumatismales et goutteuses, c'est à la fois de ces contractures et de l'atrophie que résultent les déformations articulaires. Comme troubles trophiques, coïncidant assez souvent avec l'atrophie et s'expliquant comme elle par la moindre nutrition du membre, on doit noter : 1° le refroidissement très pénible chez certains malades; 2° la sécheresse et l'hypertrophie de la peau, dont l'épaississement devient parfois, plus tard, une

(1) Plicque. Luxation congénitale de la hanche et paralysie pseudo-hypertrophique, *France méd.*, 1886, n° 31, p. 361.

(2) Verneuil. Sur les luxations prétendues congénitales de la hanche, *Rev. d'orthop.*, 1890, p. 23-25.

(3) Desplats. Atrophie musculaire dans la péri-arthrite scapulo-humérale, *Gazette hebd.*, 1878, p. 374.

(4) Deroche. Loc. cit., p. 27.

cause de gêne dans les mouvements; 3° l'hypertrophie ou l'atrophie des poils. Comme troubles sensitifs, on a signalé des hyperesthésies, des anesthésies, soit généralisées, soit en plaques, des névralgies, mais surtout des douleurs articulaires qui ont été remarquablement étudiées par M. Bazy (1).

M. Bazy a montré que les douleurs articulaires persistantes qui s'observent chez bien des sujets, après les arthrites, ne sont, en réalité, si on examine attentivement le malade, que la suite de minuscules entorses quasi-quotidiennes, entorses résultant de la laxité articulaire produite par l'amyotrophie. Les points douloureux, en effet, ont des sièges d'élection qui sont ceux mêmes de l'entorse. « Au genou, ils siègent au centre du condyle interne du fémur, à l'insertion supérieure du ligament latéral interne, plus souvent à l'insertion inférieure de ce ligament, quelquefois à l'interligne articulaire, mais au niveau de ce ligament. Il existe aussi quelquefois des points douloureux pour le genou, de chaque côté du ligament rotulien, au niveau de l'interligne articulaire, points douloureux qui correspondent aux ligaments croisés. »

De même, pour le cou-de-pied, c'est au niveau des ligaments latéraux, au sommet de la malléole interne ou de la malléole externe, que siègent ces points douloureux; souvent on ne les trouve qu'au niveau de l'interligne articulaire péronéo-tibial inférieur. On sait, en effet, combien souvent, dans l'entorse et dans la fracture du péroné, le ligament péronéo-tibial inférieur est tiraillé et déchiré.

L'amyotrophie est la seule cause de la douleur et pourtant « on voit, de temps à autre, tel ou tel médecin ou chirurgien, connu pourtant pour un homme attentif, soigneux et même distingué, s'acharner après une articulation qui souffre, la poursuivre à coups de vésicatoires, de pointes de feu, la menacer même de l'ankyloser pour lui éviter la souffrance, sans s'apercevoir qu'il court après une chimère, qu'il ne fait que perpétuer les souffrances, que les encourager en quelque sorte, en éternisant la cause, parce que, s'adressant à l'articulation, il néglige de s'occuper de l'organe ou des organes, les plus importants dans l'espèce, suivant moi, c'est-à-dire des muscles ».

III

Les diverses théories relatives à la pathogénie des amyotrophies d'origine articulaire ont été ainsi résumées par M. Raymond (2), dans son remarquable mémoire : 1° inactivité due à l'immobilisation du membre (Cruveilhier, Gillet); 2° anémie par compression des vaisseaux qui se rendent dans le muscle, cette compression étant due au liquide épanché dans l'articulation (J. Roux); 3° détournement des matériaux nutritifs destinés aux muscles vers les tissus articulaires enflammés (Gosselin); 4° myosite, parfois névrite de voisinage, par propagation de l'inflammation articulaire (Clado, Duplay); 5° action réflexe s'exerçant sur les nerfs vaso-moteurs des muscles (Brown-Séquard); 6° action réflexe exercée vers les centres trophiques de la moelle (Vulpian, Le Fort, Charcot).

Cette dernière théorie est aujourd'hui admise par presque tous les auteurs; elle a été pleinement démontrée par les expériences de M. Raymond. Il injectait dans l'articulation du genou, soit d'un seul, soit des deux côtés, chez un animal, quelques gouttes de solution de nitrate d'argent ou d'essence de térébenthine. Ces injections, faites avec une asepsie extrême, ont néanmoins toujours produit une arthrite suppurée. On voit d'abord apparaître une exagération du réflexe rotulien, des réflexes cutanés, des contractions idio-musculaires, de l'excitabilité faradique et vers le quatrième ou cinquième jour, une atrophie musculaire appréciable. Mais cette atrophie cesse de se produire quand on sectionne les racines postérieures de la moelle, interrompant ainsi l'arc réflexe. L'examen histologique n'a montré aucune lésion de la moelle ni des nerfs périphériques, mais M. Raymond a constaté une striation très nette des rameaux nerveux intra-musculaires.

En réalité, et pour limiter cette discussion pathogénique au point de vue pratique du traitement préventif des amyotrophies, on voit que les diverses théories se divisent en deux grands groupes : 1° l'amyotrophie est le résultat de l'inactivité fonctionnelle; 2° l'amyotrophie est le résultat de l'inflammation articulaire, que cette inflammation agisse par compression des vaisseaux, par détournement nutritif, par myosite ou névrite de propagation, soit comme point de départ d'une action réflexe sur les nerfs vaso-moteurs ou les centres trophiques de la moelle.

La théorie de l'inactivité fonctionnelle ne saurait, on l'a vu, s'appliquer à certaines atrophies très rapides ; elle ne saurait s'appliquer à ces faits nombreux où une arthrite du genou n'a pas empêché le malade de marcher, où une périarthrite de l'épaule ne l'a pas empêché de travailler jusqu'au bout. Dans ces faits, ce n'est pas l'inactivité fonctionnelle qui a produit l'amyotrophie, c'est au contraire l'amyotrophie qui a produit l'inactivité fonctionnelle.

L'inflammation articulaire étant la seule cause de l'amyotrophie, le traitement préventif consistera donc avant tout à combattre cette inflammation. L'immobilisation rigoureuse, loin d'être défavorable, sera, dans bien des cas, le meilleur des traitements préventifs. On peut comparer cette discussion sur les amyotrophies à l'ancienne discussion sur les ankyloses. On sait aujourd'hui que l'immobilisation prévient, en guérissant les arthrites, infiniment plus d'ankyloses qu'elle n'en produit, si tant est qu'elle en produise. Un traitement énergique des arthrites même légères : immobilisation, compression, révulsion, salicylate de soude dans les formes aiguës ou subaiguës poly-articulaires, iodure de sodium dans les formes chroniques, constituera donc la plus grande part du traitement préventif.

Il ne faudrait pas, bien entendu, pousser cette règle à l'extrême et la théorie de l'inactivité fonctionnelle garde certainement une part de vérité. Il est certain qu'une immobilisation inutilement prolongée serait nuisible au point de vue de l'amyotrophie, comme elle l'est au point de vue de l'ankylose. Il est certain que des compressions mal faites ont été signalées comme ayant favorisé l'amyotrophie dans nombre d'observations. A cet égard, rien n'est plus funeste, par exemple, que les genouillères élastiques que tant de malades portent après les arthrites du genou. Bien des fois, le muscle triceps, qui avait résisté tant bien que mal à l'arthrite, s'atrophie dans la convalescence, sous la compression de la genouillère trop serrée.

Au point de vue du degré et de la durée de l'immobilisation, de la compression, de la révulsion, chaque cas parti-

(1) Bazy. *Progrès méd.*, 1889, n° 12.

(1) Raymond. Recherches expérimentales sur la pathogénie des atrophies musculaires, consécutives aux arthrites traumatiques. *Rev. de méd.*, 1890.

culier d'arthrite offre ses indications, échappant à toute règle générale.

Dans les cas embarrassants, le massage fournira un moyen précieux d'entretenir la vitalité musculaire, tout en continuant le traitement de l'arthrite. Il sera bien souvent utile de commencer le massage des muscles péri-articulaires — du triceps fémoral en particulier — alors que l'état inflammatoire contre-indique encore tout massage de l'articulation. Le massage qui plus tard, ainsi que l'a bien montré M. Castex (1), est à peu près impuissant contre les atrophies confirmées, est le plus puissant des moyens préventifs dont nous disposions. Mais pour qu'il possède cette action préventive, il est indispensable de l'appliquer d'une façon précoce.

Un peu plus tard, au moment où par exemple le malade ne pourrait encore marcher sans danger, mais où une immobilisation absolue est déjà inutile, des exercices gymnastiques auront une grande efficacité. Ces exercices seront d'abord passifs, puis actifs, le malade exécutant lui-même un nombre de plus en plus considérable de mouvements de flexion et d'extension. On peut même, plus tard encore, afin d'augmenter le travail musculaire, employer des appareils à poids, à traction élastique, résistant aux muscles qu'on veut exercer. On sera surpris du résultat obtenu chez tous les malades qui voudront bien s'astreindre à ces exercices un peu fastidieux. Du jour où ils se lèveront, au lieu de se traîner des semaines, ils marcheront avec une remarquable facilité. Au coude, à l'épaule, les résultats ne seront pas moins bons qu'au genou.

IV

Dans les amyotrophies une fois constituées, l'électricité constitue le principal agent du traitement. Elle a sur l'atrophie une action en quelque sorte spécifique. Le massage, les exercices gymnastiques peuvent être employés utilement contre la parésie musculaire qui accompagne si souvent l'atrophie. Ils sont, contre l'atrophie même, d'une très faible utilité. L'électricité statique a été employée dans quelques cas avec succès, mais on aura surtout à se servir des courants continus et des courants induits. Dans quelques cas même, on a employé simultanément, soit au moyen de commutateurs, soit au moyen d'électrodes spéciaux, les courants induits.

En règle générale, on débutera par les courants continus; ceux-ci, à une période encore voisine des accidents aigus de l'arthrite, sont mieux tolérés que les courants induits. Le pôle positif, constitué par une plaque d'environ 50 centimètres carrés, est appliqué au niveau du tronc nerveux ou du plexus nerveux qui répond aux muscles atteints. Le pôle négatif, constitué par une plaque environ deux fois plus grande, est appliqué sur le corps même du muscle; on fait passer le courant chaque jour, pendant dix minutes environ. Une intensité de 12 milliampères est suffisante. La cuisson qu'elle détermine forcera souvent à changer légèrement les électrodes de place au cours de l'application. Plus tard, quand tout accident aigu a disparu, l'électrode négatif sera constitué par un tampon ou mieux un rouleau bien mouillé, qu'on promènera sur toute la surface du muscle. La durée et l'intensité seront les mêmes. M. Le Fort a obtenu de beaux succès avec des courants continus très faibles, très longtemps prolongés, restant appliqués pendant des heures. Ces longues applications sont toujours un peu dangereuses au point de vue des escharres. Elles sont assez gênantes pour les malades. Elles devront donc être réservées à des cas exceptionnels et soigneusement surveillées.

La faradisation est surtout utile en cas de parésie. Elle constitue, en réalité, une sorte de massage électrique des muscles. Là encore, un des électrodes répondra au point d'émergence nerveux, l'autre sera promené sur le muscle. On ne se servira que de courants peu intenses, très supportables, avec intermittences aussi lentes que possible. Dans le cas de spasmes, d'éréthisme musculaire, la faradisation doit être employée avec beaucoup de ménagements, car elle paraît parfois favoriser les contractures. En cas d'anesthésie cutanée, on emploiera utilement, comme électrode mobile, un pinceau métallique.

Très exceptionnellement, et il y aura toujours un grand intérêt pronostique à faire cette recherche dès le début, le muscle qui se contracte par le courant continu ne se contracte pas par le courant faradique. Ce fait, rarissime d'ailleurs dans les atrophies d'origine articulaire, indique toujours une dégénérescence grave des muscles et des nerfs. Cette perte de l'excitabilité faradique est le caractère principal de la réaction de dégénérescence d'Erb.

Au cours du traitement électrique, il y aura parfois avantage à varier les moyens employés, à alterner les séances de courant continu et de faradisation, à faire, au cours de la séance de courant continu, quelques interruptions ou quelques renversements de courants. Mais ces moyens ne seront employés qu'une fois l'arthrite disparue.

Comme autres moyens, le massage, les exercices gymnastiques, les douches locales chaudes, les douches sulfureuses, les douches de vapeur auront surtout une utilité indirecte contre la parésie et les raideurs articulaires.

C'est dans les stations thermales Aix, Bourbonne, Amélie-les-Bains, Barèges, que le traitement hydrothérapique aura son maximum d'efficacité. Mais on ne devra jamais le commencer qu'à la période absolument torpide.

L'iodure de potassium, l'iodure de sodium sont parfois indiqués dans certains rhumatismes chroniques contre l'arthrite traînante plutôt que contre l'atrophie. La strychnine, l'ergot de seigle, l'ergotine, sont à rejeter absolument.

Les appareils de soutien, les genouillères, dont on fait un usage si banal dans toutes les convalescences d'arthrite, n'ont d'utilité qu'en cas de laxité articulaire. S'ils compriment et enserrent le muscle, ils sont plus nuisibles qu'utiles. C'est peine perdue que traiter une atrophie du triceps fémoral chez un malade qui porte une genouillère serrée. Il est sans doute difficile de fournir un soutien à l'articulation, sans étrangler le muscle. Des genouillères bien faites, lacées et non circulaires, remontant haut sur la cuisse, sont indispensables. Si ces conditions ne peuvent être remplies, on se contentera de faire porter un simple appareil très lâche de coton, de feutre souple, dont le seul but est de protéger la région contre le froid. Il va sans dire que, dans les atrophies définitives, cette indication d'éviter toute compression du muscle perd son importance. On peut alors employer les divers types d'appareils à tuteur imaginés contre les déformations de la paralysie infantile.

(1) Castex. *Arch. gén. de méd.*, février 1893.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 février 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Hystérectomie abdominale totale. — M. DELAGENIÈRE (du Mans) communique l'observation d'une malade chez laquelle il a fait l'hystérectomie abdominale totale pour lésions des annexes et de l'utérus. Lorsque, dit-il, il s'agit d'une inflammation suppurée de l'utérus et des annexes cette ablation totale s'impose. Une fois l'utérus et les annexes enlevés, M. Delagenière referme le vagin par deux plans de suture, fait un lavage antiseptique et referme le ventre. Telle est la conduite qu'il a suivie chez cette malade dont il communique l'observation et qui a parfaitement guéri.

M. POZZI fait observer que la pratique suivie par M. Delagenière n'est pas nouvelle; elle est courante, en Amérique, pour les cas de métrites compliquées de salpingites doubles.

M. ROUTIER a pratiqué, il y a six ans, la même opération dans un cas de suppuration double des annexes. Les trompes et les ovaires enlevés, il restait un utérus saignant, infecté, dont M. Routier fit l'ablation au cours de l'opération. La malade a bien guéri, mais c'est là un cas de nécessité. L'ablation de l'utérus et des annexes par le vagin paraît plus simple et est bien préférable.

M. CHAPUT a fait six fois l'opération dont a parlé M. Delagenière; dans plusieurs de ces cas, il fit l'opération par les deux voies, vaginale et abdominale. Il considère cette intervention comme très grave.

M. POZZI se demande si l'on est en droit d'enlever l'utérus quand les annexes seules sont malades.

M. SEGOND pense que le but de la communication de M. Delagenière est de montrer que, dans les cas de lésions suppurées doubles des annexes, il est avantageux de faire l'hystérectomie par la laparotomie. M. Segond estime que cette ablation totale de l'utérus et des annexes par la laparotomie offre beaucoup plus de gravité que l'hystérectomie vaginale bien faite. Il a fait, aujourd'hui, plus de deux cents hystérectomies vaginales pour lésions doubles suppurées des annexes ou pour fibromes, et, se basant sur ces faits, il croit pouvoir dire que chaque fois que les annexes malades étaient enlevables par la laparotomie, il lui a semblé qu'elles étaient également enlevables par l'hystérectomie vaginale et il est hors de doute que l'intervention par la voie vaginale est beaucoup plus bénigne que l'intervention par la voie abdominale.

M. RECLUS ne partage pas complètement l'opinion de M. Segond. Il lui semble qu'il est, le plus souvent, plus facile d'enlever les annexes par la voie abdominale que par la voie vaginale. Lorsqu'il s'agit de lésions des annexes et qu'on enlève l'utérus, on fait, le plus souvent, un traumatisme inutile. La plupart du temps, en effet, la métrite disparaît après l'ablation des annexes. Il y aura évidemment des cas d'exception dans lesquels la voie vaginale sera préférable; mais, en général, l'ablation de l'utérus est inutile et il y a tout avantage à n'enlever que les annexes.

M. QUENU est un partisan éclectique de l'hystérectomie vaginale dans les cas de suppurations pelviennes, mais il ne faut pas raisonner avec les cas de suppurations. Ce ne sont pas les salpingites suppurées qui sont le plus difficiles à enlever, mais bien celles qui ne suppurent plus ou n'ont jamais suppuré. Dans ces cas, les adhérences rendent l'intervention difficile. Pour ces cas, M. Quenu, depuis un certain temps, s'est rapproché des laparotomistes. Il cite deux faits personnels dans lesquels, n'ayant pu enlever complètement les annexes malades par l'hystérectomie vaginale, il a dû secondairement faire la laparotomie pour compléter l'opération.

M. REYNIER se rallie à ce que vient de dire M. Quenu. Par la laparotomie, on enlève plus facilement les annexes que par l'hystérectomie vaginale. Il a toujours pu achever l'opération par la laparotomie; il est des cas où il n'a pu arriver à cette ablation complète par la voie vaginale.

M. Reynier pense que, dans le cas de M. Delagenière, il n'était pas indispensable d'enlever l'utérus, ce qui a dû singulièrement compliquer l'opération. M. Delagenière aurait pu laisser l'utérus, quitte à l'enlever ultérieurement par le vagin, ce qui est alors toujours facile.

M. SEGOND croit que c'est là une question à part. La seule question posée par l'observation de M. Delagenière est la suivante : valeur et indications de l'ablation totale de l'utérus et des annexes par la laparotomie. M. Delagenière pense que cette voie est préférable; M. Segond préfère la voie vaginale.

M. CHAMPIONNIÈRE dit que le fait de M. Delagenière mérite d'être étudié, mais l'opération qu'il propose ne sera jamais pratiquée qu'à titre exceptionnel. L'ablation totale de l'utérus et des annexes est, en général, plus facile par la voie vaginale.

M. DELAGENIÈRE croit que, dans ces cas, il n'est pas sage de laisser un utérus infecté et saignant. Il croit que, dans l'intérêt de la malade, il vaut mieux l'enlever.

LECTURES

Cystostomie. — M. LEJARS communique quatre observations de cystostomie sus-pubienne chez des prostatiques.

Taille hypogastrique. — M. BAZY donne lecture d'un travail sur la technique de la taille hypogastrique.

PRÉSENTATIONS

Guérison d'un anus contre nature. — M. CHAPUT présente un malade chez lequel il a obtenu la guérison d'un anus contre nature, à l'aide d'une entéro-anastomose pratiquée par la laparotomie.

Enchondromes des doigts. — M. QUENU présente un enfant chez lequel il a opéré un enchondrome de l'annulaire par l'ouverture de l'articulation voisine de l'enchondrome et la résection de la partie atteinte.

Hystérectomie totale abdominale. — M. SCHWARTZ présente un énorme fibrome intra-ligamentaire suppuré à son centre, qu'il a enlevé en totalité par l'abdomen.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'anatomie topographique (1) de M. RUDINGER, professeur à l'Université de Munich. — Édition française, par Paul DELBET, interne des hôpitaux, aide d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris; avec une préface de M. le professeur LE DENTU.

Encore une anatomie! C'est le cri général des étudiants de seconde année qui ne savent où fixer leur choix au milieu des nombreux ouvrages qui ont paru successivement depuis quelque temps. Eh! oui, encore une anatomie. Mais celle-ci n'est pas faite pour prendre sa place au soleil au détriment de telle ou telle autre. C'est un livre « à côté » de ceux qui ont paru jusqu'ici. En effet, ce n'est point une description pure; non plus qu'une topographie avec application à la chirurgie, comme les traités de

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Richet ou de Tillaux. C'est une étude très simple de certaines régions, une anatomie topographique, en somme, sans un mot de chirurgie ou à peu près. Elle y gagne d'offrir, en quelques lignes, le résumé de plusieurs pages des traités plus volumineux. Si j'avais une comparaison à faire, je la rapprocherais de l'ouvrage de Sébileau, purement anatomique lui aussi, et trop connu pour que j'insiste.

Dans son ouvrage, Rudinger ne comprend pas toujours les régions comme il est d'usage de les comprendre en France. C'est son droit, la topographie renfermant toujours une grande part de convention. Mais cela ne gêne point; il est même possible que les idées de quelques-uns s'en trouvent élargies, par l'utile comparaison d'une description française déjà connue avec une description allemande nouvelle et quelque peu différente.

Il y a un reproche à faire à l'auteur, un vrai reproche : le nombre considérable de ses omissions. Très heureusement, le traducteur s'est donné la lourde tâche de rectifier, d'annoter, de comparer. L'original n'en souffre pas : toutes les annotations sont entre crochets; et le lecteur sait toujours qui prend la parole du traducteur ou de l'auteur. Je ne voudrais pas ici faire un trop gros compliment à M. Pierre Delbet, lequel peut-être ne me le pardonnerait qu'à demi. Mais ce qui intéresse le plus dans le livre, c'est le tour nouveau, l'allure nouvelle que lui donnent les notes partout répandues du traducteur. C'est de la science d'aujourd'hui, c'est la façon actuelle, 1893, de comprendre les régions, les places, les détails anatomiques. Il fallait cette mise au point pour que l'ouvrage traduit fût accepté d'emblée dans nos écoles. Il l'a, et c'est la raison de son si rapide succès.

Le livre est peu volumineux : 252 pages. Çà et là des figures, dont une grande partie tirées en couleurs. Beaucoup d'entre elles très belles, vraiment. Je ne sais quel sera l'avenir de cette nouvelle anatomie, dont on voit partout des exemplaires entre les mains des étudiants. Tout ce qu'il est possible d'en dire actuellement, c'est que le médecin sera bien aise de consulter un bon texte, accompagné de bonnes figures, quand il devra intervenir, bistouri en main, dans une région quelconque de l'individu. On appelle cela « repasser sa région ». Quant aux étudiants, qui n'hésitent pas à se bien munir par le temps des concours qui sévit aujourd'hui, personne n'a besoin, je crois, de leur recommander le nouvel ouvrage. Il se recommande tout seul, beaucoup par le texte et l'exposition très nette de l'auteur, plus encore par la laborieuse et savante façon dont il a été rajeuni par la traduction.

ARROU.

Le merveilleux scientifique (1), par J.-P. DURAND (de Gros).

L'auteur est, on peut le dire sans le fâcher, un inconnu pour le grand public médical. Ce n'est point, cependant, qu'il n'ait tout autant de titres que bien d'autres à une juste célébrité; car ses travaux sont originaux et dénotent une faculté de spéculation rare, secondée par une érudition solide. Il a été le premier, en France, à s'occuper scientifiquement d'hypnotisme, et a soulevé, dans ses divers mémoires, bien des questions dont on s'occupe aujourd'hui et que l'on tend à trancher dans le sens qu'il avait primitivement indiqué. Ainsi, notamment, pour sa conception des personnalités multiples. D'où vient donc son obscurité, que le prix Lallemand, que lui a décerné, en 1892, l'Académie des sciences, a en partie dissipée? M. Durand s'en prend un peu à tout le monde et accuse successivement la plupart des neurologistes et des philosophes de l'heure actuelle, de ne pas assez le citer et surtout de ne pas proclamer la priorité de ses travaux. Son livre est même un long plaidoyer pour son œuvre

Un des travaux antérieurs de M. Durand, le « Cours théorique et pratique de braidisme ou hypnotisme nerveux », est pour l'auteur une véritable Bible scientifique. M. Durand y trouve toutes les vérités que l'on a établies récemment dans le domaine du système nerveux et de la psychologie; et, ma foi, il en tire des citations qui sont assez curieuses. Mais ce travail rappelle un peu les efforts de ceux qui veulent voir dans des auteurs latins le pressentiment de la découverte de l'Amérique ou l'exposé de la théorie microbienne. A ce compte, il n'est pas un opuscule scientifique, publié dans la première moitié du siècle, qui ne contienne, plus ou moins explicitement décrites, les principales découvertes faites dans la seconde moitié. Car les idées nouvelles ont toujours une filiation. D'autre part, elles appartiennent rarement à un seul, et ce n'est pas toujours celui qui les précise et en poursuit l'application, qui les a exposées le premier. Elles flottent un peu partout, et le mérite de les saisir un instant et de les fixer dans un écrit sans successeurs est mince. L'homme qui doit bénéficier de leur gloire est le savant ou l'inventeur qui, avec une grande ténacité, a su découvrir les développements qui en assurent l'existence ou en a réalisé l'application pratique. L'un ou l'autre est bien le véritable père de l'idée, car sans lui elle demeurait à l'état de simple hypothèse et n'avait pas de vie assurée.

Ainsi M. Durand dit, ou à peu près, que l'École de la Salpêtrière n'a fait que s'assimiler ses découvertes en hypnologie. Mais toutes les expérimentations que Charcot et ses élèves ont établies pour prouver, confirmer, infirmer, rectifier les idées d'ordre un peu spéculatif qui se trouvent dans les mémoires de M. Durand, comme dans des écrits semblables du même temps ou publiés après eux, ne sont-elles rien? De même M. Durand avait soutenu, il y a plus de vingt ans, qu'il n'y avait pas un *moi*, mais plusieurs, et cela avant que Claude Bernard eût prononcé son discours de réception à l'Académie française et dit que l'homme était un composé de cerveaux inférieurs, avant que M. Ribot eût formulé cette vérité que la personnalité est une succession de *moi*, ayant que d'autres psychologues, parmi lesquels MM. Janet et Binet, eussent montré par des expériences assez probantes qu'il y avait dans l'esprit plusieurs consciences coexistantes. Eh bien, qu'est-ce que cela prouve? que tous ceux qui sont venus après M. Durand ne sont que des voleurs d'idées? Mais non; car, d'abord, elles ne sont pas les mêmes, bien que voisines. M. Durand parlait et parle encore d'âmes spinales, d'âmes ganglionnaires, d'âmes cérébrales, c'est-à-dire qu'il place, au-dessous de la conscience principale, d'autres consciences logées dans les différentes parties de l'axe cérébro-spinal. Or, Claude Bernard voyait surtout en physiologiste les groupes de cellules du système nerveux central qui formaient des centres moteurs sensitifs et végétatifs, ayant une certaine autonomie et une certaine vie intellectuelle. M. Ribot, prenant la question en psychologue, faisait surtout remarquer que l'idée du moi était une résultante de faits psychiques, se succédant continuellement dans le temps. Enfin, les derniers expérimentateurs montraient par l'étude de certains états normaux, la distraction, ou pathologiques, l'hystérie, que plusieurs consciences pouvaient coexister, se succéder et se remplacer dans ce tout complexe qu'on a appelé la personnalité. Mais, est-ce que toutes ces idées sont les mêmes et pareillement développées? Tout critique sérieux sera obligé de convenir qu'elles sont proches, mais ne sont pas identiques et qu'on ne peut dire que ceux qui les ont agitées se les sont mutuellement dérobées.

Mais je parais insister avec une certaine cruauté sur le cas de M. Durand, dont je suis pourtant très éloigné de vouloir diminuer le mérite. Je n'ai voulu que discuter la légitimité de ses revendications. Maintenant, je déclare de grand cœur, car c'est la vérité, qu'il a eu une véritable prescience dans bien des questions de psychologie, de neurologie et de sociologie, dont certaines ont été traitées par lui avec une compréhension élevée et un sens critique très sûr.

Comme le disait M. le professeur Brown-Séquard, dans son rapport sur ses travaux, c'est un penseur et un écrivain de grand mérite. Il ne lui a manqué qu'une situation officielle et un certain esprit de suite qui lui eussent permis de développer jusqu'au bout ses idées. Car des idées, il en a et il les exprime très bien; son livre est pour cela très intéressant et fait regretter de ne pas connaître les autres travaux. On pourrait lui reprocher d'être un peu trop raisonneur et de vouloir débrouiller les faits par des

(1) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, F. Alcan.

syllogismes, et aussi d'attacher trop d'importance à l'expression, au point de condamner presque une idée, parce que le mot qui la recouvre ne lui est pas exactement appropriée. Or, le mot importe peu au fond, et la plus belle parole n'a jamais valu une modeste expérience. E. TOULOUSE.

État mental des hystériques. Les accidents mentaux (1), par le docteur Pierre JANET.

Ce livre complète les travaux de l'auteur sur l'hystérie. On y trouve un essai d'explication psychologique des principaux troubles mentaux présentés par les malades atteints de cette névrose, et notamment des attaques, des somnambulismes et des délires. Il donne enfin une théorie générale de l'hystérie, de laquelle découlent des interprétations particulières pour chacun des phénomènes morbides qui constituent cette maladie. C'est elle donc qu'il faut discuter; car les deux livres de M. Janet n'en sont que les développements. La voici résumée.

L'hystérie est une maladie psychique, toutes ses manifestations ne sont que des symptômes d'un mauvais fonctionnement cérébral. Les hystériques ont un rétrécissement du champ de leur conscience et n'ont une conscience claire et d'ensemble que de peu de sensations, que de peu d'images, que de peu de souvenirs. Si, par exemple, dans certaines conditions, on leur parle pendant qu'ils écrivent, les mots qu'on leur dit n'entrent pas dans le champ de leur conscience principale et restent sur le seuil. La perception personnelle, qui ramène à un seul moi toutes les sensations actuelles et les souvenirs s'y rapportant recueillies dans la mémoire, ne les assimilera pas.

Ce défaut de synthèse psychologique laissera, ignorés par la personnalité principale, les images de ces mots, entendus cependant, et qui pourront faire partie d'un autre groupement psychique. Il en résultera des dédoublements de la mémoire et de la personnalité qui constitueront les somnambulismes. A un degré moins avancé, cet affaiblissement de la synthèse psychologique se manifestera par des anesthésies et des paralysies, qui sont des états de distraction prolongée, où des groupes de sensations ne sont pas perçus et où des représentations motrices sont oubliées.

D'autre part, certaines perceptions subconscientes peuvent jouer un grand rôle dans l'esprit de ces malades en déterminant des idées fixes, véritables parasites qui tendent à envahir le champ de la conscience principale; c'est ainsi que les attaques ne seraient, bien souvent, que des reproductions d'émotions survenues dans une existence seconde. Enfin, dans beaucoup d'autres symptômes secondaires, il ne faudrait voir que des phénomènes de réaction du système nerveux survenant dans ces séries d'émotions qui constituent en quelque sorte l'hystérie.

Mais retenons le caractère psychique qui, d'après M. Janet, est propre à l'hystérie. C'est une forme de désagrégation mentale, qui se manifeste par un défaut de synthèse, *une tendance au dédoublement de la personnalité* et à la formation de certaines idées parasites plus ou moins étrangères à la conscience principale. On ne saurait nier que c'est là une explication psychologique assez ingénieuse de bien des phénomènes hystériques; et, à ce point de vue, la définition peut convenir, comme le fait remarquer M. Janet, *toti definito.* Mais d'autres troubles morbides ne sont-ils pas plus ou moins justiciables de cette théorie? Est-ce que le dédoublement de la personnalité, par exemple, ne se rencontre pas dans bien d'autres maladies, où pourtant l'hystérie ne peut être mise en cause? Dans certains délires de persécution, chez certains mélancoliques, notamment. Et, parfois même, on rencontre dans ces cas une tendance durable au dédoublement de la personnalité, tout comme dans l'hystérie. M. Janet a prévu les objections et les a combattues; mais il faut avouer qu'il ne les a pas détruites. Il n'a pas insisté notamment sur l'épilepsie; et, cependant, quoi de plus proche de l'hystérie que cette névrose, au moins relativement à la question en litige? Est-ce qu'il n'existe pas dans le mal comitial une tendance permanente au dédoublement de la personnalité? M. Janet déclare ne pas avoir observé d'automatisme ambulatoire épileptique et esquive ainsi la discussion. Mais ce symptôme a des équivalents tout à fait banals dans l'histoire des épileptiques. Il est fréquent que, soit après un accès, soit en dehors des attaques, les comitiaux se livrent à des actes plus ou moins compliqués, de durée plus ou moins longue, et dont ils ne gardent pas le souvenir, ou, du moins, qu'on n'a pas su jusqu'à ce jour faire réapparaître. N'y a-t-il pas dans ces états psychiques une personnalité, dont le souvenir est ou paraît perdu et ne se relie pas à la conscience principale? C'est-à-dire n'est-ce pas là un dédoublement de la personnalité?

Mais M. Janet, qui étend singulièrement le champ de l'hystérie, pourrait répondre que, puisqu'il en est ainsi, l'épilepsie doit rentrer dans le même groupe morbide que celle-là. En cela, il n'aurait point été d'une hardiesse d'idée trop imprudente. Car, tout au moins à son point de vue, au point de vue psychologique, l'épilepsie est très voisine de l'hystérie. Ses attaques ne pourraient-elles pas, en effet, être interprétées comme des reproductions d'émotions? Ne présente-t-elle pas aussi des dédoublements de la personnalité, des troubles de la sensibilité, des impulsions, des obsessions? Mais M. Janet n'a pas osé aller jusque-là, tandis qu'il a fait rentrer sans hésitations dans l'hystérie, les *psychasthénies*, c'est-à-dire les états mentaux des dégénérés, des obsédés, des impulsifs. Si une certaine aboulie, une certaine tendance au dédoublement de la personnalité, à la distraction permanente, sont des symptômes d'hystérie, il faut s'apprêter à ranger sous ce chef la plupart des aliénations mentales, où ces troubles sont à peu près constants. Le mot hystérie deviendrait ainsi l'équivalent d'état mental morbide, non normal. Il faut avouer que ce serait lui prêter des limites un peu trop vagues.

Toutefois, il faut avouer que M. Janet a eu le mérite de poursuivre une étude fouillée et tenace dans ce champ pathogénique si obscur de la névrose hystérique. Sa théorie est celle d'un psychologue. Certains médecins s'effaroucheront peut-être qu'elle néglige complètement les phénomènes physiologiques; mais à tort certainement. Car les questions ont toujours plusieurs aspects. Le problème de l'hystérie pouvait être envisagé sous diverses faces, et aussi sous sa face psychologique.

Est-ce à dire qu'en acceptant les conclusions de M. Janet on fait table rase de toutes les recherches purement médicales, faites antérieurement sur les mêmes sujets? Mais il n'est pas question de cela. L'hystérie reste toujours une maladie, dont il est nécessaire de rechercher les manifestations somatiques. Quand ses conditions physiques seront bien connues, on essayera de la définir autrement. En attendant, M. Janet a essayé de systématiser tous les phénomènes si disparates que cette névrose présente, et cela dans une conception purement psychologique. Comme il le dit lui-même, il n'a fait qu'une définition d'attente, un groupement provisoire des symptômes. Ajoutons qu'en étudiant les faits pathologiques sous un aspect nouveau et avec des méthodes quelque peu étrangères à la médecine, il a montré leurs rapports peu soupçonnés avec d'autres analogues. Les personnes qui ne sont pas d'un métier ont souvent des idées plus originales que les gens de la partie. E. T.

(1) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 22. — MARDI 20 FÉVRIER 1894. 67e ANNÉE. MARDI 20 FÉVRIER 1894. — N° 22.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 février 1894.

Devant la progression sans cesse croissante des dépenses, devant la mauvaise gestion des fonds qui sont confiés à l'administration de l'Assistance publique, le Conseil municipal de Paris s'est ému ; plusieurs séances ont été consacrées à la discussion du budget des pauvres, dont 21 millions sont annuellement fournis par la ville de Paris. Un conseiller municipal, des plus autorisés et des plus compétents, a saisi, la semaine dernière, le Conseil supérieur de l'Assistance publique en France, d'une série de questions d'une grande importance.

Nous ne nous arrêterons pas sur les critiques qui ont trait à la gestion des finances de l'Assistance publique à Paris. Elles ne sont que trop justifiées. La politique est à l'Assistance publique la grande maîtresse qui fait et défait les nominations. Les qualités administratives viennent en dernière ligne lorsqu'il s'agit d'apprécier les titres d'un administrateur. Ce sont les relations personnelles et la faveur seule qui décident. Puis, quand l'expérience est faite, on s'étonne que tout va de mal en pis, que les dépenses et les recettes ne s'équilibrent plus, qu'il y a de tous côtés un relâchement et un laisser-aller, qu'on ne trouve nulle part ailleurs à un degré aussi fort. On croit trouver le remède à l'état des choses actuel, en proposant des réformes dans la composition du Conseil de surveillance. Le Conseil municipal composera le tiers des membres du Conseil de surveillance. On y ajoutera un accoucheur des hôpitaux, des médecins du bureau de bienfaisance, des représentants des œuvres de charité privée, des ouvriers désignés par les conseils de prud'hommes. Tout cela est logique et est la conséquence de la mauvaise gestion actuelle. Mais, à vrai dire, qu'il y ait plus ou moins de membres dans le Conseil de surveillance, la surveillance ne sera pas meilleure et les procédés administratifs ne seront pas modifiés. Aussi laissons de côté ce qui touche l'administration, pour ne nous occuper que de ce qui intéresse le corps médical des hôpitaux.

Parmi les réformes proposées, l'une d'elles a trait à la « réinvestiture » des membres du corps médical des hôpitaux. Les médecins, chirurgiens et accoucheurs ne seraient plus désormais nommés que pour cinq années et ne seraient, au bout de ce temps, réinvestis que si l'administration les en jugeait dignes, par le zèle et le dévouement qu'ils auraient déployés dans l'accomplissement de leurs fonctions. Nous savons bien, qu'en demandant ce retour de la réinvestiture, on crie très haut que ce ne sera là qu'une arme exceptionnelle, dont on n'aura jamais ou presque jamais à se servir. Mais, il n'en est pas moins vrai qu'une fois le fait admis, le corps médical des hôpitaux tombe en tutelle et que ses destinées sont soumises au bon plaisir et aux caprices d'une administration dont la politique seule tient les rênes.

Pourquoi exhumer cette réinvestiture *qui n'a jamais été utilisée*, bien qu'elle ait été admise par les règlements en vigueur de 1829 à 1849? Est-ce que le corps médical a diminué de zèle et de dévouement ? N'est-il plus à la hauteur de sa tâche ? Contient-il des membres indignes dont il est urgent de débarrasser les hôpitaux ?

C'est ce que l'on dit en haut lieu ; c'est ce qui se répète dans le public médical et extra-médical. On prétend que nombre de médecins et chirurgiens des hôpitaux ne font plus leur service ; que leur inexactitude est devenue légendaire ; que leur titre n'est plus qu'une amorce pour la clientèle ; qu'ils ne remplissent plus les fonctions pour lesquelles ils ont été nommés, les laissant à des sous-ordres de leur choix. Actuellement, ces suppléants, ces assistants sont encore pris, en majorité du moins, parmi les médecins ou chirurgiens du Bureau central ; mais quelques-uns sont simplement d'anciens internes, ne concourant même pas au Bureau central ; demain ce seront des médecins amis, que le titulaire du service appellera pour le suppléer. Que l'on ne se récrie point, il n'y a plus qu'un pas à franchir pour que la chose existe.

Les médecins et chirurgiens titulaires considèrent leur service comme un fief, dont ils ont la libre direction ; ils s'absentent des mois, des années, sans prendre de congé, donnant à tel ou tel de leurs élèves ou amis, le soin de veiller sur les malades. Et l'on s'étonne, après cela, qu'une réaction se produise ? Le seul fait qui étonne, c'est qu'elle ne se soit pas produite plus tôt. On parle du gâchis dans les finances, il n'est rien à côté du gâchis qui existe dans la direction du service de santé. En réalité, tout ceci tient à la même cause, il y a des règlements et on ne les applique point ; on laisse faire, et les choses en sont venues à ce point que l'indépendance et le bon renom du corps médical des hôpitaux sont menacés.

Point n'est besoin de réinvestiture, de nomination provisoire, il est besoin d'un administrateur qui administre, qui rappelle les délinquants au respect du règlement, qui les mande à la barre du Conseil de surveillance, qui les blâme, les suspende et même les révoque, puisque la révocation est prévue par les règlements. Mais pour en arriver là, il faut une série de fautes répétées, et la révocation ne saurait être que la juste punition d'irrégularités graves et de manquement au devoir. La réinvestiture est plus brutale, elle ne se justifie point. La victime n'a pas à protester, on n'a pas de raison à lui donner. Nommé pour cinq ans, le titulaire n'est plus réinvesti, c'est simple, c'est commode; c'en est fait de la dignité de ce corps des hôpitaux qui, depuis tant d'années, a mérité le respect et l'estime de tous.

Comment cette réinvestiture sera-t-elle appliquée? Qui frapperait-elle à l'occasion?

Nous n'avons, pour répondre à cette question, qu'à parcourir la liste de ces « irréguliers », dont l'inexactitude est actuellement signalée au Conseil. Nous n'y trouvons aucun des gros bonnets de l'irrégularité; ceux-là qui connaissent à peine le chemin de leur service, ne voient point leurs noms cités. La réinvestiture ne les atteindrait pas non plus.

La vraie réforme, et elle est urgente, c'est de se dire qu'une administration réclame des administrateurs, que des règlements sont quelquefois faits pour être suivis et appliqués. Que les médecins et chirurgiens des hôpitaux se ressaisissent, il en est temps encore, mais s'ils entendaient ce qui se dit autour d'eux et en dehors d'eux, ils auraient conscience du danger qui les menace, et d'eux-mêmes, en conseil de famille, ils rappelleraient au droit chemin ceux qui compromettent le bon renom de la corporation.

A la Société médicale des hôpitaux (16 février), M. Hervieux a lu une note intéressante sur les rapports de la variole et de la vaccine, à propos du travail présenté par M. Juhel-Rénoy dans la dernière séance. Se plaçant exclusivement au point de vue clinique, l'auteur qui dirige, depuis longtemps, le service vaccinal à l'Académie de médecine, se range nettement parmi les dualistes.

Il insiste sur les différences cliniques si tranchées qui séparent la variole de la vaccine; la première très inégale, très variable dans ses formes; la seconde, au contraire, toujours égale à elle-même. Lorsqu'il y a des accidents, des anomalies de la vaccine, cela tient, non à la vaccine elle-même, mais au terrain sur lequel elle est implantée ou à quelque élément surajouté.

La variole inoculée aux bovidés ne paraît pas à M. Hervieux pouvoir donner de la vaccine vraie; elle donnerait de la variole atténuée, et c'est de la variole atténuée qu'auraient inoculée Fischer, Haccuis, Eternod et les autres.

Or, les recherches faites, depuis les travaux de Pasteur, sur l'atténuation des virus, prouvent qu'un virus atténué peut toujours, accidentellement, reprendre sa malignité première. S'il est trop atténué il cesse de conférer l'immunité, s'il est assez actif pour la conférer il peut toujours devenir dangereux. En se servant du prétendu vaccin obtenu par l'inoculation de la variole aux génisses, on ne ferait donc qu'une variolisation impuissante au point de vue de la préservation ou dangereuse par elle-même.

M. Chantemesse, se plaçant sur le terrain purement expérimental, déclare que les expériences de MM. Juhel-Rénoy et Dupuy ont été faites sur un nombre trop restreint d'animaux pour être concluantes. Les succès obtenus à l'institut de Carlsruhe et en Suisse peuvent tenir à la race et à l'âge des animaux inoculés.

M. Antony (du Val-de-Grâce), citant sa propre expérience sur le lapin, déclare également qu'il faut avoir fait un grand nombre d'essais avant d'être certain que la vaccine ou la variole ne sont pas inoculables à un animal donné. Ce n'est qu'à son *cinquantième* lapin qu'il a obtenu, chez ce rongeur, une inoculation positive de la vaccine, susceptible d'être inoculée en série, à des génisses.

M. Juhel-Rénoy répond qu'à Carlsruhe, Fischer a réussi dès sa première inoculation de la variole à la génisse; que M. Dupuy et lui ont expérimenté sur six bovidés, en se plaçant dans les meilleures conditions pour la réussite, mais en évitant soigneusement toute espèce de contamination vaccinale. Il est persuadé que les résultats positifs du transport apparent de la variole de l'homme aux génisses et son retour sous forme de vaccine de la génisse à l'homme, tient tout simplement à ce que, ces recherches ayant été faites dans des instituts vaccinaux, on n'a pas su se mettre à l'abri d'une inoculation vaccinale accidentelle.

Nous avouons n'être convaincu ni par les raisons cliniques invoquées par M. Hervieux, ni par les expériences négatives, en nombre trop restreint, de MM. Juhel-Rénoy et Dupuy (six animaux). Il serait bien extraordinaire que des expérimentateurs, prévenus du grand reproche fait par M. Chauveau et la commission lyonnaise à ceux qui les avaient précédés dans cet ordre de recherches, n'eussent pas pris les précautions voulues pour se mettre à l'abri d'une contamination involontaire par le vaccin. C'est bien la variole qu'on a donnée quand les inoculations ont été faites de la génisse à l'homme à la seconde ou à la troisième génération; mais à des générations ultérieures, au contraire, on a obtenu des pustules vaccinales typiques transmissibles sous la même forme de l'homme à la génisse.

Nous n'avons pas d'opinion arrêtée, mais malgré les arguments fournis dans cette récente discussion, c'est encore vers l'unicité que nous penchons. Il y aurait lieu, comme l'a demandé M. Chantemesse, de nommer une commission chargée de faire, en se plaçant dans des conditions parfaites, irréprochables, des expériences assez nombreuses pour que la question soit définitivement tranchée. Cela en vaut la peine; si, par le transport du virus de la variole de l'homme à la génisse et la culture en série, on n'avait jamais qu'une variole atténuée qui pourrait ou bien ne donner qu'une immunisation incertaine, ou bien produire de temps à autre des cas graves de variole, il y aurait lieu de condamner à jamais cette méthode. Si, au contraire, on obtient par elle de la vaccine légitime, en quelque sorte revivifiée, susceptible d'être obtenue à volonté, il faut le savoir et utiliser cette source de vaccin incessamment régénéré.

M. Catrin fait une intéressante communication sur l'orchite ourlienne. Au cours d'une épidémie qui a régné récemment parmi les soldats de la garnison de Paris, il a constaté l'orchite 43 fois, soit 1 fois sur 3,7.

L'épididymite s'est montrée beaucoup plus souvent qu'il n'est classique de l'admettre.

L'orchite a été beaucoup plus fréquente chez les hommes qui avaient continué leur service après le début des oreillons et chez ceux qui l'avaient repris trop tôt à la convalescence; le repos est la meilleure façon d'éviter cette complication.

M. Chantemesse présente une dame âgée de soixante-quinze ans qu'il considère comme atteinte d'une forme fruste de myxœdème. Les troubles cérébraux qu'elle présentait ont été très atténués par des injections de suc glycériné de corps thyroïde. Il a fait des expériences sur le mouton avec ce même suc; à partir de 18 à 20 centimètres cubes, cet animal très excité brisait tout dans sa stalle.

Il semble donc évident que le corps thyroïde renferme un principe des plus actifs, capable de provoquer des accidents sérieux, mais capable aussi de produire des effets utiles dans le myxœdème. Pourquoi ne chercherait-on pas à l'utiliser dans d'autres maladies?

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Le problème de l'assistance des aliénés (1).

Par le docteur Édouard Toulouse,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

II

Placement dans les familles. — L'assistance familiale, appliquée aux malades de l'esprit, compte des défenseurs bruyants et des détracteurs systématiques. Pratiquée depuis longtemps dans certains pays étrangers, elle a rencontré, en France, une opposition qui semble aujourd'hui s'apaiser. Dans une courte Revue que l'année dernière je publiais ici même, sur les colonies d'aliénés (2), je mettais surtout en lumière les arguments des opposants, sans avoir moi-même une opinion bien arrêtée. La création d'une colonie à Dun-sur-Auron, sur laquelle je m'étendrai tout à l'heure, et dont il était alors question, sans qu'on connût exactement la façon dont elle devait être organisée, paraissait une tentative hardie et même quelque peu aventureuse. L'événement semble devoir donner tort aux mauvais pronostics. D'autre part, je suis allé visiter la colonie de Gheel, et je crois qu'on est obligé d'admettre que le système préconisé, s'il n'est pas exempt d'inconvénients, a des avantages sérieux qu'il est juste de reconnaître.

L'assistance familiale réalise l'isolement de l'aliéné, sans recourir à la dure nécessité de la séquestration. Le malade, placé chez des étrangers, se trouve dans des conditions qui se rapprochent de celles de son existence antérieure. Il vit en quelque sorte en liberté, et l'influence démoralisatrice de la discipline des grands asiles est remplacée par cette autre, toute réconfortante, du labeur des gens du dehors. Le malade partage la vie et quelquefois le travail de ses hôtes, se fait d'eux une nouvelle famille, qui remplace celle perdue, et reprend goût à la vie dans un milieu nouveau, mais point entièrement différent du sien. Il se sent à peine surveillé et a ainsi l'illusion d'une liberté complète, qui le réconforte dans son exil. Il peut croire faire une simple villégiature nécessaire au rétablissement de ses forces morales. D'autre part, ce contact d'aliénés avec le grand public répand peu à peu des idées plus justes sur ce qu'est le plus souvent un aliéné. On comprend que les fous le sont moins que les profanes ne se l'imaginent; et le préjugé, si funeste aux intérêts des malades et de leur famille, s'atténue ainsi peu à peu.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 177.

(2) Toulouse. Les colonies d'aliénés, *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 268.

Au point de vue financier, l'assistance familiale offre des avantages considérables, qu'il ne faut pourtant pas exagérer. Car, dans certains asiles, à Gand (1) notamment, le prix de journée est inférieur à celui d'une catégorie de malades placés chez des nourriciers de Gheel. L'établissement une fois existant et aménagé, il est plus facile, à prix égal, de procurer un plus grand bien-être à plusieurs centaines de malades formant une collectivité que s'ils sont dispersés dans autant de familles différentes. Cependant, les frais de construction et d'installation des asiles sont tellement considérables qu'on doit prendre en considération un système d'assistance qui permet de les éviter. Mais l'économie ne doit pas être le seul but à atteindre; il y a même là un écueil à éviter. Il ne faut pas que, sous prétexte de soulager les budgets départementaux, on arrache des malades à leurs établissements confortables, pour les placer dans de pires conditions matérielles.

Les inconvénients reprochés au système du placement familial sont assez nombreux. On a beaucoup écrit sur les mauvaises conditions matérielles dans lesquelles étaient, en certains pays, les aliénés placés chez les étrangers. Mais on pourrait dire que les malades étaient traités au dehors comme dans les asiles, selon les idées plus ou moins généreuses qui inspiraient l'Assistance publique aux diverses époques. Les chaînes ont disparu des maisons privées de Gheel, comme des cellules des établissements publics; et le bien-être est allé en augmentant, chez les particuliers comme dans les hôpitaux. On constate de temps à autre des grossesses chez des aliénées placées à domicile. Ce sont là des faits très graves. Mais ces accidents, tout regrettables qu'ils soient, ne doivent pas faire condamner un système d'assistance, s'il est utile à un nombre considérable d'aliénés. Que l'on prenne des mesures de protection plus grandes encore que par le passé, et que l'on édicte des peines encore plus sévères pour punir les coupables de ces méfaits; mais on ne peut cependant supprimer la liberté des autres aliénés, pas plus qu'on ne songe à enfermer toutes les filles mineures, parce que quelques-unes sont parfois débauchées. Les suicides et les homicides sont aussi excessivement rares. A Gheel, depuis le meurtre du bourgmestre de la commune, survenu il y a déjà longtemps, aucun homicide n'a été commis par un aliéné. Le meilleur moyen d'éviter le retour de ces accidents, c'est la surveillance exercée de près par les médecins. Des inspections fréquentes les éclairent sur les idées délirantes et les tendances de leurs malades; et la présence d'une infirmerie centrale permet la réintégration des aliénés suspects.

Le placement des aliénés à domicile comprend plusieurs modes. Le premier, celui qui paraît le plus naturel, consiste à laisser le malade dans sa propre famille. Comme le fait remarquer M. le docteur Bourneville (2), c'est un système vraiment démocratique. Quoi de plus juste et de plus humain, en effet, que de conserver à l'aliéné son foyer et les siens, en aidant pécuniairement ses parents! Malheureusement, ce procédé présente, dans la pratique, des inconvénients graves. Un des premiers est de laisser le malade justement dans le milieu où la folie l'a atteint, et où,

(1) A l'asile de Gand, le prix de journée des malades est de 96 centimes. A Gheel, il est de 84, 94 et 99 centimes, selon la catégorie. (Féré. Ouvr. cité, p. 23.)

(2) Bourneville. *Arch. de neurol.*, 1892, t. XXIV, p. 301.

par conséquent, les mêmes causes de dérangement intellectuel peuvent agir sur son esprit. Ensuite les parents, on le sait, sont généralement de mauvais gardiens; ils ont rarement la force de volonté et le sang-froid nécessaires pour soigner leur malade d'une façon raisonnable. Parfois ils sont très pauvres, et il est à craindre que le secours destiné à l'aliéné serve à d'autres usages et ne contribue pas à l'amélioration des conditions matérielles de ce dernier. Enfin, ils ne sont pas toujours les gardiens les plus affectueux. Beaucoup de séquestrations illégales signalées ont eu lieu dans les familles mêmes des malades ou par leur volonté (1). Il faut donc être circonspect et n'étendre l'assistance au domicile même du malade que lorsque l'état de l'aliéné ne nécessite pas son isolement et que les conditions de bien-être et les dispositions morales des parents le permettent.

Que le malade soit laissé à son foyer ou placé chez des personnes étrangères, le mode d'assistance est toujours le même. C'est le traitement familial, qui comprend deux formes, selon que les aliénés sont dispersés dans diverses localités plus ou moins éloignées ou, au contraire, réunis en une agglomération qui constitue une colonie. Deux pays ont donné leur nom à ces deux systèmes d'assistance : l'Écosse au premier et la Belgique au second. Étudier l'organisation du traitement des aliénés à domicile dans chacun de ces États, c'est passer en revue les essais les plus sérieux et les résultats les plus sûrs, qu'on a tentés et obtenus dans cette voie (2).

Le placement des aliénés dans les familles, sans groupement colonial, est pratiqué en Écosse depuis près d'un demi-siècle. C'est le *private dwelling system*. Le chiffre des placements familiaux s'est accru dans ces dernières années, il a atteint 1998 pour la décade 1880-1890. Les maisons privées reçoivent actuellement le cinquième des aliénés de l'Écosse. Mais cette proportion est plutôt un minimum, car beaucoup de fous tranquilles, n'étant pas soumis aux inspections, ne figurent pas dans les statistiques établies, et ces derniers sont en nombre considérable. La proportion des placements familiaux, relativement aux différentes hospitalisations, varie selon les localités, c'est-à-dire selon les opinions des inspecteurs et des médecins d'asiles; elle atteint, dans certains comtés du Nord (Shetlands et Orknays) 58,51 et même 92,98 p. 100. Ces chiffres ont leur signification. Ils prouvent qu'une bonne partie des aliénés peut être traitée sans inconvénient dans les familles. Ce mode d'assistance est d'ailleurs très populaire en Écosse; et, dans ces dernières années, beaucoup de malades aisés y ont été soumis. Jadis, les aliénés étaient, en général, laissés dans leurs propres familles; ainsi, en 1864, les 4/5 des malades placés hors l'asile étaient dans ces conditions. Aujourd'hui, l'assistance dans les foyers étrangers paraît plus en faveur. Les malades assistés de cette manière étaient d'abord des chroniques, des incurables, des déments. Mais, dans ces derniers temps, on a tenté d'étendre ce mode d'assistance à des aliénés plus actifs et plus délirants.

Les aliénés placés dans les familles, en Écosse, se divisent en deux groupes : les uns sortent d'un asile, les autres n'ont jamais été traités dans un établissement de ce genre. Tous, à part quelques exceptions définies par la loi, sont soumis à des inspections périodiques, médicales et administratives.

Les malades sont placés dans une maison étrangère par une ordonnance du shérif ou une autorisation du *Board in Lunacy*. Les nourriciers ne peuvent obtenir jamais plus de quatre malades. Leurs hôtes leur sont retirés s'ils se trouvent dans des conditions matérielles défectueuses, s'ils ne sont pas bien traités, ou si leur état mental rend nécessaire leur envoi dans un asile. L'indemnité que ces nourriciers reçoivent est fixée par les inspecteurs. Elle est, en général, de 6 à 7 shillings par semaine, ce qui porte le prix de journée du malade à 1 fr. 25 c. et même à 1 franc, au lieu de 1 fr. 80 (asiles royaux). En général, les nourriciers sont choisis parmi les cultivateurs; mais, lorsque l'aliéné a un métier, on le place chez un gardien qui exerce sa profession. De la sorte, pouvant se rendre utile, il n'en est que mieux soigné. Parfois, il se fait embaucher pour un travail plus rémunérateur, ce qui lui procure quelques petits bénéfices.

Les malades placés dans les familles sont, en général, satisfaits de leur sort. La menace du retour dans un asile aurait, bien des fois, suffi, paraît-il, à amener une meilleure conduite de certains aliénés indisciplinés. Les évasions ne sont guère plus fréquentes que dans les établissements fermés; et comme il s'agit, en général, de malades inoffensifs, le danger pour la sécurité publique est nul. Les accidents sexuels sont des plus rares. D'autre part, les habitants n'ont rien à craindre des malades qu'on leur donne et qui, la plupart, peuvent facilement être maîtrisés, en cas d'excitation, par des personnes d'une force peu développée. C'est une erreur de croire que les aliénés sont capables de grands efforts, soutenus en vue d'une action bien déterminée. Leur puissance musculaire volontaire est constamment au-dessous de la moyenne, ainsi que je l'ai constaté dans des expériences faites récemment (1). Leur énergie est faible, ils ne savent pas vouloir. Et lorsqu'ils deviennent violents, leurs efforts, même quand ils sont considérables, ne sont nullement coordonnés; aussi, des gens beaucoup plus faibles qu'eux peuvent s'en rendre maîtres. Les gardiens connaissent bien, en général, cette infériorité des malades, qu'ils ne redoutent plus après quelque temps de vie en commun.

Un inconvénient que présente le système écossais, c'est de ne pas grouper les familles des nourriciers autour d'un centre pourvu d'une infirmerie, condition qui se trouve réalisée dans la colonie d'aliénés. Tantôt cette dernière est annexée à un asile, et c'est ce qui a lieu en Allemagne; mais alors l'organisation est des plus simples et ne mérite pas ici une description particulière. Tantôt, au contraire, la colonie est autonome et possède généralement un petit établissement hospitalier, dont elle reçoit les malades, et auquel elle les renvoie en cas de nécessité. Ce système, qui est florissant en Belgique, et qu'on tente en ce moment d'implanter chez nous, paraît offrir des garanties de surveillance plus grandes que le système des placements familiaux isolés.

La plus célèbre et la plus florissante des colonies d'aliénés est, sans contredit, celle de Gheel (en Belgique). Son

(1) Parant. De la séquestration des aliénés dans leur famille, *Ann. méd.-psychol.*, 1884, t. XI, p. 390.

(2) On peut consulter avec fruit deux livres récents, le premier de M. Féré (*Le traitement des aliénés dans les familles*), le second de M. Marie (*L'assistance des aliénés en Écosse*), qui contiennent sur ces deux questions des renseignements intéressants où j'ai puisé.

(1) Toulouse. Recherches dynamométriques chez les aliénés, communication à la Soc. de biol., séance du 3 juin 1893.

organisation étant très connue et ayant été exposée ici même, l'année dernière, dans une de mes Revues (1), je me contenterai d'en donner un bref résumé. La petite ville de Gheel possédait, au moyen âge, une église dévouée à sainte Dymphne, à laquelle la légende attribuait la guérison des aliénés. Des pèlerinages nombreux y amenaient des fous, qui étaient laissés chez les habitants, afin de leur permettre d'assister à plusieurs cérémonies religieuses. Ce fut là, dit-on, l'origine de la colonie. Celle-ci occupe actuellement une superficie de plus de 10000 hectares, c'est-à-dire le territoire de la commune de Gheel, qui compte une agglomération principale de 5000 habitants et 22 villages environnants, peuplés par environ un millier de personnes. Le nombre des aliénés est actuellement de 1800.

Au commencement du siècle, et lorsque Esquirol la visita, Gheel ne possédait aucun hôpital où l'on pût observer les malades avant de les placer dans les familles. Aujourd'hui, une infirmerie a été construite sur le type de l'hospice Guislain, à Gand. Elle contient actuellement environ 100 lits, destinés à recevoir les malades nouvellement arrivés, et qui sont étudiés au moins durant cinq jours avant d'être confiés à des familles. Elle est ouverte aussi aux aliénés atteints d'une affection intercurrente, ceux qui refusent de manger et qu'il faut alimenter à la sonde œsophagienne, les excités et enfin ceux qui se sont livrés à des excès alcooliques. Cette infirmerie a donc un rôle très important. Elle est aménagée comme un petit asile et divisée en quartiers. Le docteur Peeters (2) la dirige avec un zèle éclairé.

Les nourriciers ne peuvent avoir plus de deux pensionnaires du même sexe. On leur accorde une indemnité qui varie avec l'état du malade, et qui est entre 60 et 75 centimes. Si l'on ajoute à cette indemnité ce que coûte l'aliéné pour ses vêtements, les soins médicaux et de surveillance, on a un prix de journée variant entre 84 et 99 centimes. La chambre où couche le malade a nécessairement 2m50 de hauteur, 2 mètres de largeur et 3 mètres de longueur; la nourriture doit être la même que celle du nourricier. Les effets sont fournis par l'administration. Les aliénés aident aux travaux du ménage et surveillent les enfants de la maison. Le travail n'est pas obligatoire, mais il est pour le malade une source de bénéfices minimes.

L'impression que Gheel a donnée aux visiteurs étrangers a beaucoup varié. Les uns sont revenus enthousiastes, les autres désillusionnés. Actuellement, la majorité des médecins qui retournent de ce pèlerinage scientifique paraissent satisfaits. Je suis resté trop peu de temps dans le pays pour me faire une opinion bien fondée sur la valeur de ce système particulier d'assistance. Toutefois, j'ai été favorablement impressionné. Les maisons que j'ai visitées sont propres et bien tenues. Les aliénés semblent se plaire chez leurs hôtes et apprécier fort la liberté dont ils jouissent. Il paraîtrait que la grande majorité préfèrent vivre dans des familles de paysans, où le confortable est parfois modeste, que dans les établissements publics, où cependant la vie matérielle est plus large. C'est l'essentiel, car l'opinion des aliénés sur leur sort n'est pas négligeable; elle compte bien un peu dans la question. On est étonné de voir comment tous ces malades, dont quelques-uns sont très délirants, et d'autres demandant une surveillance sérieuse à cause de leurs mauvais instincts, comment tous vont, circulent, vivent de la vie de tous, au milieu des gens de Gheel. Les évasions sont rares et les évadés vite rattrapés; les agressions contre les personnes exceptionnelles. Le spectacle de Gheel est certainement encourageant pour le système de l'assistance familiale. On voit que ce système est pratique, réalisable, et offre des avantages qu'apprécient les premiers ceux qui y sont soumis. Mais il demande une surveillance constante des médecins et des gardiens auprès des nourriciers, pour que les aliénés aient le maximum de confortable exigé par le contrat.

Les heureux résultats obtenus à Gheel ont engagé le gouvernement belge à créer une nouvelle colonie à Lierneux. Elle a été inaugurée le 19 avril 1884. Vingt mois après, le 31 décembre 1885, elle avait 109 aliénés, et au 31 décembre 1886, ce nombre avait augmenté de moitié. L'organisation est en tous points analogue à celle de Gheel. Aussi, je ne m'étendrai pas sur elle, préférant dire quelques mots sur notre colonie française de Dun-sur-Auron.

Dès avant 1870, l'administration du département de la Seine avait eu l'idée d'établir une colonie pour les malheureux atteints de maladies chroniques, mentales et nerveuses; mais la guerre emporta ce projet, qui fut repris par le Conseil général en 1891. M. le docteur Deschamps, président de la troisième commission de cette assemblée, fit un rapport concluant à l'établissement d'une colonie de déments séniles. L'Administration chargea M. le docteur Marie d'organiser cette colonie, et le 17 décembre 1892 commençaient les premiers transférements. Il y a donc plus d'un an que cette colonie fonctionne; aussi, est-il intéressant de savoir les résultats obtenus. Mon ami, M. le docteur Marie, a bien voulu me communiquer des renseignements sur les observations qu'il a faites au cours de son administration.

Dun-sur-Auron est une commune du Cher; les habitants sont pauvres, la vie y est à bon marché. Au centre de la commune a été installée une infirmerie qui sert aux mêmes usages que celle de Gheel. Elle est un quartier d'observation pour les nouveaux arrivants et un hospice pour les maladies intercurrentes. Avant d'être envoyés à Dun, les aliénés, déjà choisis par les chefs de service des asiles de la Seine, passent dans la division de M. le docteur Bouchereau, à Sainte-Anne, qui est chargé de les étudier durant quelque temps avant de les faire partir dans le Cher. Ce séjour à Sainte-Anne, sous l'observation d'un médecin expérimenté et prudent, est une des meilleures garanties de succès. Les aliénés qui doivent être transférés à Dun, sont donc soumis à une triple sélection, opérée d'abord par le chef du service où ils se trouvent primitivement, ensuite par M. le docteur Bouchereau à Sainte-Anne, et enfin par le médecin de la colonie de Dun, qui peut, si l'état du malade s'est transformé, le faire interner dans un asile voisin ou le retourner dans un des établissements de la Seine. Ce mode de fonctionnement empêche toute méprise et toute erreur.

Durant le premier trimestre de l'année 1893, 82 malades ont été évacués dans le Cher; mais 9 aliénés ayant été réintégrés, le nombre, au 10 juillet, était de 73 malades (65 femmes et 8 hommes). Une convention avec l'asile de Bourges, situé à une heure de Dun-sur-Auron, permet de réinterner presque sans frais les malades qui ne peuvent pas ou plus bénéficier du traitement familial. Le personnel

(1) Toulouse. Revue de méd. ment., *Gaz. des hôpit.*, ouvr. cité.

(2) Je saisis cette occasion pour remercier ici M. le docteur Peeters pour la bonne grâce avec laquelle il m'a montré son intéressant service. Que M. le docteur Cuisenaire veuille bien aussi agréer mes remerciements pour son amabilité et la peine qu'il a prise en me montrant le village de Gheel.

est des plus réduits : un médecin, un commis aux écritures et un ménage d'infirmiers, dont le mari est surveillant et la femme s'occupe de la lingerie et du vestiaire et prépare les repas pour les malades de passage à l'infirmerie.

Les premiers transférés à Dun devant être, d'après les instructions ministérielles, des déments séniles, étaient âgés de plus de cinquante ans. Leur état de tranquillité habituelle a fait tomber les préjugés qui pouvaient exister dans la population, de telle sorte que la liste des nourriciers, qui était primitivement de 40, atteint maintenant le chiffre de 100, et que les demandes affluent sans cesse. Les gardiens sont désignés par la municipalité, au point de vue de la moralité, et choisis par le médecin, sous le rapport de l'installation matérielle et aussi du caractère et de la profession. Les malades partagent les aliments des nourriciers, qui doivent fournir par semaine un litre de vin, de la viande fraîche à quatre repas; le laitage, les œufs et les légumes frais constituent le fond du régime. Ils sont habillés par l'Administration, qui s'attache à leur fournir des effets peu différents de ceux des habitants, afin d'éviter une curiosité désagréable au malade.

Les nourriciers doivent promener leurs pensionnaires et ne pas les abandonner sur la voie publique, sous peine de se les voir reprendre. Jusqu'à présent, la plupart se sont bien comportés. D'ailleurs, le médecin en visitant chaque malade, au moins une fois par semaine, exerce une surveillance rigoureuse sur les logeurs. Ses inspections lui ont permis de découvrir et de réprimer quelques abus. Ainsi, certains nourriciers portaient les habits des malades, ou préparaient une nourriture qu'ils étaient seuls à manger. Durant le premier semestre de 1893, il n'y a pas eu de décès ni d'évasion. La plupart des malades acceptent leur nouvelle situation sans récriminer. Un tiers se trouvaient plus heureux dans les familles et ne seraient rentrés à l'asile que forcés. Un second tiers était indifférent. Les autres regrettaient, non pas tant les asiles de la Seine que Paris, où ils avaient l'espoir chimérique de trouver encore quelques places lucratives. Jusqu'à présent, l'expérience tentée à Dun-sur-Auron paraît encourageante. Au point de vue financier, le prix de journée est sensiblement moins élevé que dans les asiles de la Seine; celui prévu pour l'exercice 1894 est de 1 fr. 61, et l'on espère qu'il pourra être réduit bientôt. Cette tentative n'a, en somme, porté jusqu'à présent que sur des déments séniles. On l'étendra peu à peu à d'autres malades, à mesure que la population se sera habituée à recevoir des aliénés.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la non-acceptation de MM. Chauffard, Gouguenheim et Hérard, le jury du concours du Bureau central est actuellement composé ainsi qu'il suit : MM. Hirtz, Talamon, Faisans, Babinski, Landrieux, Schwartz et Oulmont.

Les candidats, au nombre de 74, sont : MM. Achalme, Aviraguet, Barbier, Baudouin, Beaumé, Belin, Berbez, Besançon, Blocq, Bouisson, Boulloche, Bruhl, Capitan, Caussade, Cayla, Charrier, Coffin, Courtois-Suffit, Dalché, Darier, Deschamps, Dubief, Duflocq, Dupré, Dutil, Enriquez, Florand, Gallois, de Gennes, Girode, de Grandmaison, G. Guinon, L. Guinon, Hudelo, Jacquet, Jeanselme, Klippel, A. Laffitte, L. Laffitte, Launois, Legry, Le Noir, Lesage, Létienne, Lion, Lyon, Macaigne, Martin de Gimard, Ménétrier, Méry, Morel-Lavallée, Mosny, Mussy, Parmentier, Pignol, Pilliet, Polguère, Queyrat, Regnault, Renault, Renou, Ribail, Saillard, Soupault, Souques, Springer, Thirolois, Thoinot, Tissier, Toupet, Triboulet, Vaquez, Weber et Wurtz.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel auxiliaire du laboratoire de clinique des maladies mentales est constitué ainsi : MM. les docteurs Klippel, chef; Serveaux, aide, et Souvineau, en remplacement de M. Lefilliâtre.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — MM. Raynal et Lestrades sont institués prosecteurs.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le professeur Druhen est nommé directeur de l'École, en remplacement de M. Saillard, nommé directeur honoraire.

— Hier dimanche, M. le docteur Gustave de Beauvais a été, pour la sixième fois, élu médecin de la Société des Sauveteurs de la Seine.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Deuxième excursion de Paris en Italie et sur le littoral de la Méditerranée,* organisée avec le concours de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin », du 6 mars au 1er avril 1894.

Itinéraire : Paris, Marseille, Nice, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Vérone, Milan, Turin, Paris.

Prix de l'excursion : 1re classe, **790** francs; 2e classe, **695** francs.

Ces prix comprennent : 1° le transport en chemin de fer en France et en Italie; 2° le logement et la nourriture dans les hôtels correspondants de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin »; 3° les omnibus et voitures nécessaires pour les excursions indiquées au programme; 4° les soins des guides de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin ».

Le tout conformément aux conditions du programme et des billets remis à chaque excursionniste.

Les souscriptions seront reçues, du 25 février au 5 mars 1894 inclusivement, aux bureaux de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

Le nombre des places est limité.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux succursales de la compagnie désignés ci-après : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18, et au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

— Chemin de fer d'Orléans. — 1894. — *Semaine sainte à Séville. Foire de Séville.* — A l'occasion des cérémonies de la Semaine sainte, du 19 au 24 mars, et de la foire et des fêtes qui auront lieu à Séville, du 18 au 22 avril, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie du Midi de la France et les Compagnies espagnoles, délivrera, du 9 mars au 16 avril inclus, au départ de Paris, Orléans, le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, ainsi qu'aux gares et stations intermédiaires, des billets aller et retour de première classe pour Séville, au prix réduit et uniforme de **250** francs, par place, avec faculté d'arrêt à divers points du parcours.

Ces billets seront valables jusqu'au 5 mai inclusivement et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe « Sud-Express » jusqu'à Madrid, à la condition de payer en outre du prix ci-dessus le supplément complet, c'est-à-dire 50 p. 100 du prix des billets à plein tarif.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis plus de six mois, il existe à Paris et dans certains départements une épidémie de variole assez sérieuse. Et, cependant, jamais on n'a tant vacciné et revacciné, jamais on n'a mieux isolé les varioleux, jamais on n'a plus scrupuleusement désinfecté. Comment donc expliquer cette recrudescence de la variole? M. Hervieux, qui a fait un rapport sur ce sujet à l'Académie, estime que sa vraie cause réside dans la grande facilité des communications entre la France et l'Angleterre, où il existe une ligue anti-vaccinatrice assez puissante pour faciliter le développement de la variole, non seulement en Angleterre mais aussi en France. En terminant son intéressant rapport, M. Hervieux conclut de nouveau à la nécessité de rendre la vaccination et la revaccination obligatoires. Tant que l'obligation ne sera pas appliquée, nous resterons en butte à des retours offensifs du fléau.

M. Lagneau a donné lecture d'un travail sur la mortalité par la tuberculose selon les professions et l'habitat. Les chiffres qu'a fournis M. Lagneau prouvent une fois de plus ce que nous savons tous, que les professions qui s'exercent à l'air libre fournissent bien moins de phtisiques que les professions sédentaires et dans lesquelles les individus se trouvent agglomérés en grand nombre ou exposés à diverses poussières.

Signalons, enfin, deux rapports de M. Pinard sur des faits d'obstétrique intéressants : une observation adressée par M. Le Roy des Barres dans laquelle il s'agit d'une ovariotomie pour kyste purulent, pratiquée au cours d'une septicémie puerpérale et suivie de la prompte disparition de tous les accidents; un cas de grossesse extra-utérine, variété intra-péritonéale, laparotomie, guérison, par M. Houzel (de Boulogne).

Ont été nommés membres correspondants nationaux : MM. Layet (de Bordeaux) et Alison (de Baccarat).

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. PHOCAS.

De l'emploi des températures élevées en chirurgie.

L'expérience clinique journalière démontre la difficulté qu'on éprouve à désinfecter un foyer pathologique déjà infecté. Nulle part ce desideratum de la chirurgie moderne ne se fait plus vivement sentir que dans les opérations dirigées contre les tuberculoses locales. Qu'il s'agisse d'un grattage, d'une arthrectomie ou même d'une résection, nul ne peut affirmer qu'il arrivera à coup sûr à une désinfection compatible avec la première réunion. Parfois on y arrive, mais la sécurité qui existe dans l'antisepsie d'une autre opération fait ici défaut; on est toujours menacé de voir les lésions tuberculeuses évoluer après l'opération, amener la suppuration ou produire une récidive à brève échéance.

Les causes de cette incertitude des résultats sont nombreuses. Tantôt l'opération est forcément parcimonieuse et économique et laisse après elle des tissus certainement malades. Le chirurgien a voulu conserver le périoste en vue d'un bon fonctionnement ultérieur du membre; ou, pour des raisons analogues, on a respecté le cartilage juxta-épiphysaire et on a laissé des portions malades. Tantôt, l'opération a été conduite d'une manière radicale; les portions malades ont été enlevées largement, et, dans une résection du genou, par exemple, on a essayé de mettre en rapport deux surfaces osseuses absolument saines, entourées de parties molles, indemnes de toute infection. Malheureusement, le but n'est pas toujours atteint, à cause de la difficulté qu'on éprouve à distinguer les parties malades des parties saines. Il reste souvent des traînées imperceptibles de tissus infectés, prêts à pulluler de nouveau. Il persiste souvent, en un mot, des lésions que le grattage le plus soigneux ou le bistouri le mieux manié ne peuvent atteindre dans les anfractuosités de la plaie. Ces lésions demandent à être poursuivies à l'aide d'autres procédés. Jusqu'ici, on s'est adressé aux antiseptiques, et le chlorure de zinc a paru avoir donné les meilleurs résultats. M. Mauclaire, dans son excellent travail sur l'arthrectomie (1), recommande, à juste raison, cette substance.

L'iodoforme, le naphtol camphré ont leurs partisans. Toutes ces substances antiseptiques sont passibles de quelques reproches. Leur action est loin d'être constante, et je n'étonnerai personne en disant que beaucoup d'ar-

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 973 et 1001.

threctomies, faites dans les meilleures conditions, avec les procédés connus, ne donnent pas les résultats désirés.

Il est évident, par exemple, que si les récidives n'étaient pas fréquentes, MM. Lannelongue, Jalaguier et Mauclaire ne préconiseraient pas si chaudement les arthrectomies répétées.

La suppuration elle-même est un accident si commun, que MM. Ollier et Verneuil voient, pour ainsi dire d'un bon œil, une plaie d'astragalectomie qui suppure. Pour le moment, je ne veux pas discuter cette opinion, je me contente de l'enregistrer pour montrer que la production du pus est une chose habituelle dans certaines arthrectomies.

Aussi, depuis longtemps, a-t-on cherché un agent qui, mis en contact avec les tissus infectés, détruisît sûrement les micro-organismes sans trop compromettre la vitalité des tissus normaux, et on a trouvé cet agent dans la *chaleur*. Avec les notions acquises en bactériologie, on connaît la puissance souveraine des températures élevées dans la stérilisation des instruments, et, à cette heure, on chercherait en vain le chirurgien qui voudrait se passer du secours de la chaleur pour désinfecter ses instruments. On a donc cherché à traiter une plaie comme on traite les instruments, à la stériliser, en un mot, par la chaleur.

Ce genre de stérilisation ne date pas d'hier, et les anciens, qui faisaient de l'antisepsie sans le savoir, l'ont souvent préconisée.

Les écrits d'Hippocrate, d'Oribaze, de A. Paré, etc., sont unanimes à recommander le traitement des plaies par l'eau ou l'huile chaude. Mais ce n'est qu'à la suite d'une série de déductions dont nous avons essayé de donner un aperçu, que l'idée est devenue scientifique pendant ces derniers temps.

M. Ollier préconise la thermocautérisation des plaies à la suite de la résection; M. Verneuil cherche à utiliser la chaleur pour guérir les tuberculoses locales. Tout dernièrement, M. Félizet proposa le flambage des plaies à l'aide d'un chalumeau de son invention. Il projette et promène à la surface des plaies une flamme dont la température est de 1 500 à 1 600 degrés. « Cette flamme, longue et pénétrante, lèche les plans, s'engage dans les creux et laisse les surfaces nettes, sèches, aseptiques, parfaitement propres pour la réunion (1). »

Le chalumeau a l'avantage sur le thermocautère de pénétrer les tissus dans tous les recoins de la plaie. Le même but peut être atteint par la chaleur humide. C'est le procédé des anciens qui fut ressuscité par Trendelenburg et Jeannel.

Un élève de Trendelenburg, Dreesnau, décrit ainsi le procédé de son maître à propos du plombage des os : « Pour assurer l'asepsie de la plaie osseuse, qu'on doit combler par le plombage, on verse dans cette cavité de l'huile qu'on porte à l'ébullition au moyen du thermocautère, en ayant soin de ne laisser bouillir l'huile qu'un temps relativement court (2). »

La même année, M. Jeannel (de Toulouse) propose de faire bouillir les foyers tuberculeux en les touchant avec de l'eau bouillante. Il appelle cette méthode « l'ébouillantement » et donne quatre observations où il a obtenu de bons résultats (3).

Presque en même temps (novembre 1892), j'employai à mon tour l'huile bouillante, selon le procédé de Trendelenburg, dans une résection de la hanche et je conseillai à mon interne, M. Hennecart, d'entreprendre quelques expériences sur les animaux pour étudier le meilleur procédé de stérilisation et la résistance des tissus aux températures élevées. Depuis lors, j'emploie dans mon service, d'une façon courante, la stérilisation de toutes les plaies, par la chaleur humide (eau bouillante et souvent eau phéniquée bouillante).

J'ai pensé que le moment était venu de vous exposer le manuel opératoire d'une pratique que je considère comme un temps obligatoire de toute arthrectomie bien faite.

L'expérimentation nous démontrera d'abord jusqu'à quel point nous avons le droit, sans compromettre la vitalité des tissus, de mettre au contact d'une plaie un liquide bouillant. L'expérience clinique, ensuite, nous renseignera sur la valeur de la méthode que je me propose d'exposer.

Au point de vue expérimental, M. Hennecart a étudié, sur nos conseils, la question de la façon suivante : 1° il a chauffé, à l'aide du thermocautère, de l'huile froide versée dans la plaie; 2° il a versé de l'huile bouillante dans la plaie; 3° il a versé de l'eau bouillante dans la plaie.

Huile chauffée dans la plaie à l'aide du thermocautère. — Le thermocautère échauffe l'huile dans toute son étendue au bout de quelques secondes. C'est ainsi que, dans un récipient de 7 centimètres de diamètre de base, si l'on verse 50 grammes d'huile et si l'on plonge le thermocautère, la température du liquide sera égale partout au bout de la neuvième seconde et la température sera portée alors à 105 degrés. Il faut quatorze secondes pour atteindre la température de 120 degrés. Il en sera de même pour une cavité osseuse ou pour un abcès. Le temps nécessaire pour porter la température de l'huile à 120 degrés variera nécessairement avec l'étendue de la plaie et le volume de l'huile. Pour une plaie de 3 centimètres et demi, située entre les muscles postérieurs de la cuisse et dans laquelle on a versé 28 centimètres cubes d'huile, la température était de 60 degrés au commencement de la troisième seconde et de 80 degrés à la fin de la troisième seconde. Elle a atteint 120 degrés au bout de la cinquième seconde. Pour une plaie de 6 centimètres, il faut le double de temps pour atteindre la même température. On peut déjà conclure que si l'on veut atteindre 80 à 90 degrés de température, il suffit de laisser le thermocautère pendant quatre à cinq secondes dans une cavité de volume moyen.

Huile chauffée à 120 degrés et versée dans la plaie. — Si l'on chauffe l'huile à 120 degrés avant de la verser dans la plaie au bout de la cinquième seconde, la température atteint 70 degrés et continue alors à descendre.

Si maintenant on compare les lésions produites par l'eau chauffée entièrement ou l'huile, on trouve dans une expérience où ces deux liquides furent employés séparément de chaque côté, que du côté où on a versé l'huile à 120 degrés, l'artère fémorale, préalablement dénudée, a été très altérée, tandis que, du côté opposé, l'artère touchée par l'eau bouillante a été à peine atteinte ; il en est de même de la veine et du nerf. Il faut ajouter que l'eau portée à 100 degrés et versée dans la plaie descend à 70 degrés au bout de la cinquième seconde.

Les animaux qui ont servi à ces expériences ont tous survécu et malgré les lésions des nerfs produites par la chaleur, ils n'ont pas été paralysés.

Il résulte, en somme, de ces expériences qu'avec de l'eau en train de bouillir et versée dans la plaie, on arrive à

(1) Félizet. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1892, p. 592.
(2) Dreesnau. *Centralb. f. Chir.*, 1893, n° 3, p. 55.
(3) Jeannel. *Gaz. des hôpit.*, 1893, nos 59 et 62, p. 563 et 595.

mettre la plaie en contact avec ce liquide porté de 100 à 70 degrés pendant cinq secondes et que cette température ne porte préjudice qu'aux gros troncs nerveux, dénudés au fond de la plaie. On peut employer impunément l'eau portée à cette température, s'il n'existe pas au fond de la plaie une grosse artère et surtout un gros tronc nerveux à nu.

Fort de ces expériences, j'ai adopté dans ma manière de faire le procédé suivant qui ne diffère pas essentiellement de celui employé par M. Jeannel. Quand il s'agit d'une cavité osseuse, je préfère verser dans la plaie de l'huile, j'y plonge le thermocautère et j'attends trois ou quatre secondes, selon l'étendue de la plaie osseuse.

Quand il s'agit d'une plaie de résection ou d'arthrectomie, avant de procéder à la suture et tout en conservant la bande d'Esmarch, je plonge dans la plaie des tampons d'ouate, qui sortent d'un récipient contenant de l'eau en train de bouillir. Il faut approcher le récipient de la plaie et se mettre presque dans les mêmes conditions de l'expérience, qui consiste à verser de l'eau bouillante dans la plaie.

De cette façon, je suis certain de porter dans toutes les anfractuosités de la plaie de l'eau chauffée à une température de 80 degrés au moins et cela, pendant trois ou quatre secondes. Je répète trois ou quatre fois ces attouchements, selon l'étendue de la plaie et l'importance des lésions.

Si l'on désire des détails complémentaires, il faudrait étudier le manuel opératoire dans chaque arthrectomie ou résection en particulier. Je me contenterai de parler de ce que j'ai fait jusqu'ici. Dans les astragalectomies faites par incision externe, après avoir enlevé l'astragale, je nettoie la plaie de toutes les fongosités visibles et je frotte les parties à l'aide d'une compresse stérilisée ; je plonge ensuite quatre ou cinq fois l'éponge d'ouate trempée dans l'eau bouillante sans m'inquiéter des cartilages ou des vaisseaux qui sont séparés par une couche de tissus suffisamment protecteurs. Cependant je prolonge moins les attouchements du côté interne (côté dangereux) et je porte surtout mon action sur les surfaces calcanéennes et sur la mortaise tibio-péronière. Mes dernières astragalectomies, traitées de cette façon, ont toutes guéries par première intention, sous un seul ou deux pansements.

Dans la résection du coude, je fais encore des attouchements très larges de la plaie articulaire avec l'eau bouillante. Les vaisseaux sont loin et ne craignent rien. Cependant j'évite autant que possible le contact de mon éponge avec la région épicondylienne, de crainte de porter atteinte au nerf cubital. J'ai traité deux fois de cette façon les arthrectomies du coude, sans observer aucun retentissement fâcheux du côté du nerf cubital.

La résection de la hanche bénéficie largement de cette technique. Avec l'incision de Langenbeck, on est loin des vaisseaux et on peut porter ainsi l'action de l'eau bouillante sur le cotyle et sur la surface cruentée du fémur.

Enfin, dans la résection du genou, cette méthode, associée à tous les autres préceptes déjà connus (hémostase préventive, antisepsie, dissection soigneuse de la synoviale, suture osseuse, etc.), paraît devoir ranger cette opération au rang des opérations les plus certaines, au point de vue des résultats. Ma dernière série de six résections du genou ont guéri, sous un seul pansement enlevé au bout de soixante jours, sans une goutte de pus et sans une coupure d'une seule suture. Dans la résection du genou, je stérilise à l'eau bouillante successivement les différentes parties. Je commence par disséquer le cul-de-sac sous-tricipital et, après l'avoir totalement enlevé, je cautérise la plaie à l'eau bouillante, je tamponne à la gaze antiseptique et je passe à la toilette de l'articulation, proprement dite, j'enlève tous les ligaments, sauf le ligament postérieur que je conserve quelquefois, je dénude le fémur et je le scie, à la hauteur voulue. La plaie du fémur est attouchée largement à l'eau bouillante, enveloppée de gaze antiseptique et mise de côté. Je traite de même l'extrémité du tibia. Il reste alors à pourvoir au nettoyage du creux poplité. Après avoir enlevé avec des ciseaux courbes toutes les fongosités, je me trouve en présence du ligament postérieur intact, que je n'hésite pas à attoucher d'une main légère avec de l'eau bouillante. Mais si le nettoyage des fongosités m'a forcé à sacrifier le ligament postérieur, je n'use plus de ce côté de l'eau bouillante de crainte d'intéresser les vaisseaux.

En somme, on peut user largement de l'attouchement d'une plaie à l'eau bouillante, pourvu qu'on garantisse les gros vaisseaux, les nerfs et enfin la peau. Avec le système que j'emploie, je n'ai jamais eu à déplorer des brûlures de la peau et je ne place pas autour de la plaie des compresses humides, je me contente seulement de faire écarter largement les bords.

En somme, l'attouchement des plaies à l'eau bouillante est une pratique inoffensive et paraît donner d'excellents résultats.

Pour être absolument renseigné sur sa valeur, il eût fallu, sans doute, qu'elle fût appliquée à l'exclusion de toute substance antiseptique. Il faudrait, par exemple, faire une série de résections en usant rien que de la méthode aseptique accompagnée de la stérilisation à l'eau bouillante. Cette expérience, je n'ai pas osé la tenter, car j'estime que deux précautions valent mieux qu'une, quand il s'agit du traitement de plaies tuberculeuses.

Mais je ne crois pas me tromper en assurant que l'adjonction de l'eau bouillante donne des résultats supérieurs à ceux qu'on obtenait par les autres méthodes.

M. Hennecart a rassemblé, dans un mémoire inédit, quinze observations de mon service où l'action de l'eau bouillante a paru avoir donné d'excellents résultats et ma dernière série de résections, où j'ai employé la stérilisation des plaies par la chaleur, m'a donné des résultats incomparablement meilleurs que ceux obtenus précédemment.

TRAITEMENT DES CONVULSIONS CHEZ LES JEUNES ENFANTS

M. Simon, dans une de ses récentes cliniques, a formulé, avec sa netteté et son autorité ordinaires, les règles du traitement d'une attaque d'éclampsie infantile. La brusquerie de l'attaque, l'apparence effrayante des accidents, l'affolement des familles, rendent particulièrement grande, pour le médecin, la nécessité d'avoir une ligne de conduite bien précise et bien définie.

Première indication : *Évacuer le tube digestif.* — Les quatre cinquièmes des convulsions sont dues à une indigestion (aliments lourds, disproportionnés à l'âge, en quantité surabondante), à une constipation opiniâtre. Tant que l'enfant est sous le coup de la crise, cette évacuation ne peut être obtenue ni par l'ipéca, impossible à faire avaler, ni par le chatouillement de la gorge, car l'excitation réflexe ferait défaut. On donnera donc tout d'abord un grand lavement tiède additionné d'huile, de glycérine, de sel, substances qu'on a de suite à sa disposition. On profitera un peu plus tard d'une période d'accalmie pour provoquer le vomissement.

Deuxième indication : *Calmer le système nerveux.* — Comme il faut agir vite, on commencera par faire respirer de l'éther. Dans les cas graves, il ne faut pas hésiter à faire inhaler quelques gouttes de chloroforme.

Le lavement purgatif rendu, on donnera, par petites portions, en trois ou quatre fois, de façon à ce qu'il soit gardé et absorbé, le lavement suivant :

Teinture de musc	xx gouttes.
Chloral	50 centigrammes.
Eau tiède	60 grammes.

Ces doses sont pour un enfant de trois à six mois. A neuf mois, on donnerait 75 centigrammes; à un an, 1 gramme de chloral.

On fait de plus préparer la potion suivante, qui sera donnée par cuillerées à bouche d'heure en heure ou de demi-heure en demi-heure, suivant l'âge de l'enfant :

Bromure de potassium	1 gramme.
Teinture de musc.	xx gouttes.
Sirop d'éther.	8 grammes.
Sirop de fleurs d'orangers. . .	30 —
Eau de tilleul	100 —

En même temps que le lavement et la potion, on continue, s'il est nécessaire, les inhalations d'éther ou même de chloroforme.

Troisième indication : *Révulsion cutanée dans les crises particulièrement tenaces.* — Trousseau rejetait dans les convulsions l'emploi des bains sinapisés, des vésicatoires. Il redoutait leur action excitante. Ces moyens doivent être employés comme dernière ressource. On donnera un et même deux, trois bains sinapisés tièdes, prolongés seulement jusqu'à la rubéfaction de la peau. On appliquera à la nuque un vésicatoire transversal, en bandelette longue de quatre travers de doigt, large de deux, qu'on laissera trois heures seulement.

Quatrième indication : *Indications fournies par la cause des convulsions.* — En dehors de l'indigestion, de la constipation, des entérites, on songera surtout aux irritations cutanées (piqûres, brulûres), aux corps étrangers du nez, de l'oreille, à la rétention d'urine, aux hernies, au testicule en ectopie dans l'anneau, etc. Mais la convulsion urémique est, de toutes, la plus importante à reconnaître. Toutes les fois que la convulsion est d'origine urémique, il faut, en effet, employer les ordres de moyen suivants : 1° ventouses sur les reins ; 2° bains d'air chaud ; 3° sangsues aux apophyses mastoïdes ; 4° dans les formes graves et tenaces, saignée quelle que soit la pâleur, l'anémie, la faiblesse de l'enfant.

Par ces divers moyens, la guérison sera la règle, sauf, bien entendu, dans les convulsions ultimes des entérites graves, des maladies infectieuses, des maladies asphyxiques (croup, bronchopneumonie). Mais l'efficacité de tous ces moyens sera d'autant plus grande qu'ils seront appliqués par le médecin lui-même. *Le médecin doit s'installer auprès de l'enfant atteint de convulsions.* Il ne le quittera jamais en pleine crise, l'abandonnant aux soins de la famille. Ses prescriptions seraient appliquées presque toujours par les parents de la façon la plus maladroite.

La crise terminée, on doit redouter de nouvelles crises le jour même ou les jours suivants, tant que l'enfant n'a pas uriné abondamment, très abondamment. L'état de mal éclamptique dure ainsi deux à trois jours. Dans un cas terminé par la guérison, il a pu se prolonger douze jours.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 février 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. Delens, Pozzi, Richelot et Terrillon, qui se portent candidats dans la section de pathologie chirurgicale.

RAPPORT

L'épidémie actuelle de variole en France. — M. Hervieux fait un rapport sur l'épidémie variolique de Paris.

Le premier semestre de 1892 avait donné 14 décès par variole, le premier semestre de 1893 donne 63 décès. Le deuxième semestre de 1892 avait donné 26 décès, le deuxième semestre de 1893 donne 184 décès. C'est donc au mois de décembre dernier que la mortalité par variole a été le plus élevée.

Les mesures prophylactiques les plus énergiques ont été prises. Les revaccinations se font sur une grande échelle et, en outre, l'on pratique avec le plus grand soin la désinfection des locaux où se sont déclarés des cas de variole.

Dans les départements, 21 d'entre eux ont été particulièrement atteints. Il y a un groupe autour de Paris, un second du côté du Pas-de-Calais, le troisième autour de la Garonne.

Quant à la cause de cette recrudescence, on ne peut faire que des hypothèses. On a cru qu'elle pouvait être attribuée à la durée insuffisante de la préservation par la vaccine animale. Cette hypothèse n'est pas admissible, si l'on songe que la vaccine animale, en France, est bien antérieure à l'épidémie actuelle et que, avant cette dernière épidémie, elle s'était montrée parfaitement efficace. En outre, l'immunité variolique vraiment remarquable que l'on constate en Allemagne est exclusivement due à la vaccine animale, puisque seule elle est utilisée.

La vraie cause, selon M. Hervieux, c'est la grande facilité des communications entre la France et l'Angleterre. Or, en Angleterre, existe une puissante ligue anti-vaccinatrice et cette ligue, qui favorise le développement du fléau dans le pays où elle a pris naissance, l'a favorisé par contre-coup dans notre pays.

Ce qui prouve l'exactitude de cette opinion, c'est la constatation de certaines statistiques, qui viennent d'être faites en Angleterre même. Dans 32 districts atteints par la variole, la mortalité des sujets vaccinés a été de 3,5 p. 100, celle des sujets revaccinés 3,7 p. 100 et celle des non-vaccinés de 30 p. 100.

Sans insister davantage sur les faits qui précèdent, on peut admettre, une fois de plus, que les recherches sur cette épidémie prouvent que la vaccine reste le véritable antagoniste de la variole, l'isolement et la désinfection ne rendant que des services accessoires. L'épidémie actuelle démontre surabondamment que les vaccinations et revaccinations doivent devenir obligatoires; cette obligation seule arrêtera les épidémies de variole et en rendra le retour impossible. Toute autre mesure hygiénique n'aurait qu'un effet palliatif illusoire.

COMMUNICATION

Mortalité par tuberculose selon les professions et l'habitat. — M. G. Lagneau. De la plupart des recherches relatives à l'influence des professions, il résulte que les décès par phtisie sont nombreux parmi les ouvriers exposés aux poussières. En Suisse, les tailleurs de pierre perdent annuellement 10 décédés par phtisie sur 1000 vivants. En Angleterre, sur 1000 décès généraux, les drapiers ont 340 décès phtisiques, plus d'un tiers.

Pareillement, la tuberculose sévit cruellement sur les individus qui se tiennent courbés et se livrent à des occupations sédentaires, soit intellectuelles, soit industrielles, mais minutieuses. Sur 1000 décès généraux, en Italie, les étudiants et les séminaristes en ont 459 dus à la phtisie, près de moitié. En Angleterre, les imprimeurs en ont 430 et en Italie, les typographes en ont encore 347, plus d'un tiers.

Par contre, les statistiques s'accordent pour montrer que la phtisie ne se manifeste qu'exceptionnellement chez les personnes ayant une vie active, en plein air. En Suisse, sur

1000 vivants, les sylviculteurs et les agriculteurs ne perdent annuellement que 1 ou 2 décédés phtisiques. En Italie, sur 1000 décès généraux, les bergers, les agriculteurs, n'ont que 44 et 55 décédés par phtisie.

En France, la statistique sanitaire, qui porte actuellement sur 662 villes, permet de constater qu'en général, plus les populations sont agglomérées, plus elles sont gravement atteintes par la tuberculose.

RAPPORTS

Ovariotomie dans l'état puerpéral. — M. PINARD lit un rapport sur une observation de M. Le Roy des Barres.

Il s'agissait d'une femme de vingt-neuf ans, accouchée deux mois auparavant et ayant eu une série d'accidents infectieux : péritonite subaiguë, pleurésie et enfin phlegmatia alba dolens. En outre, l'abdomen était le siège d'une tumeur volumineuse.

M. Le Roy des Barres diagnostiqua l'existence d'un kyste suppuré de l'ovaire et pratiqua l'ovariotomie.

L'opération permit d'extraire une poche purulente contenant environ quatre litres de pus. Immédiatement après cette opération, les accidents s'amendèrent. L'opérée quitta l'hôpital complètement guérie, vingt jours après l'opération.

De la grossesse extra-utérine intra-péritonéale primitive. — M. PINARD lit un rapport sur une observation de M. Houzel (de Boulogne), relative à une grossesse ectopique, que l'auteur range dans la variété intra-péritonéale primitive.

Il s'agit d'une femme de quarante et un ans, multipare, près de laquelle M. Houzel fut appelé pour pratiquer un accouchement à terme. La femme avait à ce moment l'aspect d'une femme qui accouche à terme et sur laquelle on entendait les bruits du cœur fœtal. Et cependant l'accouchement ne se fit pas, il n'y eut d'autre expulsion que celle de la caduque. Le doigt pouvait pénétrer dans l'utérus sans sentir le fœtus.

Dans ces conditions, le diagnostic de grossesse extra-tra-utérine s'imposait, et l'on fit la laparotomie. Au moment de l'opération, le travail avait cessé, et la grossesse paraissait avoir dix mois de date.

Dès l'ouverture du ventre, le fœtus putréfié se présenta libre dans la cavité abdominale et fut extrait. Le placenta, adhérent aux anses intestinales, fut laissé en place, mais fut expulsé par débris les jours suivants, au travers de la plaie abdominale qui avait été bourrée de gaze iodoformée. La grande liberté du fœtus au milieu des anses intestinales a engagé M. Houzel à porter le diagnostic de grossesse intra-péritonéale primitive, l'une des variétés les plus exceptionnelles de la grossesse ectopique.

Ces raisons ne paraissent pas suffisantes à M. Pinard, qui a plusieurs fois vu un fœtus libre au milieu des anses intestinales, et en examinant avec soin les annexes, il a constaté des traces d'un kyste tubaire rompu et guéri, dans lequel le fœtus s'était primitivement développé.

Pour affirmer le diagnostic de grossesse intra-péritonéale primitive, il faut pouvoir être absolument certain de l'intégrité des organes de la génération (utérus, trompes, ovaires); or, cette intégrité n'est pas démontrée dans l'observation de M. Houzel.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux correspondants nationaux (première division, médecine).

Première élection : M. Layet (de Bordeaux), est élu par 43 voix sur 56 votants.

Deuxième élection : M. Alison (de Baccarat) est élu par 29 voix sur 53 votants.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie humaine (1), publié sous la direction de M. Paul POIRIER, professeur agrégé, chirurgien des hôpitaux, chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Paris, par MM. les professeurs CHARPY (de Toulouse), NICOLAS et PRENANT (de Nancy), et JONNESCO, prosecteur à la Faculté de médecine de Paris. — Premier volume : *Embryologie*, par A. PRENANT; *Ostéologie* et *Arthrologie*, par Paul POIRIER.

Bien qu'il semblât à certains, que l'anatomie descriptive avait dit son dernier mot ; — bien que les derniers traités parus eussent confirmé cette erreur, en ne différant des antérieurs que par la forme et la couleur ; — il s'est rencontré un groupe d'hommes jeunes, indépendants et compétents, qui ont pensé que l'anatomie n'était point *finie* et qui se sont mis en train de le démontrer. Le premier mérite de M. Poirier est d'avoir su grouper l'ensemble nécessaire de travailleurs et de savants dont le nom fît autorité et dont le zèle fût à la hauteur d'une entreprise si ardue. Un avenir prochain nous dira si le chef des travaux anatomiques de Paris aura su communiquer son ardeur à ses collaborateurs. Pour l'instant, nous n'avons à juger que le plan général de l'œuvre et le premier volume, paru au cours de l'année 1893, en deux gros fascicules comprenant l'*ostéologie* et l'*arthrologie*. L'idée et le plan de l'ouvrage sont entièrement neufs ; par exemple, le premier volume débute par des *notions d'embryologie*, rejetées d'ordinaire à la fin des traités du même genre ; de même, chaque chapitre est et sera précédé de l'exposé embryologique des tissus ou systèmes qui y sont traités. Nous ne sommes pas bien sûrs que tous les étudiants liront et comprendront ces notions d'embryologie, exposées d'une façon magistrale (trop savante peut-être) par M. Prenant, l'auteur connu d'un traité estimé d'embryologie. Il nous paraît qu'un exposé plus succinct, plus élémentaire, si toutefois la chose est faisable, eût suffi ; mais, cette réserve faite, nous ne pouvons qu'approuver cette disposition nouvelle, dont les raisons très bonnes sont exposées dans la préface de l'œuvre : « L'étude des premières phases devant, de toute nécessité, précéder l'étude de l'être complètement développé, parce que, seule, elle peut expliquer et faire comprendre la raison d'être de certaines dispositions anatomiques, etc., etc. »

Au point de vue philosophique, les auteurs protestent énergiquement contre la vieille formule *que ceci est là pour cela, que l'organe est fait pour la fonction*. Ils procèdent d'une conception plus scientifique et plus nouvelle ; pour eux, c'est *la fonction qui fait l'organe*, et les particularités anatomiques peuvent toutes être expliquées par la *descendance et l'usage*. Il faut reconnaître que cette doctrine ouvre la porte à des aperçus fort originaux, qu'elle est riche de conséquences et que si quelques professeurs l'ont prêchée, nous ne la trouvons dans aucun livre classique. L'intérêt de l'œuvre ne peut qu'être augmenté par cette importante réforme.

A part quelques pages dans lesquelles M. le professeur Nicolas a fort clairement exposé l'histologie et le développement des os et des articulations, le premier volume du traité d'anatomie humaine, comprenant l'ostéologie et l'arthrologie, est tout entier de M. Poirier. Nous y retrouvons les qualités ordinaires du chef des travaux, la clarté, la précision (quelquefois poussée à l'extrême) et le charme, qualités qui ne sont point à négliger dans l'exposition d'un sujet que l'on pouvait croire aride. Les descriptions de tous les os ont été revues et pour ainsi dire refaites, suivant une formule nouvelle, d'une heureuse originalité. Pour chaque os, le lecteur trouve, à côté d'une description générale en gros texte, les particularités, les anomalies, les variétés, points très intéressants, bien qu'imprimés en caractères plus petits. Grâce à l'admirable collection d'os anormaux qu'il a su réunir dans son laboratoire, M. Poirier a pu contrôler et com-

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, L. Battaille et Cie.

pléter les descriptions de ses devanciers ; nous ne croyons pas qu'il existe en Europe, ni ailleurs, à l'heure actuelle, un traité aussi complet d'ostéologie.

L'*architecture* des os, à peine ébauchée dans la plupart des livres, a été, de la part de M. Poirier, l'objet d'une étude aussi complète qu'intéressante : des coupes longitudinales et transversales montrent dans chaque os la direction et l'importance des travées osseuses : ces notions et les déductions pathologiques qu'elles comportent seront particulièrement appréciées des chirurgiens. De même, dans l'arthrologie, l'auteur, auquel ses travaux antérieurs donnaient une compétence spéciale, a tracé l'histoire anatomique et physiologique de chaque articulation, comme on ne l'avait point fait jusqu'à ce jour. Au début de ce second fascicule, nous trouvons encore une introduction très étudiée et très claire sur le développement des articulations et leur histologie, signée A. Nicolas. Dans les descriptions des articulations, il faut signaler nombre de faits fort intéressants et jusqu'alors inédits. Les notes en petit texte, annexées à chaque articulation, renferment une foule d'aperçus, de notions intéressantes et nouvelles.

Des figures en nombre inusité, 472 pour l'ostéologie, 140 pour l'arthrologie, forment, par leur fidélité et leur originalité, une partie intéressante de l'ouvrage : elles sont signées Ed. Cuyer et Leuba ; c'est dire leur fini irréprochable. Des planches en couleurs représentent les insertions musculaires sur chaque os et permettent, par les teintes différentes des insertions tendineuses et musculaires, de se rendre un compte exact des connexions de chaque muscle avec le squelette.

Tel est, en aperçu général, le premier volume du nouveau *Traité* d'anatomie humaine, œuvre intéressante, très complète et qui fait le plus grand honneur à ses auteurs. Nous sommes assurés que cette œuvre, *moderne et actuelle*, par la forme, l'esprit et le fond, trouvera auprès du public médical, l'accueil qu'elle mérite.

CORPS DE SANTÉ DES COLONIES

Tableau d'avancement pour l'année 1894.

Médecins en chef de deuxième classe inscrits au tableau pour le grade de médecin en chef de première classe (1er janvier 1894) : MM. Ayme et Lecorre.

Médecins principaux inscrits au tableau pour le grade de médecin en chef de deuxième classe (20 mai 1893, d'office) : M. Rangé ; — (1er janvier 1894) : MM. Kieffer, Delrieu, Cazes et Bastian.

Médecins de première classe inscrits au tableau pour le grade de médecin principal (1er janvier 1893) : MM. Péthellaz et Roussin ; — (1er janvier 1894) : MM. Garnier et Preux.

Médecins de deuxième classe inscrits au tableau pour le grade de médecin de première classe (1er janvier 1893) : M. Pujol ; — (1er janvier 1894) : MM. Chauveau, Neiret et Quennec.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris vient de décerner :

1° Le prix Chateauvillard, à MM. les docteurs Laborde (900 fr.), Huchard (500 fr.), Avirагnet (300 fr.), Pilliet (300 fr.) ; mention honorable, M. le docteur E. Berger.

2° Le prix Montyon, à M. le docteur Paul Raymond.

3° Le prix Saintour, à M. le docteur Mauclaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 19 février 1894, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Rouen.

— *École de médecine de Rennes.* — M. le professeur Delacour est maintenu dans les fonctions de directeur de l'École.

— *École de médecine de Rouen.* — M. le professeur Delabost est maintenu dans les fonctions de directeur de l'École.

— *École de médecine de Tours.* — M. Faré est institué suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— M. le docteur Briand, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Villejuif, est promu à la classe exceptionnelle du cadre.

— M. le docteur Boudrie, médecin en chef de l'asile d'aliénés de Vaucluse, est promu à la première classe du cadre.

— M. Fischer (Pierre-Marie-Henri), docteur ès sciences naturelles, est nommé préparateur de la chaire de paléontologie au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Boule.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Michaud (du Waast).

— M. le docteur G. Thibierge fera, pendant les mois de mars et avril 1894, à l'hôpital Saint-Louis, dans le service de M. le docteur E. Besnier, un cours complet de pathologie et de thérapeutique dermatologiques.

Les mardis, jeudis et samedis, à trois heures, leçon théorique avec présentation de malades, à la salle des conférences du Musée. La première leçon aura lieu le samedi 3 mars.

Le mardi, à neuf heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc.), au laboratoire Alibert. — Le mercredi, à neuf heures, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert. — Le vendredi, à neuf heures, consultation externe, salle des Consultations, 38, rue Bichat. — Le samedi, à neuf heures et demie, leçon clinique sur les malades du service, salles Alibert et Devergie.

— Chemin de fer d'Orléans. — 1894. — *Fêtes de Pâques à Madrid.* — A l'occasion des cérémonies de la Semaine sainte et des fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans, d'accord avec les Compagnies du Midi de la France et du Nord de l'Espagne, délivrera, du 14 au 24 mars 1894, au départ des gares de Paris, Orléans, Le Mans, Tours, Poitiers, Saincaize, Bourges, Châteauroux, Moulins (Allier), Gannat, Montluçon, Limoges et Clermont-Ferrand, des billets aller et retour de première classe pour Madrid, au prix réduit et uniforme de **200** francs, par place, avec faculté d'arrêt : en France, à Bordeaux, à Bayonne et à Hendaye ; et, en Espagne, à tous les points du parcours.

Ces billets seront valables pendant 20 jours et donneront aux voyageurs la faculté de prendre les trains de luxe « Sud-Express », à la condition de payer, en outre du prix ci-dessus, le supplément complet, c'est-à-dire 50 p. 100 du prix des billets à plein tarif.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale, par M. le professeur F. Terrier et M. Péraire, ancien interne des hôpitaux. 1 vol. in-12 avec 37 gravures dans le texte, en élégant cartonnage anglais. — Prix : 3 francs. — Paris, Félix Alcan.

La tuberculose chirurgicale, par O. Lannelongue, professeur à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. petit in-8° de l'« Encyclopédie des aide-mémoire ». — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

BROMIDIA

CHAQUE CUILLERÉE A CAFÉ CONTIENT :

Bromure de potassium. } àâ 1 gramme.
Chloral pur. . . . . }

Extrait de Chanvre indien. } 1 centigramme.
Extrait de Jusquiame. . . }

DOSE :

Une demi-cuillerée à café ou une cuillerée à café entière JUSQU'A SOMMEIL, **dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée.**

LE BROMIDIA

est l'hypnotique par excellence. Il procure un sommeil réparateur et convient admirablement dans l'**insomnie**, le **névrosisme**, les **convulsions**, les **névralgies**. Il réussit dans les cas où l'opium échoue. Dans les fièvres accompagnées de délire, il est souverain. Contrairement à ce qui a lieu pour l'opium, il ne supprime pas les sécrétions.

BATTLE & Co., St-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE

BROMIDIA

seront envoyés franco sur demande **aux Médecins.**

DÉPOT GÉNÉRAL

Pour la France et ses Colonies :

ROBERTS & C°,

PHARMACIENS-DROGUISTES

5, RUE DE LA PAIX, 5

PARIS

Prix au public : 5 francs.

LAIT STÉRILISÉ ET LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)

Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse du mois de février 1894 :

		gr.
Densité à 15°		1033.800
Beurre par litre	52.700	
Albumine	9.000	
Caséine	29.500	
Sucre de lait	43.800	
Sels	7.200	
Total des matières fixes	142.200	142.200
Eau		891.600

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.228
Acide sulfurique	0.214
Potasse	1.920
Soude	0.302
Chaux	2.050
Magnésie	0.196
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.290
Total	7.200

L'opération de la stérilisation ne permet pas de remplir les bouteilles, mais elles renferment la quantité annoncée. Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 250 grammes, 350 grammes et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. Paradis, Paris.— *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

DRAGÉES de Fer Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que le **Fer Rabuteau** régénère les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Elixir de **Fer Rabuteau** recommandé aux personnes qui ne peuvent pas avaler les Dragées.

Sirop de **Fer Rabuteau** destiné aux enfants.

Exiger le **Véritable Fer Rabuteau** de la **Maison CLIN & Cie**, à Paris

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux**, du **quina** et de la **viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, phien, ex-préparatr à l'École de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14, LYON.

Salicol Dusaule

EXCELLENT ANTISEPTIQUE, CICATRISANT, DÉSINFECTANT, à base d'acide salicylique. Plus actif que les phénols et coaltars, le Salicol a une *odeur agréable* et n'est *pas vénéneux*. Il s'emploie pur ou mêlé à 1 ou 2 parties d'eau selon les cas pour *lavages, compresses, injections, pulvérisations.*

Le Flacon, **2** fr.; *Litre*, **5** fr., *105, rue de Rennes, PARIS, et les Pharmacies*

SINAPISME RIGOLLOT

Se trouve en BOITES DE FER BLANC DE 10 FEUILLES dans toutes les Pharmacies du Monde

Jamais d'Insuccès avec les **VÉRITABLES RIGOLLOT**

Eviter les Imitations

Exiger sur chaque feuille et boîte le *nom* et l'*adresse* de l'INVENTEUR **P. RIGOLLOT,** 24, Av. Victoria PARIS

QUINIUM ROY GRANULÉ

Extrait normal. de quinquina soluble

A. Roy

PEPTONATE DE FER ROBIN



15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

SUC TESTICULAIRE

CONCENTRÉ, STÉRILISÉ

de **CONSERVATION ASSURÉE**

FLACON représentant **30** AMPOULES : **6** FR. au Public.
— — **90** — **12** —

Catillon, 3, boulev. St-Martin. Échantillon fo.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

HAMAMELINE-ROYA

Principe actif de l'HAMAMELIS-VIRG :

HÉMORRAGIES, PHLÉBITES, HÉMORROÏDES, VARICES, MÉTRITES, ETC. — *3 cuillerées à soupe par jour.*

Phie LACHARTRE, 19, rue des Mathurins, Paris.

Glycérophosphate de soude, Glycérophosphate de chaux, Glycérophosphate de magnésie, Stonghton (Elixir)

ÉLIXIR POLYGLYCÉROPHOSPHATÉ DE G. BRUEL

Stomachique et reconstituant incomparable, est supérieur aux autres préparations phosphatées et d'un goût exquis. — Gros : G. BRUEL, à Arrou (E.-et-L.), et Phie Centrale, 7, rue de Jouy, Paris. — Détail : Phie FOURNIER, 114, r. de Provence, Paris, et Phies.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

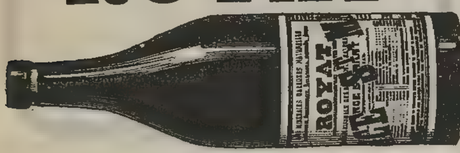
CHLOROSE, ANÉMIE, ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de fer et Quassine cristallisée.
Le plus ACTIF ferrugineux.

Paris, 4, rue de Charonne, et Pharmacies.

ROYAT



ARTHRITISME — ANÉMIE

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE MYRRHE)

TONIQUE — STIMULANT BALSAMIQUE

contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES
DE
MYRRHOLINE
CRÉOSOTÉE

contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

PRÉPARÉES PAR

H. KUENEMANN

Pharmacien de 1re classe, lauréat des hôpitaux,
28, rue de Grammont, Paris

ENVOI GRATIS ET FRANCO

A MM. LES MÉDECINS QUI EN FERONT LA DEMANDE POUR EXPÉRIMENTER

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.
En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

RAIFORT-IODÉ
J. BUCI

(SIROP FAIT A FROID

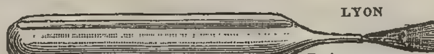
Contre les ***Glandes du Cou — Rachitisme — Mollesse des Chairs — Pâleur — Eruptions de la Peau — Croûtes de Lait***, etc.
Il remplace les huiles de foie de morue ; c'est un **fluidifiant** et un **dépuratif énergique.**
PARIS, 22 & 19, RUE DROUOT.

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Bté S. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle,)

Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite.
Guérison des névralgies, sciatiques, etc.
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : **9 fr.** *la boite de 10 tubes.*

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris. COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.
Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.
Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.
Prix du flacon : CINQ FRANCS.
Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :
1° Le sirop de *Henry Muré* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.
Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*
DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.
VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

ANÉMIE, CHLOROSE AMÉNORRHÉE DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules
à l'Iodure ferreux inaltérable
DE
BLANCARD

Solution et Comprimés
BLANCARD
à l'Exalgine

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament
CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie, 40, Rue Bonaparte, PARIS.**

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phies.

CEINTURE ABDOMINALE & CORSET DE GROSSESSE RÉUNIS
de VERTUS

CONSACRÉS PAR L'USAGE ET DE NOMBREUSES APPROBATIONS DES DOCTEURS
Indispensable dans GROSSESSES, AFFECTIONS et TUMEURS ABDOMINALES, FIBROMES KYSTES DE L'OVAIRE, HERNIES OMBILICALES, etc.

L'intérêt capital de cette invention consiste en ce que la ceinture a son point d'appui sur le **tronc tout entier**, grâce à un ingénieux système la rattachant au corset, et, **non** sur **un point seul des reins**, comme les ceintures similaires. — Maintien de l'abdomen sans compression. — Souplesse. — Légèreté. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 8 février 1894.)

DEMANDER DESSINS ET BULLETINS DE MESURES

Exécution parfaite garantie. — Conditions avantageuses à MM. les Docteurs

MAISON DE VERTUS, 12, RUE AUBER, PARIS

CACHETS (0.20) CAPSULES (0.10) DE CHLORALOSE
HYPNOTIQUE NOUVEAU (FORMULE HANRIOT et CH. RICHET)
B. BAIN & FOURNIER, seuls préparateurs, ***43, Rue d'Amsterdam, Paris.***

CHAIX & REMY — **LIQUIDES** 10, Rue de l'Orne, 10 PARIS — **BROWN-SEQUARD**

N° 24. — SAMEDI 24 FÉVRIER 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 24 FÉVRIER 1894. — N° 24.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des complications viscérales de la paralysie générale progressive.

Par G. DURANTE, interne des hôpitaux.

I

La paralysie générale a, de bonne heure, attiré l'attention des aliénistes par la coïncidence des symptômes paralytiques venant s'adjoindre aux troubles psychiques et en assombrir considérablement le pronostic, aussi est-ce une des premières affections mentales, sinon la première, que la clinique ait isolée en tant qu'entité morbide.

Dès 1826, Calmeil donna une description complète de ce qu'il nomma la *méningo-péri-encéphalite chronique diffuse*, et depuis le Traité du même auteur, qui parut en 1859, la symptomatologie de cette maladie ne s'est guère enrichie, sauf en ce qui concerne quelques formes spéciales, et particulièrement les déterminations spinales, sujet très à l'ordre du jour actuellement, mais qui ne rentre pas directement dans le plan de notre travail.

Les recherches anatomiques, macroscopiques, puis histologiques ne restent cependant pas en arrière; M. Magnan (1) y consacre sa thèse inaugurale et y revient à plusieurs reprises; MM. Bonnet et Pointcarré (2), insistent sur les altérations du grand sympathique; Magnan (3), Déjerine (4), Fürstner (5) signalent les dégénérescences des nerfs périphériques; Revillon (6), Magnan (7), Westphal (1), Simon (2), Obermeier (3), Rabenau (4), Dejerine, Clauss (5), Wagner (6), Cramp (7), Rouillard (8), Köberlin (9), Fürstner (10), établissent la constance des altérations de la moelle relevant de la paralysie générale. Tacher (11), Zacher (12), Schütz (13), Meyer (14), Kronthal (15), Pierret (16), Raymond (17), Joffroy (18), Tuczek (19) en localisant le début du processus pathologique dans les éléments nobles, reprennent l'étude des lésions corticales, en établissant la constance, et Klippel, complétant les recherches antérieures sur les altérations caractéristiques de la démence paralytique (20), arrive à séparer histologiquement cette maladie des autres affections analogues, sinon identiques, au point de vue clinique, telles que les pseudo-

(1) MAGNAN. *De la lésion anatomique de la paralysie générale progressive*, Th. de Paris, 1867.

(2) BONNET et POINTCARRÉ. Recherches sur l'anatomie pathologique et la nature de la paralysie générale, *Ann. méd.-psychol.*, 1868.

(3) MAGNAN. Relations entre les lésions du cerveau et certaines altérations de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 1870.

(4) DÉJERINE. Troubles trophiques cutanés, lésions de la moelle et des nerfs dans la paralysie générale, *Arch. de physiol.*, 1876.

(5) FURSTNER. Des altérations de la moelle et des nerfs périphériques dans la paralysie générale, *Arch. de physiol.*, 1892.

(6) REVILLON. Paralysie générale spinale, *Gaz. des hôpit.*, 1870.

(7) MAGNAN. Phénomènes spinaux dans la paralysie générale, *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 1878.

(1) WETSPHAL. Sur les altérations de la moelle dans la paralysie générale, *Arch. de Virchow*, 1867.

(2) SIMON. Sur l'état de la moelle épinière dans la paralysie générale et la fréquence de la myélite à corps granuleux, *Arch. f. Psych.*, 1868.

(3) OBERMEIER. Degen. des Rückenmarks bei progressiven Paralysie, *Arch. f. Psych.*, 1873.

(4) RABENAU. Verhæltniss der Körnchenzellen-Myelitis zür progressiven Paralysie der Irren, *Arch. f. Psych.*, 1873.

(5) CLAUSS. Lésions de la moelle dans la paralysie générale, *Allg. Zeits. f. Psych.*, 1882.

(6) WAGNER. Affections médullaires chez les paralytiques généraux, *Wien. Med.*, janvier 1884.

(7) CRAMP. Les conditions pathologiques de la moelle épinière chez les paralytiques généraux, *Brain*, 1885.

(8) ROUILLARD. Des symptômes spinaux dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 1888.

(9) KÖBERLIN. Sur l'espèce et la fréquence des lésions médullaires dans la paralysie générale, *Arch. f. Psych.*, 1890.

(10) FURSTNER. *Berlin. klin. Wochens.*, 1887; — *Arch. f. Psych.*, XXIV, et *Neurol. Centralbl.*, fév. 1893.

(11) TACHER. *Arch. f. Psych.*, V-XVIII.

(12) ZACHER. Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie générale, *Arch. f. Psych.*, XIV et XVIII; — *Neurol. Centralbl.*, 1886 — Congr. de Berlin, 1890.

(13) SCHUTZ. *Arch. f. Psych.*, XXII.

(14) MEYER. *Neurol. Centralbl.*, 1889, 1890.

(15) KRONTHAL. *Neurol. Centralbl.*, 1887.

(16) PIERRET. Congr. de Lyon, 1891.

(17) RAYMOND. Congr. de Lyon, 1891.

(18) JOFFROY. Congr. de Lyon, 1891.

(19) TUCZEK. Berlin, 1891.

(20) KLIPPEL. Lésions histologiques de la paralysie générale, Soc. anat., 1889; — *Méd. moderne*, 11 sept. 1890; — *Ann. de psychiatrie*, 1890; — *Rev. d'hypnologie*, 1890; — *Arch. de méd. expérim.*, 1891; — Pathogénie de la paralysie générale, *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1892; — Paralysie générale et tuberculose, *Ann. de psychiatrie*, 1891; — Pseudo-paralysie générale arthritique, *Rev. de méd.*, 1892; — Pseudo-paralysie générale névritique, *Gaz. hebd.*, fév. 1893; — Du délire des alcooliques, *Mercredi méd.*, oct. 1893.

paralysies générales syphilitique, alcoolique, arthritique, névritique, etc., et établit ainsi sur les bases de l'anatomo-pathologie la *paralysie générale vraie*, en tant qu'entité morbide nettement définie. Enfin, Meschede (1), Westphal (2) et d'autres auteurs, trop nombreux pour pouvoir être cités ici, attirent l'attention sur la sclérose des cordons postérieurs que l'on observe souvent, et dernièrement Raymond (3) soulève à la Société médicale des hôpitaux, sur les rapports de cette affection et du tabes médullaire, une discussion à laquelle prennent part MM. Rendu, Joffroy, Ballet, Mathieu. Ne pouvant entrer ici dans plus de détails, nous nous bornerons à signaler, parmi les nombreux travaux parus sur ce point spécial, ceux de Pierret (4), de Raymond (5), de Berbez (6), les thèses de Nageotte (7) (inspirée par Raymond), de Renaud (8) (inspirée par Ballet), de Stojanowitch (9) (inspirée par Joffroy) et les articles tout récents de Klippel (10) et de Marie (11), comme reproduisant les principales opinions soutenues à ce propos (12).

Mais ce qui frappe lorsque l'on parcourt la bibliographie de la péri-encéphalite diffuse, c'est, au milieu de la longue liste d'écrits inspirés par ce sujet, le petit nombre de travaux traitant des *complications* de cette affection; et cependant, loin d'être exceptionnelles, celles-ci sont une cause fréquente de mort.

Laissant de côté les complications bénignes, qui rentrent pour la plupart dans la grande catégorie des troubles trophiques, nous trouvons dans la statistique de Christian et Ritti, que 44 p. 100 de paralytiques généraux meurent dans le marasme par épuisement ou, plus souvent, par *infection* générale, à la suite d'eschares, de fusées purulentes et de septicémie. Quelques-uns se *suicident*, car la mort violente n'est pas rare chez ces malades; d'autres sont emportés subitement par une asphyxie accidentelle, due au bol alimentaire arrêté dans les voies respiratoires ou par une attaque apoplectiforme. Mais un grand nombre succombe à des *lésions viscérales* paraissant, au premier abord, étrangères à la maladie, ou ne s'en rapprocher qu'indirectement : telles sont les déterminations pulmonaires comme la pneumonie franche, la broncho-pneumonie, la congestion pulmonaire, les altérations du foie, du cœur, des reins, etc.

(1) Meschede. Dégénérescence grise et ramollissement des cordons postérieurs de la moelle dans la paralysie générale, *Centralbl. f. med. Wissench.*, 1866.

(2) Westphall. Altérations des cordons postérieurs chez les paralytiques généraux, *Arch. f. Psych.*, 1878, 1881, 1882.

(3) Raymond, Rendu, Joffroy, Ballet, Mathieu. Soc. méd. des hôpit., avril et mai 1892.

(4) Pierret. Rapports de la paralysie générale et du tabes, Congr. de Blois, 1892.

(5) Raymond. Observation pour servir à l'étude des rapports de la paralysie générale et du tabes, Soc. méd. des hôpit., déc. 1892.

(6) Berbez. Des rapports du tabes et de la paralysie générale, *Ann. méd.-psychol.*, 1893.

(7) Nageotte. *Tabes et paralysie générale*, Th. de Paris 1893.

(8) Renaud. *Étude des réflexes dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1893.

(9) Stojanowitch. *Étude critique sur les rapports du tabes et de la paralysie générale*, Th. de Paris, 1893.

(10) Klippel. Paralysie générale. Lésions et symptômes spinaux. Formes spinales, *Arch. de méd. expérim.*, 1er janv. 1894.

(11) Marie. Étude comparée des lésions médullaires dans le tabes et dans la paralysie générale, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 55.

(12) Pour les indications bibliographiques plus complètes sur les lésions de la moelle dans la paralysie générale, voir surtout la thèse de Nageotte et l'article de Klippel.

Afin de ne pas allonger outre mesure cette Revue, nous laisserons de côté les complications peu importantes, comme les éruptions cutanées de toutes sortes, les eschares, le mal perforant, l'othématome, les lésions osseuses et articulaires, les amyotrophies, etc., sur lesquelles nous avons insisté dans un autre travail (1), et nous ne traiterons ici que des *complications viscérales*, des altérations du foie, du rein, du cœur, du poumon dans la paralysie générale.

Ces complications viscérales ont une importance méconnue jusqu'ici, et présentent un double intérêt, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie de la folie paralytique. Si elles ont été si peu étudiées, presque passées sous silence dans les monographies même récentes, il faut l'attribuer à leur complexité apparente, qui a longtemps dérouté les recherches.

Nous retrouvons ici, en effet, des lésions d'ordres très divers. Tantôt ce sont des altérations évidemment antérieures au développement de l'affection cérébrale, tantôt il s'agit d'infections secondaires, greffées sur un terrain débilité, tantôt, enfin, on se trouve en présence de lésions congestives, qui paraissent dépendre directement de l'état du système nerveux central.

La paralysie générale est regardée, actuellement, comme affection relevant presque toujours d'une syphilis ancienne (91 p. 100, d'après la statistique de M. le professeur Fournier; 100 p. 100, d'après Esmarck et Jensen).

Cette opinion étant actuellement admise par la plupart des médecins, on a quelque tendance à dire en présence d'un malade qui nie tout antécédent spécifique ou dont les réponses ne donnent pas la preuve d'une spécificité antérieure : « C'est un paralytique général, *donc* c'est un ancien syphilitique. »

L'étude des lésions antérieures au développement de la péri-encéphalite diffuse, trouvées à l'autopsie, paraît montrer que si la syphilis est bien toujours la cause de beaucoup la plus fréquente, il n'en reste pas moins vrai, cependant, que la paralysie générale vraie peut se développer sous l'influence d'autres causes, d'autres infections, d'autres intoxications chroniques : la tuberculose, l'alcoolisme, par exemple, et que, chez les paralytiques généraux qui ont toujours affirmé n'avoir jamais eu ni chancre, ni roséole, ni aucun accident provenant de vérole antérieure, alors que l'autopsie ne vient pas révéler des lésions spécifiques du foie, des reins ou de quelque autre viscère, on observe souvent des lésions anciennes de nature variable auxquelles on est en droit d'imputer, à plus juste titre qu'à la syphilis, le développement de l'encéphalite.

Si l'étude des affections antérieures à la péri-encéphalite diffuse nous fait entrevoir la multiplicité des causes qui peuvent la déterminer, l'étude des altérations viscérales, sous la dépendance des lésions cérébrales, nous montre, au contraire, combien la paralysie générale vraie, quelle qu'en soit l'étiologie, affecte d'*unité*, tant dans ses manifestations extérieures que dans ses manifestations viscérales. Nous retrouverons, en effet, dans les parenchymes, ces mêmes troubles vaso-moteurs passagers mais répétés, finissant par laisser des désordres persistants, ces mêmes poussées congestives constatées chaque jour sur les téguments, pous-

(1) Durante. Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale, *Gaz. hebd.*, 1894.

sées qui peuvent rentrer probablement pour une grande part dans la production des troubles trophiques cutanés, auxquelles, en s'appuyant sur les recherches de Vallon, on est en droit de rapporter le développement de l'othématome, et qu'il faut invoquer pour expliquer les hémorragies sur la peau ou les muqueuses, la sialorrhée, les sueurs, la diarrhée, etc., en un mot, tous les symptômes d'hypersécrétion observés d'une façon paroxystique chez ces malades.

Les altérations du cœur, du foie, du rein, du poumon, avaient été déjà entrevues par quelques auteurs, mais tous n'y voyaient, avec Foville, que de pures coïncidences; quelques-uns, comme Marcé et Crichton Brown, admettaient tout au plus l'influence indirecte de la péri-encéphalite chronique, par suite de la cachexie profonde dans laquelle elle plongeait les malades. C'est Klippel qui, le premier, attira l'attention sur la fréquence de ces lésions, trop grande pour être due au seul affaiblissement général, d'autant plus qu'elles se montraient même chez les aliénés paralytiques, à la première période et encore vigoureux.

Il semblait difficile, au premier abord, de se reconnaître au milieu de ces altérations, toujours multiples et complexes, qui paraissent relever de processus pathologiques absolument différents et sans rapports avec les lésions cérébrales; plus difficile encore de dégager ce qui revenait à la paralysie générale elle-même, des lésions dues aux affections surajoutées ou à celles qui préexistaient à la maladie mentale. A cet effet, l'examen méthodique des viscères thoraciques et abdominaux de tous ces malades s'imposait, afin d'y rechercher la lésion constante due à la péri-encéphalite chronique et d'en séparer les altérations secondaires, variables suivant les cas, occasionnées par des infections intercurrentes ou, au contraire, déterminées par des accidents ultimes, indépendants de la maladie principale.

Il fallait enfin s'assurer que ces malades étaient de vrais paralytiques généraux et ne rentraient pas dans l'une de ces nombreuses pseudo-paralysies générales (1), si à l'ordre du jour actuellement. Ce diagnostic, si difficile au lit du malade, eût été presque impossible il y a quelques années, alors que les lésions macroscopiques venaient seules en aide au médecin pour confirmer le diagnostic clinique.

Mais actuellement, grâce aux observations et aux travaux de Tacher (2), Zacher (3), Schütz (4), Kronthal (5), Friedmann (6), Meyer (7), Fischl (8), Turck (9), Fürstner (10) en Allemagne et de Klippel (11) en France, on connaît suffisamment les lésions histologiques de l'écorce dans la paralysie générale vraie, pour pouvoir confirmer ou infirmer le diagnostic clinique par le seul examen de la substance grise du cerveau.

Nous ne pouvons entrer ici dans les détails de ces lésions caractéristiques (1), mais il importait de constater que les altérations dont nous nous occuperons plus bas, comme lésions viscérales de la paralysie générale, ont été constatées chez des malades atteints de *paralysie générale vraie, histologiquement reconnue*, et non de pseudo-paralysie générale, arthritique, alcoolique, syphilitique, tuberculeuse, etc.

Cherchant à établir la nature des différentes altérations viscérales constatées chez les paralytiques généraux, Klippel (2) donne une classification basée sur leur origine, sur les causes qui déterminent leur apparition, et répartit dans les quatre chapitres suivants les lésions que l'on peut retrouver chez un même malade arrivé à la dernière période de l'affection :

A. Des *lésions antérieures à l'éclosion de la paralysie générale.* Soit, par exemple, une cirrhose alcoolique, un foie ficelé, une néphrite interstitielle, dépendant d'une artério-sclérose généralisée, une tuberculose fibreuse ancienne du poumon.

B. Des *lésions liées à l'influence directe du système nerveux lésé* par la paralysie générale, se manifestant sous forme de congestion chronique, d'ectasies capillaires, d'hémorragies dans le foie, le rein, le poumon, le cœur et survenant au cours de la maladie, en dehors de tout état cachectique.

C. Des *lésions relevant de l'état de marasme.* Ce sont les dégénérescences graisseuses viscérales et les congestions *passives.*

D. Enfin, des *lésions dues à une infection secondaire* par le pneumocoque, le streptocoque, le bactérium coli, etc.

Il est évident que ces lésions ne se retrouvent pas toujours au complet. Celles qui font partie des deux derniers groupes font défaut chez les aliénés paralytiques succom-

---

(1) Klippel. Loc. cit.; — Caractères histologiques de la paralysie générale. Classification des paralysies générales, *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1891; — Pseudo-paralysie générale arthritique. Classification des paralysies générales, *Gaz. hebd.*, fév. 1893.

(2, 3, 4, 5) Tacher, Zacher, Schutz, Kronthal. Loc. cit.

(6) Friedmann. *Neurol. Centralbl.*, 1887.

(7) Meyer. Loc. cit.

(8) Fischl. *Zeits. f. Heilk.*, 1888.

(9, 10) Turck, Fürstner. Loc. cit.

(11) Klippel. Loc. cit.

(1) Les lésions caractéristiques de la *paralysie générale vraie*, qui doivent être recherchées au niveau des portions *non érodées* de l'écorce, sont en résumé les suivantes, d'après Klippel :

a. *Cellules nerveuses.* — Les cellules corticales des couches supérieures, qui sont les premières touchées, ne sont pas tant atrophiées que dégénérées; souvent gonflées, leurs prolongements ont disparu et leur protoplasma très clair est rempli de granulations en amas. Le noyau granuleux présente souvent des vacuoles. Parfois il y a nécrose de coagulation ou dégénérescence colloïde.

Prolifération des petites cellules rondes de remplacement dans l'espace lymphatique autour de la cellule nerveuse, qui peut être recouverte ou même envahie.

Ces lésions sont éparses et diffuses.

b. *Tubes nerveux.* — Destruction presque complète d'abord des grosses fibres à myéline, ascendantes et transversales, formant un large réseau quadrilatère à la partie inférieure de la substance grise et ensuite des filets nerveux très fins cheminant dans tous les sens dans la portion moyenne des circonvolutions.

c. *Vaisseaux.* — *Lésions inflammatoires et non dégénératives.* Néoformation vasculaire. *Diapédèse considérable*, au niveau de leur trifurcation dans la gaine lymphatique, des derniers vaisseaux à tunique moyenne, arrivant à cacher celle-ci.

Pas de dégénérescence des parois musculaires et pas de grosses granulations ocreuses. Pas d'athérome si la paralysie générale vraie n'est pas associée.

Ces caractères permettent de distinguer la paralysie générale vraie des autres affections presque identiques au point de vue clinique, telles que la démence sénile et les pseudo-paralysies générales arthritiques, alcooliques, syphilitiques, etc., qui nécessitent souvent l'examen microscopique pour en être séparées.

La paralysie générale vraie est donc, comme on le voit par ses lésions vasculaires, une affection plutôt *inflammatoire*, dans l'écorce cérébrale tout au moins, une véritable encéphalite, et se distingue nettement par ce seul fait des pseudo-paralysies générales qui, elles, présentent des altérations à forme dégénérative et régressive.

(2) Klippel. Foie, rein, cœur, poumon vaso-paralytiques, *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1892.

bant au début de l'affection ; les infections secondaires emportent souvent le malade avant qu'il soit parvenu à la période marastique ; quant aux altérations du premier groupe, elles varient nécessairement dans chaque cas particulier. Seules, les lésions du second groupe sont constantes, et c'est cette constance même qui permet de les regarder comme indépendantes de toute cause autre que l'encéphalite chronique et relevant directement de l'altération des centres nerveux, d'autant plus que, par sa nature, cette ectasie des capillaires se rapproche éminemment de ce que l'on observe à chaque pas dans l'étude clinique et anatomo-pathologique de la paralysie générale vraie, ainsi que nous le verrons plus loin.

Nous allons donc passer successivement en revue l'état du poumon, du cœur, du foie et des reins, chez les aliénés paralytiques. Nous ne saurions mieux faire que de suivre de près la description qu'en a donnée Klippel, en décrivant successivement, à propos de chacun de ces organes, les lésions antérieures à l'affection nerveuse, les lésions qui en dépendent, les lésions marastiques et les lésions occasionnées par des infections secondaires. Toutefois, nous réunirons souvent dans le même chapitre les lésions marastiques et celles qui sont sous l'influence directe de la paralysie générale, car leur distinction est fréquemment une affaire de degré, et les premières ne paraissent, dans le plus grand nombre des cas, qu'un état plus avancé des secondes qui, établies dès le début et évoluant progressivement, se sont aggravées et complétées par suite de l'affaiblissement et de la cachexie générale.

II

LÉSIONS DES POUMONS

Marcé, dans son *Traité des maladies mentales*, Foville signalent la pneumonie, la gangrène pulmonaire, la tuberculose, la congestion et la splénisation du poumon, chez les paralytiques généraux, mais ils les considèrent comme des affections intercurrentes, purement accidentelles, et se refusent à admettre aucun lien entre les altérations de l'écorce cérébrale et celle du parenchyme pulmonaire.

Crichton Brown (1) insiste sur la fréquence des complications pulmonaires mais l'attribue aussi au décubitus ou à l'affaiblissement général, particulièrement à l'affaiblissement des muscles respiratoires.

Voici d'abord la statistique relevée par cet auteur.

Plèvres : saines dans 36 p. 100 des autopsies ; dans 74 p. 100, présentant des symptômes inflammatoires récents ou anciens.

Poumons : Congestion dans 49 p. 100, généralement bilatérale et hypostatique ;

Pneumonie dans 13 p. 100, desquels deux cas seulement de pneumonie franche, les autres cas sont des broncho-pneumonies ;

Tuberculose dans 25 p. 100 ;

Abcès du poumon dans 2 p. 100, généralement multiples et métastatiques ; dans un seul cas unique, probablement métapneumonique ;

Gangrène pulmonaire, pas un seul cas.

La statistique dressée par Klippel, d'après les 35 cas qu'il a pu recueillir à l'hospice Sainte-Anne, est peu différente de la précédente :

Poumons sains. . .	4 cas	11.43 p. 100.	
Emphysème isolé. .	2 —	5.71 p. 100.	
Pneumonie franche.	1 —	2.57 p. 100.	
Broncho-pneumonie en foyers	3 —	8.57 p. 100.	66 p. 100.
Broncho-pneumonie pseudo-lobaire . .	6 —	17.14 p. 100.	
Congestion œdémateuse	4 —	11.43 p. 100.	
Apoplexie en gros foyers.	4 —	11.43 p. 100.	
Congestion simple isolée.	6 —	17.14 p. 100.	
Tuberculose	5 —	14.28 p. 100.	

Ces statistiques concordent par la grande fréquence de la congestion. Celle-ci, en effet, est notée dans la moitié des cas par Crichton Brown ; dans le tableau de Klippel elle paraît, à différents degrés, depuis la congestion simple jusqu'à la broncho-pneumonie, dans 66 p. 100 des autopsies ; mais ce ne sont là que les observations où elle se montrait isolée, et cet auteur a soin d'ajouter qu'elle s'associait presque toujours aux autres lésions. C'est donc un phénomène variable dans son intensité, mais à peu près constant.

III

A. Lésions antérieures au développement de la paralysie générale. — 1. Nous n'insisterons pas sur l'*emphysème* rencontré accidentellement dans les autopsies, et qui, ne différant pas de ce que l'on observe chaque jour, ne mérite qu'une simple mention.

2. La *tuberculose* présente un bien plus grand intérêt et doit être étudiée avec quelques détails, puisque, selon Klippel (1), elle serait, dans quelques cas, la cause de la paralysie générale vraie.

Les aliénés paralytiques peuvent contracter pendant leur maladie une tuberculose à marche plus ou moins rapide et succomber aux progrès de la phtisie. On retrouve alors, à l'autopsie, tous les signes de cette complication arrivée à la dernière période. Mais cette forme doit rentrer dans le chapitre des infections secondaires où nous aurons l'occasion de la retrouver. Elle est, du reste, fort rare ; les paralytiques généraux, a-t-on dit, ne sont que peu prédisposés à la tuberculose et dans la statistique de Bergonier, basée uniquement sur la clinique, on ne la rencontre que dans 2 p. 100 des observations.

Mais il est une autre forme qui mérite toute notre attention et que signalaient déjà Calmeil et March, en insistant sur sa marche ; c'est la *forme lente*, à évolution sourde, *latente*. Il est à remarquer que, dans ce cas, la tuberculose est *antérieure* au début de l'affection cérébrale et qu'il s'agit de cette variété de *tuberculose fibreuse* ayant presque une durée indéfinie, puisque le malade guérit et enkyste ses granulations ou cicatrise ses cavernes, à mesure qu'elles se produisent.

Au point de vue clinique, la lésion pulmonaire demeure longtemps inaperçue, n'est découverte que très tard si

(1) Crichton Brown. Pathologie pulmonaire de la paralysie générale, *Brain* 1883.

(1) Klippel. Tuberculose et paralysie générale, loc. cit., *Ann. de psychiatrie*, 1891.

l'attention est accidentellement attirée du côté du système respiratoire, ou même reste ignorée jusqu'à la mort du malade. Parfois on pourra diagnostiquer la bacillose en voyant survenir chez un aliéné paralytique déjà avancé un amaigrissement rapide et extrême; le facies devient celui d'un tuberculeux à la troisième période, la toux se montre ainsi que la fièvre hectique, la diarrhée apparaît bientôt et l'auscultation permet de déceler une infiltration avancée ou de nombreuses cavernes. A l'autopsie, on trouve les lésions d'une tuberculose à la période cavitaire, une poussée de granulie, une pneumonie caséeuse à ramollissement rapide; mais, à côté de ces altérations récentes, on rencontre des tubercules fibreux ou calcifiés, parfois même d'anciennes cavernes à parois dures et sèches, fibreuses, épaissies, indiquant des lésions anciennes longtemps demeurées latentes. L'affaiblissement général empêchant le malade de calcifier plus longtemps ses tubercules, une poussée aiguë de granulie est venue s'ajouter pour hâter la cachexie finale.

Mais le plus souvent, l'évolution est absolument latente. Il n'y a ni toux, ni expectoration, ni fièvre, ni hémoptysie, la réaction paraît nulle, l'embonpoint et l'appétit persistent et nul ne penserait avoir affaire à un tuberculeux si, à l'amphithéâtre, à la condition, toutefois, de les rechercher méthodiquement, on ne retrouvait un plus ou moins grand nombre de tubercules presque tous fibreux. On peut alors se convaincre que cette lésion est plus fréquente qu'on ne l'enseigne généralement; Klippel a pu ainsi la constater dans près de 15 p. 100 de ses malades et Crichton Brown, se basant aussi sur les résultats des autopsies, la signale dans 25 p. 100 de ses observations; ce qui dépasse beaucoup la moyenne de ce que l'on rencontre dans les autres vésanies qui, cependant, plus que celles-ci, sont sujettes à la bacillose.

Ainsi donc, si les aliénés paralytiques *deviennent* rarement tuberculeux, on constate par contre, assez souvent, chez eux, la présence de tubercules plus ou moins fibreux n'ayant pas donné lieu à des signes cliniques, mais indiquant que ces malades étaient depuis longtemps sous l'influence sourde d'une bacillose éminemment latente. *C'est à l'existence de cette forme chronique de la tuberculose chez quelques paralytiques généraux, que Klippel attribue une grande importance au point de vue étiologique.*

Cette opinion ne nous paraît nullement inadmissible, car chacun est frappé, même après un examen peu approfondi, du parallélisme presque absolu qui existe entre la tuberculose et la syphilis. Toutes deux sont des maladies infectieuses caractérisées avant tout par la production de nodules inflammatoires spécifiques, le tubercule et les gommes miliaires. Ces nodules, ayant conflué ou non, peuvent évoluer soit vers le ramollissement (*gommes, tubercule caséeux*) et tendre à s'éliminer en laissant une caverne, soit vers la transformation fibreuse et devenir un tubercule fibreux, une caverne à parois dures et épaisses ou une cicatrice étoilée.

Ici se montre une différence plus apparente que réelle. La syphilis poursuit sa marche, sans tuer le malade. Les accidents dits spécifiques disparaissent et font place à une période quaternaire caractérisée par des accidents de sclérose post-infectieuse, non justiciables du traitement et résultant, peut-être, d'une intoxication chronique par élaboration continue des poisons sécrétés par les microbes, mais dont l'action, au lieu de se limiter plus ou moins aux points envahis par les agents infectieux, se porte au contraire sur certains tissus par suite d'une « action élective due, non pas tant à la nature même de l'organe touché, qu'à sa faiblesse congénitale ou acquise » (Raymond). C'est ainsi que l'on expliquerait, en particulier, l'apparition du tabes et surtout de la paralysie générale vraie chez d'anciens syphilitiques qui, presque tous, pour ne pas dire tous, présentent une hérédité névropathique évidente et chargée.

La tuberculose, au contraire, tue généralement dès la période de ramollissement. La dernière période fait donc, le plus souvent, défaut, ou plutôt l'attention n'a pas été, jusqu'ici, suffisamment attirée sur les malades, calcifiant leurs granulations et passant pour plus ou moins complètement guéris.

La période de sclérose à distance et sans nodules tuberculeux n'en existe, cependant, pas moins, mais elle exige, pour se développer, un bacille peu actif ou un organisme très résistant. M. Pilliet (1) est arrivé, en inoculant des bacilles de la tuberculose aviaire, moins virulents que ceux de la tuberculose humaine, à déterminer, chez les animaux, une cirrhose tuberculeuse du foie spéciale, sans tubercules et se rapprochant, par plus d'un côté, de certaines cirrhoses syphilitiques. Cette cirrhose est très rare chez l'homme, mais a pu, cependant, être constatée dans quelques cas exceptionnels de tuberculose à forme très lente.

Par conséquent, de même que la syphilis, quoique plus rarement, la *tuberculose peut présenter une période quaternaire* caractérisée, elle aussi, par des scléroses post-infectieuses dues à une intoxication chronique, agissant probablement à distance sans que, comme dans les périodes précédentes, il soit nécessaire que le microbe se trouve au point même où se développent les manifestations pathologiques et ayant aussi, très vraisemblablement, sur certains tissus, une action élective déterminée par une prédisposition acquise ou héréditaire.

Il est admis que la paralysie générale vraie est, le plus souvent, d'origine syphilitique et doit être rapportée généralement précisément à ces scléroses tardives, à ces accidents quaternaires de la vérole. Ces mêmes scléroses tardives pouvant, ainsi que nous venons de le voir, se développer aussi dans les cas de tuberculose à forme très lente, il n'est nullement inadmissible que certaines paralysies générales vraies reconnaissent comme origine l'action éloignée du bacille de Koch au même titre que d'autres sont nettement imputables à la syphilis.

Si la syphilis est une cause si fréquente de péri-encéphalite chronique, c'est que, une fois les accidents spécifiques éteints, le malade reste sous le coup d'une intoxication lente qui ne se manifestera que dans certaines occasions et dont les localisations, comme nous l'avons dit, dépendront, selon toute probabilité, de la moindre résistance de certains systèmes prédisposés.

Si la syphilis tuait dans les premières années de son développement, elle ne figurerait jamais à l'étiologie de la paralysie générale.

En présence de l'analogie qui existe entre ces deux affections, il semble difficile d'hésiter à admettre, avec Klippel, que la tuberculose peut, de la même façon, être, elle aussi la cause de certains cas de paralysie générale vraie. La rareté de cette origine proviendrait uniquement de ce que le bacille

(1) Pilliet. Th. de Paris, 1892.

de Koch tue généralement à bref délai et n'accorde pas aux malades le temps nécessaire pour qu'éclatent ces accidents de sclérose tardive. Mais que les tuberculeux jouissent d'une résistance, d'une survie suffisante et l'on pourra voir se développer ces accidents à longue échéance, soit du côté du foie, ainsi que cela a été déjà observé, soit du côté du système nerveux, pour peu que ce système présente une moindre résistance acquise ou héréditaire.

Il en résulte que, lorsque rien dans les antécédents ou l'autopsie du malade ne permet de relever la syphilis et que l'on retrouve des traces évidentes de vieille tuberculose à forme lente, fibreuse, tout porte à penser que cet ancien processus tuberculeux, après s'être plus ou moins bien éteint localement et par suite des lésions secondaires qu'il laisse ou provoque encore dans l'organisme, est susceptible de favoriser l'éclosion des lésions cérébrales non spécifiques, qui caractérisent la paralysie générale vraie vulgaire et dont la cause première doit être rapportée à cette infection tuberculeuse ancienne.

Il faut donc deux grandes conditions au moins pour permettre à la paralysie générale vraie d'apparaître et d'évoluer aussi bien chez un bacillaire que chez un vérolé : la première est un système nerveux prédisposé; la seconde, une survie assez longue pour accorder aux accidents de sclérose tardive le temps de se développer. Cette dernière condition se trouvant rarement remplie chez les tuberculeux, ceux-ci ne paient qu'un faible tribut à la péri-encéphalite chronique; les syphilitiques, au contraire, la réalisant d'une façon presque constante, tous ceux qui présenteront quelque tare nerveuse seront susceptibles de devenir des aliénés paralytiques.

Quant à la pathogénie des lésions cérébrales qui surviennent dans ces conditions, elle peut être expliquée, dit Klippel, par les troubles de dénutrition d'origine toxique et assimilée à celles que l'on observe si fréquemment dans les nerfs périphériques de ces malades. Cette hypothèse est encore corroborée par le fait que, parmi les altérations de la paralysie générale vraie, celles qui touchent les tubes nerveux intra-corticaux sont caractéristiques de la maladie et peuvent parfaitement être comparées aux altérations analogues des nerfs périphériques.

C'est à dessein que nous avons développé ici un peu longuement cette théorie de la paralysie générale vraie d'origine tuberculeuse qui n'avait pas été proposée jusqu'ici, avant les travaux de Klippel, sur les différentes péri-encéphalites chroniques et dont l'importance n'échappera à personne, car elle tend à prouver que si la paralysie générale est une entité anatomique, une affection spéciale dont les lésions anatomo-pathologiques, toujours les mêmes, sont caractéristiques, elle reconnaît cependant des origines variables et que l'on ne saurait trop, à propos de chaque cas, fouiller les antécédents du malade pour en rechercher la cause première.

Nous insistons encore sur ce point que, dans ce qui précède, nous n'avons eu en vue que la seule *paralysie générale vraie*, dont les lésions caractéristiques sont histologiquement reconnues. Il n'est nullement question de ce que Klippel a appelé les *pseudo-paralysies générales* syphilitique, tuberculeuse, alcoolique, arthritique, etc., affections dont la marche clinique simule parfois absolument la paralysie générale vraie, mais dont les lésions différentes ne cadrent pas avec celles que nous avons rappelées plus haut et doivent être rapportées, au contraire, à des altérations spécifiques tuberculeuses ou syphilitiques de l'écorce, à des lésions vasculaires dépendant de l'artério-sclérose ou à des névrites périphériques.

IV

B. Lésions pulmonaires vaso-paralytiques. — La lésion qui domine tout dans ce chapitre, celle que nous retrouverons à chaque pas comme base de toutes les altérations, c'est la *congestion* à tous ses degrés et sous toutes ses formes. On peut ainsi rencontrer séparément ou réunies chez le même malade, depuis la congestion simple jusqu'à la splénisation, à la bronchopneumonie pseudo-lobaire et aux hémorragies capillaires, en dehors de toute complication infectieuse, et fréquemment on a dû prendre en clinique pour une pneumonie apyrétique, ce qui, au point de vue anatomo-pathologique, ne devait être considéré, ainsi que nous le verrons plus bas, que comme une congestion poussée au dernier degré.

Jusqu'ici, la congestion, se montrant à une période quelconque de la maladie, avait été souvent constatée et Crichton Brown, dans son travail sur la pathologie pulmonaire des aliénés paralytiques, la signale dans 49 p. 100 des cas, mais elle avait toujours été, soit confondue avec les altérations occasionnées par les infections secondaires, soit attribuée à la cachexie simple et considérée comme dépendant du décubitus ou de l'affaiblissement des muscles respiratoires.

Klippel, reprenant l'étude de cette question, rencontre cette congestion pulmonaire isolée sous une quelconque de ses formes dans 66 p. 100 de ses observations et la relève dans presque tous les autres cas de paralysie générale comme altération concomitante. C'est à lui que revient d'avoir le premier montré la nature de ces lésions, aussi analyserons-nous, en le suivant de près, le travail de cet auteur en réunissant avec lui, dans un même chapitre, les formes congestives qui s'imposent comme telles par le seul examen macroscopique des pièces, réservant pour un paragraphe spécial les formes qui simulent, même sur la table de l'amphithéâtre, la pneumonie franche, au point d'avoir souvent été prises pour elle, mais qui en diffèrent absolument sous le microscope.

1. *Congestion, œdème, hémorragies pulmonaires. Bronchopneumonie en foyers disséminés.* — Ces divers degrés de la congestion des capillaires pulmonaires se rencontrent d'ordinaire simultanément chez le même malade, et cette complexité même, cette coïncidence de lésions multiples, d'apparence variable, mais identiques par leur nature, constitue précisément une des particularités du poumon de la paralysie générale. Cependant ces diverses formes de la congestion sont, le plus souvent, inégalement réparties, peuvent être plus ou moins accentuées et chacune d'elles peut prédominer, sinon dans tout le parenchyme, du moins en certains points; aussi passerons-nous en revue successivement chacune de ces lésions, en appuyant surtout sur les détails qui s'écartent un peu de ce que l'on rencontre d'habitude dans les cas analogues observés chez les autres malades.

a. La *congestion* existe d'une façon presque constante dans les poumons des aliénés paralytiques. Tant au point de vue macroscopique qu'au point de vue histologique, elle ne présente pas, par elle-même, de caractères spéciaux, mais offre ceci de particulier qu'elle est presque toujours accom-

pagnée de noyaux de bronchopneumonie disséminés ou de petits foyers hémorragiques que nous retrouverons plus loin.

Dans les points atteints le poumon est plus foncé, plus lourd ; à la coupe, le parenchyme laisse écouler une grande quantité de sang liquide, mais un fragment mis dans l'eau surnage, car les alvéoles contiennent encore de l'air. Sur les coupes microscopiques, on constate que les capillaires gorgés de sang sont tortueux, présentent des dilatations variqueuses et forment des saillies dans l'intérieur des acini pulmonaires.

Cette congestion siège d'un seul ou, le plus souvent, des deux côtés et prédomine aussi bien au sommet que dans le lobe moyen ou à la base. Il ne s'agit donc pas, ici, d'une congestion hypostatique due au décubitus, d'autant plus qu'on la retrouve même chez les paralytiques généraux ayant succombé accidentellement au début de leur affection.

b. L'*œdème* est très fréquent, mais généralement unilatéral, il ne se complique ni d'épanchement pleural, ni d'œdème périphérique. Il peut accompagner la congestion ou prédominer du côté opposé et occupe un point quelconque du parenchyme, la base n'étant pas le plus souvent intéressée, ce qui permet d'éliminer toute idée d'un œdème passif dû au séjour prolongé au lit ou à l'affaiblissement des mouvements respiratoires, comme le pensait Crichton Brown.

Les portions du poumon ainsi affectées tranchent par leur décoloration sur celles où domine la congestion. Sur la coupe, il s'écoule une grande quantité de liquide clair, spumeux, qui sourd encore plus abondamment lorsqu'on comprime les tissus entre les doigts.

Histologiquement, on remarque que non seulement le tissu conjonctif présente un œdème très notable, mais que tous les vaisseaux sont distendus, gorgés de sang, et que leur tunique externe, tuméfiée, est remplie de globules et de sérosité. Quelques veines sont oblitérées par de la fibrine. Les bronches, atteintes d'un léger catarrhe, sont aussi entourées de vaisseaux dilatés. Dans les alvéoles, on trouve un exsudat séreux contenant un peu de fibrine en filaments et des éléments figurés représentés par des leucocytes et quelques grandes cellules peu nombreuses, de forme irrégulière, dont le protoplasma contient constamment des gouttelettes graisseuses, souvent de grosses granulations noires, et qui ne sont que les cellules épithéliales de revêtement tombées dans la cavité alvéolaire et en voie de dégénérescence granulo-graisseuse.

c. Les foyers d'*apoplexie pulmonaire* sont constants chez les aliénés paralytiques, mais il est rare qu'ils atteignent une étendue aussi considérable que dans d'autres affections, l'hémorragie cérébrale en particulier. Leurs dimensions sont, du reste, très variables ; parfois, ils sont assez volumineux et se présentent au centre de points congestionnés comme de petites taches noirâtres, ne crépitant plus et plongeant au fond de l'eau ; mais lorsque ces foyers hémorragiques, relativement grands, font défaut, on retrouve toujours sur les coupes histologiques de petits foyers microscopiques nombreux où les alvéoles et le tissu conjonctif sont infiltrés de sang et transformés en un lac sanguin plus ou moins étendu.

d. On rencontre, enfin, au niveau des portions congestionnées, des *noyaux de bronchopneumonie* de volume variable et irrégulièrement disséminés. Ils sont généralement peu apparents, étant masqués par la congestion avoisinante, et surnagent grâce aux tissus perméables à l'air qui les entourent. Outre les lésions congestives que l'on observe ici comme partout ailleurs, on constate qu'au niveau de ces noyaux les alvéoles sont remplies de détritus cellulaires, de cellules petites à protoplasma clair ou semé de granulations jeunes et de grandes cellules peu nombreuses régulièrement arrondies, uni ou, plus rarement, multinucléaires et présentant toujours de grosses granulations noires, indice de congestion chronique.

2. *Bronchopneumonies pseudo-lobaires*. — Presque tous les auteurs traitant des complications pulmonaires de la paralysie générale signalent, avec soin, la pneumonie, tandis qu'ils passent la bronchopneumonie presque sous silence, bien que celle-ci soit aussi fréquente que la première est exceptionnelle. Mais cela s'explique en voyant combien cette forme de bronchopneumonie simule, même sur la table de l'amphithéâtre, la pneumonie franche aiguë. Il faut même, souvent, un examen histologique attentif pour s'assurer que l'on n'est pas en présence d'une vulgaire hépatisation à pneumocoques.

Marcé, cependant, attirait déjà l'attention sur certaines particularités dans l'aspect de cette soi-disant pneumonie des aliénés paralytiques ; il remarquait que la condensation du parenchyme se rapprochait plutôt de la splénisation ou de la carnification des pneumonies hypostatiques, que le poumon compact était lisse et non granuleux à la coupe, et enfin que l'hépatisation grise était très rare.

Quant à Crichton Brown, il classe 13 p. 100 de ses cas sous la rubrique de pneumonie, mais il a soin d'ajouter que deux seulement étaient des pneumonies franches et que les autres rentraient plutôt dans les bronchopneumonies hypostatiques, attribuant toujours, comme nous l'avons vu plus haut à propos des autres congestions, cette lésion pulmonaire au décubitus et à l'affaiblissement de la respiration.

Klippel, enfin, insiste encore, à son tour, sur la rareté extrême de la pneumonie vraie (un seul cas), contrastant avec la fréquence de la *bronchopneumonie pseudo-lobaire* (six cas), montre qu'il s'agit ici, non pas d'une hépatisation vraie, mais d'une altération purement congestive comme les précédentes, et fait ressortir les caractères surtout histologiques qui différencient ces deux ordres d'affections.

Cependant cette bronchopneumonie n'est pas toujours identique à elle-même. Tantôt c'est une véritable splénisation analogue à celle que l'on observe chez beaucoup de malades. Tantôt elle revêt une forme hémorragique où l'on retrouve un des caractères importants des lésions viscérales de la paralysie générale.

a. *Bronchopneumonie pseudo-lobaire simple*. — Pour Marcé cette complication serait double dans la moitié des cas, mais selon Calmeil, Thore (1) et Klippel, elle ne siégerait qu'exceptionnellement des deux côtés et se montrerait plus fréquente à gauche.

A l'autopsie, on trouve tout un lobe du poumon très augmenté de volume, résistant, compact, carnifié, absolument privé d'air. Quoique la splénisation atteigne la surface du parenchyme, il n'y a pas d'épanchement dans la plèvre et la surface de la séreuse est absolument indemne de fausses membranes. A la coupe qui, sans être sèche cependant, ne donne que peu de liquide, on constate que le tissu est plutôt flasque et ne se déchire pas avec la friabilité de

(1) Thore. *Ann. méd.-psychol.*, 1844.

la pneumonie. La surface de section est, du reste, lisse, et ne donne pas, au râclage, les grumeaux fibrineux de l'hépatisation franche; mais un fragment jeté dans l'eau, y plonge immédiatement jusqu'au fond.

Les coupes histologiques offrent un aspect bien différent de celui de la pneumonie. Ici, comme plus haut, c'est la congestion qui domine.

Les vaisseaux d'un certain calibre sont gorgés de sang et les capillaires dilatés, variqueux, décrivent des sinuosités, font saillie dans les alvéoles. Dans les vésicules se montrent parfois quelques thromboses fibrineuses; dans la tunique externe des grosses artères on rencontre constamment des amas de grosses granulations d'un noir foncé qui, ne se retrouvant pas dans le tissu péri-alvéolaire et péri-bronchique, sont l'indice, pour Klippel, d'un processus de congestion chronique.

Dans la pneumonie, les alvéoles sont remplis d'un riche réseau de fibrine; celui-ci fait ici complètement défaut. Les alvéoles contiennent du liquide œdémateux, des globules rouges, des leucocytes, de grandes cellules épithéliales à noyau encore colorable et à protoplasma en état de dégénérescence graisseuse renfermant, en outre, des granulations noires, ocreuses ou rougeâtres. Quant à la fibrine on peut en rencontrer de rares granulations, mais elle ne se montre jamais sous forme de réseau serré.

Il s'agit donc ici d'une congestion intense, ayant débuté depuis longtemps, analogue à ce que l'on observe chez certains cardiaques et n'ayant rien de caractéristique en elle-même; mais le seul fait de cette congestion chronique rentre dans le cadre de ces lésions congestives que nous retrouvons à chaque pas.

b. *Bronchopneumonie pseudo-lobaire hémorragique.* — Ici nous sommes en présence de l'état congestif poussé au dernier degré. Macroscopiquement l'aspect du poumon est presque identique à ce que nous avons décrit dans la forme précédente, mais, si l'on fait couler sur la coupe un filet d'eau, on voit y apparaître, tranchant sur le fond un peu plus clair, des taches grosses comme des lentilles, d'un rouge sombre, au contour mal limité. Ce sont de petits foyers hémorragiques.

Histologiquement ces foyers hémorragiques se retrouvent sous forme de lacs sanguins infiltrant tout un lobule et remplissant les alvéoles. Mais on constate, en outre, que, en dehors de ces points, tous les vaisseaux, extrêmement dilatés, présentent une abondante diapédèse diffuse parsemant de globules rouges le voisinage des vaisseaux et l'intérieur des alvéoles qui contiennent également des cellules desquamées chargées de pigment sanguin.

Cette forme caractérisée par la présence de foyers hémorragiques miliaires, d'hémorragies diapédétiques et de congestion intense, présente un aspect bien spécial qui paraît être le propre de la paralysie générale. On peut la rapprocher des foyers hémorragiques que l'on rencontre dans le poumon à la suite d'autres affections encéphaliques et, en particulier, de l'apoplexie cérébrale, mais alors ces foyers, développés brusquement, sont beaucoup plus étendus que dans le cas qui nous occupe où ils succèdent à une congestion chronique lentement progressive.

Nous allons retrouver, du reste, des lésions absolument identiques dans les autres viscères, mais toutes ces formes congestives que nous venons de passer en revue, reliées les unes aux autres par des liens étroits, souvent réunies dans le même organe, paraissent n'être que des degrés différents d'une même altération et relever toutes d'un même trouble vasculaire que Klippel regarde comme une *vaso-paralysie chronique primitive.*

3. La *marche clinique* de ces diverses congestions pulmonaires est éminemment latente. Aucun symptôme extérieur ne vient les révéler et elles passeraient presque toujours inaperçues si on ne les recherchait pas de parti pris. Du reste l'examen de ces malades n'est pas aisé car il est souvent impossible de les faire respirer d'une façon suffisante. Lorsqu'on y parvient on entend généralement quelques gros râles muqueux, quelques râles sonores disséminés des deux côtés. La fièvre n'apparaît que passagèrement à l'occasion des poussées congestives encéphaliques ou dans le cas d'une infection surajoutée. La toux, la dyspnée, l'expectoration font défaut; même dans le cas de bronchopneumonie pseudo-lobaire, le souffle bronchique et les râles crépitants manquent d'habitude. Le malade tombe subitement dans une prostration extrême, le faciès s'altère, le pouls devient faible, la respiration s'embarrasse, un râle trachéal apparaît et la mort survient dans la journée ou dans les vingt-quatre heures. Cependant tous ces symptômes peuvent faire défaut; la mort survient alors subitement sans signe prémonitoire (au milieu de la conversation par exemple) et l'on trouve à l'autopsie une splénisation de tout un lobe.

Cette absence de réaction de la part du malade est due probablement à la marche chronique de cette congestion qui s'établit lentement en ne faisant que des progrès insensibles. Ces lésions ne sont pas occasionnées par la cachexie, l'affaiblissement général et ne sont même, généralement, pas la cause de la mort contrairement à ce que l'on serait tenté de croire (à moins qu'il ne s'agisse de bronchopneumonies très étendues), car on les retrouve toujours, et parfois très accentuées, chez des paralytiques généraux ayant succombé à des accidents cérébraux comme les attaques apoplectiformes ou épileptiformes, qui, jusqu'au dernier jour, n'avaient présenté aucun symptôme pulmonaire et ceci à n'importe quelle période de la maladie.

C. Infections secondaires des poumons. — La déchéance générale de l'organisme des aliénés paralytiques les prédispose éminemment aux infections secondaires, aussi celles-ci sont-elles fréquentes chez ces malades. Mais cette déchéance même imprime à leur allure un aspect spécial, caractérisé généralement par la brusquerie apparente de leur début, et la rapidité de leur évolution dans un milieu incapable d'aucune résistance.

Contrairement aux complications que nous avons étudiées jusqu'ici et durant lesquelles l'apyrexie est constante, la fièvre apparaît souvent. Toute élévation de température devra donc faire songer à une infection secondaire, lorsque, ne coïncidant pas avec une simple période d'excitation et ne relevant pas d'une cause purement corticale, elle s'accompagne de symptômes pulmonaires, de délire ou simplement d'affaiblissement général et de cachexie plus prononcée. Cependant même dans cet ordre de complications elle peut faire défaut et l'on a vu, en particulier, des pneumonies évoluant jusqu'au bout avec une température normale. Quoi qu'il en soit, ce symptôme est très important et devra être recherché d'autant plus attentivement que les infections

secondaires étant généralement mortelles à bref délai, toute ascension thermométrique doit faire craindre une fin prochaine.

1. La *tuberculose* peut, contrairement à ce que l'on a prétendu, se développer chez les paralytiques généraux qui ne sont nullement, ainsi qu'on le croyait, réfractaires au bacille de Koch. Mais, le plus souvent, il s'agit d'une tuberculose ancienne à forme lente, fibreuse, qui, subitement, se réchauffe, essème; il se fait une poussée de granulie. Le malade qui, jusque-là, jouissait d'un bon état général, maigrit, prend le faciès bacillaire, se met à tousser, plus tard apparaît la fièvre hectique et même la diarrhée; l'auscultation permet de reconnaître les signes de condensation, puis de ramollissement du parenchyme pulmonaire, et les progrès de la phtisie entraînent d'autant plus rapidement la mort que la cachexie de la paralysie générale s'ajoute à la cachexie tuberculeuse. L'autopsie permet de constater la rapidité de l'évolution des lésions.

2. La *pneumonie franche* à pneumocoque est une complication qui se montre très rarement chez les aliénés paralytiques. Si Marcé la regarde comme fréquente et lui attribue même jusqu'à 20 p. 100 de décès, c'est que, comme nous l'avons dit plus haut, il confondait avec elle ces bronchopneumonies pseudo-lobaires simples ou hémorragiques, qui, par leurs signes cliniques et même sur la table d'autopsie, peuvent la simuler étrangement. Mais Crichton Brown, tout en classant sous la rubrique : pneumonie, 13 p. 100 des complications pulmonaires, attire l'attention sur le fait qu'il n'a rencontré que deux cas seulement de pneumonie vraie et Klippel sur 35 autopsies n'en a constaté qu'un seul.

Tout au contraire, de ce que nous avons vu à propos des bronchopneumonies pseudo-lobaires, vaso-paralytiques, il s'agit ici d'une hépatisation complète. Le lobe atteint, recouvert d'une plèvre avec fausses membranes fibrineuses, lorsque le foyer est superficiel, est augmenté de volume, foncé, lourd, granuleux à la coupe ; le tissu est friable et un fragment détaché plonge au fond de l'eau. Lorsque les lésions ont eu le temps d'évoluer plus complètement, on peut rencontrer aussi l'hépatisation grise.

Histologiquement cette complication est caractérisée par la présence d'un riche réseau de fibrine filamenteuse qui remplit tous les alvéoles dans lesquels on retrouve, en outre, des leucocytes en grand nombre et des pneumocoques. (Dans les bronchopneumonies, au contraire, la fibrine fait presque totalement défaut.)

Nous constatons donc là tous les caractères de la pneumonie classique, mais à côté de ceux-ci s'observent aussi les lésions de congestion que nous avons signalées plus haut et même les petits foyers hémorragiques, lésions constantes chez ces malades et relevant de l'influence directe de l'affection cérébrale.

Au point de vue clinique la pneumonie franche peut se présenter sous différentes formes chez les paralytiques généraux.

Lorsqu'ils sont encore peu affaiblis, l'inflammation du parenchyme pulmonaire suivra une marche presque régulière. Il y a un point de côté, de la toux, l'expectoration visqueuse ordinaire, un frisson, de la fièvre et l'auscultation permet de retrouver le souffle tubaire et les râles crépitants.

Lorsque cette complication est tardive, se montre chez les aliénés paralytiques avancés, en état de démence, les symptômes s'atténuent et même disparaissent en grande partie. Tantôt le début insidieux ne se manifeste que par l'inappétence, l'altération des traits, et l'apparition de la fièvre. Tantôt, au contraire, il est très brusque, le malade tombant sans préparation dans une prostration extrême : on constate une élévation de température, le pouls devient faible, la respiration s'embarrasse, un râle trachéal apparait et la mort survient dans la journée. Les signes tant subjectifs qu'objectifs sont variables et parfois absents. Le frisson, le point de côté, la toux, l'expectoration font très souvent défaut et l'auscultation ne permet pas toujours de retrouver ni un souffle, ni des râles crépitants, mais la bouche sèche, la langue rôtie sont des symptômes fréquents sur lesquels on doit baser le diagnostic; il en est de même de la *fièvre* constante à un moment donné dans la pneumonie franche (sauf peut-être chez les paralytiques généraux arrivés à la dernière période de la cachexie) qui, lorsqu'elle n'est pas le seul fait d'une poussée congestive passagère, doit faire porter le diagnostic d'infection secondaire et attirer l'attention sur le poumon.

La forme *adynamique* est la plus fréquente. La langue devient rapidement sèche, brunâtre, fendillée, les gencives sont fuligineuses, le pouls petit et misérable, la dépression profonde, la fièvre est peu intense et la mort survient rapidement, les autres symptômes de la pneumonie restant masqués.

La forme *inflammatoire* est plus rare. Dans ce cas la fièvre s'allume tout à coup et le malade est en proie à une agitation intense qui pourrait faire penser à un accès délirant aigu sans la présence de l'élévation de la température. Les autres symptômes seront plus ou moins marqués, mais le plus souvent incomplets.

La *durée* de la pneumonie chez les paralytiques généraux est variable. Elle se termine généralement par la mort en vingt-quatre à quarante-huit heures; rarement elle se prolonge quatre à cinq jours; par contre dans quelques formes vraiment *foudroyantes* on a vu le malade succomber en quelques heures sans que rien pût faire prévoir une mort si imminente, le début absolument latent passant complètement inaperçu. La terminaison peut se faire par guérison, mais cette issue heureuse est rare.

3. Les *bronchopneumomies* à streptocoques ou autres microbes s'observent aussi chez les aliénés paralytiques. Elles présentent un aspect clinique très analogue à celui des bronchopneumonies que nous avons étudiées plus haut, mais il s'y ajoute un symptôme important, la *fièvre*, caractéristique d'une invasion microbienne et qui fait toujours défaut dans les cas de bronchopneumonies purement vaso-paralytiques.

Histologiquement on retrouve aussi les mêmes lésions, mais on constate, tant par les colorations que par les cultures, la présence et la nature de l'agent contagieux venu se greffer sur la congestion chronique.

4. Les *abcès du poumon* ont été signalés. Quelquefois il s'agit d'une collection unique, le résidu probablement d'une ancienne pneumonie ou bronchopneumonie infectieuse guérie et passée inaperçue. Généralement il s'agit d'abcès multiples miliaires ou plus volumineux qui sont dus à des métastases microbiennes provenant d'autres portions de l'économie (eschares).

5. Crichton Brown n'a pas rencontré un seul cas de *gangrène du poumon* chez les paralytiques généraux qu'il a eu

l'occasion d'examiner. Roussel (1), cependant, en signalait déjà en 1844 et Marcé considère cette complication comme assez fréquente.

Elle peut se développer d'emblée, primitivement dans le parenchyme pulmonaire, mais souvent elle est liée à la présence d'eschares gangréneuses et d'origine embolique.

Le début est d'habitude insidieux. La température s'élève, le pouls s'accélère, devient petit, le faciès s'altère, la peau prend une teinte brune; les conjonctives sont bleuâtres, la dyspnée et la toux apparaissent, *l'expectoration noirâtre présente des stries sanguinolentes et l'haleine prend une odeur extrêmement fétide.* L'état général s'aggrave rapidement, la mort survient dans l'adynamie après des syncopes, des lipothymies, succédant parfois à l'apparition de tâches gangréneuses ou scorbutiques sur la peau.

Dans quelques cas, la toux, la douleur, l'expectoration et même la fétidité de l'haleine font défaut lorsque le foyer communique mal avec les bronches. L'auscultation ne permet d'entendre que quelques râles humides, parfois un souffle tubaire et de la bronchophonie. Enfin, un pneumothorax peut survenir lorsque la gangrène superficielle a mis en communication le foyer putride avec la cavité pleurale.

A l'autopsie, on rencontre généralement des noyaux gangréneux dans les deux poumons; lorsqu'un seul est pris, c'est le gauche qui est le plus fréquemment intéressé.

Tantôt la gangrène est *diffuse*, tout le poumon est noirâtre et, à la coupe, il s'écoule une sanie verdâtre d'odeur infecte; tantôt elle se présente en foyers plus ou moins étendus mais limités par des parois irrégulières, tomenteuses, baignées par un liquide d'un vert sale à odeur fétide et entourées d'une zone de tissu hépatisé.

Telles sont les principales complications pulmonaires qui se développent chez les paralytiques généraux à la suite d'infections secondaires.

Parmi les plus fréquentes, les bronchopneumonies se rapprochent beaucoup de certaines lésions congestives que nous avons étudiées plus haut et n'en diffèrent même souvent que par la présence d'agents infectieux et l'élévation de la température.

Il est permis, dans ce cas, de se demander quel est le rôle de ces microbes dans ces complications et si seuls ils ont occasionné les lésions que l'on observe ou s'ils se sont bornés à se multiplier dans un poumon déjà atteint de congestion.

Il semble, et c'est aussi l'avis de Klippel, que dans ces pneumonies et bronchopneumonies dont la marche est si rapide, les agents infectieux n'ont eu qu'une action limitée dans l'apparition des altérations histologiques. Leur prolifération s'est faite dans un milieu très favorable à leur développement par suite de la cachexie générale et de la *congestion préexistante* du parenchyme, aussi le malade est-il promptement intoxiqué par les produits microbiens; mais les lésions de congestion, de dilatation vasculaire et même de diapédèse que l'on observe ici sont probablement, en partie du moins, antérieures à l'infection secondaire et relèvent de ces lésions vaso-paralytiques spéciales à la paralysie générale qui, comme nous l'avons vu dans un autre chapitre, se montrent isolées dans les autres cas chez les aliénés paralytiques. (*A suivre.*)

(1) Roussel. Paralysie générale et développement d'une diathèse gangréneuse. *Ann. méd.-psychol.*, 1844.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Le concours de l'internat en médecine et en chirurgie s'est terminé par la nomination de 61 internes titulaires et 48 internes provisoires. En voici la liste, par ordre de mérite :

Internes titulaires. — MM. : 1. Gosset (Antonin), Vanverts, Proust, Batigne, Lenoir, Grenet, Pasteau, Montbouyran, Baron, Faitout.

11. Pissavy, Lardennois, Jacobson, Lorrain, Mortagne, Villière, Guinard, Rabé, Labbé, Long.

21. Anghelesco, Lenoble, Wiart, Lacour, Chevereau, Monod (Jacques), Bureau, Martin (Charles), Chabry, Dominici.

31. Papillon, Wintrebert (Paul), Funck-Brentano, Bayeux, Barozzi, Planque, Morel, Jolly (Justin), Frenkel, Herbet.

41. Hallé, Pouquet, Bonnus, Bouchacourt, Chauvel (Ferdinand), Escat (Jean), Fournier (Edmond), Junien-Lavillauroy, Siron, Riche.

51. Chauveau, Le Damany, Bonnet (Léon), Zeimet, Siguier, Arrizabalaga, Chéron (Henri), Cange, Fauvel (L.), Page, Carnot.

Internes provisoires : MM. 1. Oppenot, Héresco, Hérard, Imbert, Salmon, Blanc, Hepp, Estrabant, Poix, Rudaux.

11. Beaulavon, Sainton, Veuillot, Bize, Mettetal, Levrey, Dardel, Riffé, Roger (Jean), Delamare.

21. Griffon, Nimier, Daumy, Dujarier, Laroche, Marchais, Brin, Le Für, Garnier (Marcel), Tariel.

31. Guillemot (Albert), Macrez, Desvaux, Comte, Terrien, Branca, Jeanne, Claisse, Bigeard, Tissier (Henri).

41. Thiénot, Delmond-Bébét, Le Dard, Luys (Georges), Durrieux, Piatot, Larrieu, Martin (André).

— MM. les élèves actuellement en fonctions et ceux nommés à la suite des derniers concours, sont prévenus qu'il sera procédé, dans les formes ordinaires, à leur classement et à leur répartition dans les établissements de l'Administration pour l'année 1894.

En conséquence, MM. les élèves devront se présenter au chef-lieu de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, pour retirer eux-mêmes et signer leur carte de placement, sans laquelle ils ne seraient pas admis dans les établissements. Ces cartes seront délivrées :

A MM. les élèves internes : 1° de deuxième, troisième et quatrième années, le mardi 27 février, à deux heures; 2° de première année et à MM. les internes provisoires, le mercredi 28 février, à quatre heures.

A MM. les élèves externes : 2° de troisième et deuxième années (première moitié de la liste), le vendredi 2 mars, à une heure et demie; 2° de deuxième année (deuxième moitié de la liste), le samedi 3 mars, à une heure et demie; 3° de première année (première moitié de la liste), le lundi 5 mars, à une heure et demie; 4° de première année (deuxième moitié de la liste), le mardi 6 mars, à une heure et demie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — PREMIER-PARIS. Projet de règlement du service de santé des hôpitaux de Paris. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — De l'inutilité et des dangers habituels de la recherche des balles de revolver du commerce dans les cas de pénétration du crâne et de l'encéphale. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

Paris, le 26 février 1894.

HOPITAUX DE PARIS

Projet de règlement du service de santé.

I

SERVICE DE RÉPARTITION. — I. Chacun des quartiers de Paris, et chacune des communes du département de la Seine ayant un traité avec l'Administration pour l'hospitalisation de ses malades indigents, seront rattachés à un hôpital déterminé.

II. Les malades ne peuvent être reçus à titre gratuit que dans l'hôpital de leur circonscription hospitalière, à l'exception : 1° des enfants ; 2° des malades auxquels sont réservés des hôpitaux ou des services spéciaux ; 3° des personnes atteintes d'accidents ou de blessures graves hors du territoire de leur circonscription hospitalière ; 4° des malades nécessiteux, non visés par le paragraphe 16, demandés par le chef de service.

III. En dehors des cas d'urgence, l'admission est prononcée par le directeur de l'hôpital, sur le vu du bulletin du chef de service de la consultation et, en dehors des heures de consultation, sur l'avis de l'interne de garde.

IV. L'admission pourra être prononcée tout de suite par le directeur de l'Administration et, dans les cas d'extrême urgence, par le directeur de l'hôpital.

V. Les malades qui se présenteront à la consultation pour obtenir leur admission devront justifier que l'hôpital auquel ils s'adressent est bien celui de leur circonscription.

VI. Toutes les personnes que les médecins ne jugeront pas assez sérieusement malades seront renvoyées au traitement à domicile.

VII. Les admissions d'urgence sont réservées aux seuls cas où l'hospitalisation ne peut pas être différée au lendemain.

VII. Les circonscriptions hospitalières seront groupées en deux sections, comprenant chacune un hôpital répartiteur : l'hôpital Lariboisière pour la section du Nord, et l'hôpital de la Charité pour la section du Sud.

IX. Les chefs de service, le jour où ils font la consultation, pourront désigner, sur la liste des malades admis, ceux à placer dans leurs services, sans que le nombre puisse dépasser celui des lits vacants.

X. Les chefs de service ne faisant pas la consultation auront, à tour de rôle, les mêmes facultés, sous les mêmes réserves.

XI. Le directeur de l'hôpital répartira les autres malades admis à la consultation et les malades admis d'urgence entre les différents services et en proportion des disponibilités de chaque service.

XII. Les malades reçus dans un hôpital à la consultation ou par voie d'urgence, en excédent des disponibilités de l'hôpital, seront répartis entre les différents hôpitaux de la section par le directeur de l'hôpital répartiteur.

XIII. Des hôpitaux ou des services seront spécialement affectés dans chaque section, à titre permanent ou temporaire, au placement de ces malades. Aucun malade ne pourra être admis dans ces hôpitaux ou ces services que sur l'indication de l'hôpital répartiteur de la section.

XIV. Les malades étrangers au département de la Seine, et auxquels ne s'appliquent pas les dispositions de l'article 1er de la loi du 7 août 1821, ne pourront être reçus dans les hôpitaux de Paris, même à titre payant, que par une autorisation spéciale du directeur de l'Administration. Les demandes des chefs de services, relatives à l'admission de ces malades, devront être adressées au directeur de l'Administration par l'intermédiaire des directeurs des hôpitaux.

II

BUREAU CENTRAL. — I. Les médecins et chirurgiens du Bureau central sont nommés au concours.

II. Les médecins ou chirurgiens qui se présentent au concours pour les places de médecins ou chirurgiens du Bureau central doivent justifier qu'ils possèdent depuis cinq ans révolus le titre de docteur obtenu dans une Faculté de France.

Néanmoins, le temps de doctorat est réduit à une année pour les candidats qui justifient de quatre années entières passées dans les hôpitaux et hospices de Paris en qualité d'élèves internes.

III. Les membres du Bureau central restent en fonctions jusqu'à ce que des vacances soient déclarées parmi les titulaires des services hospitaliers.

IV. Les membres du Bureau sont chargés : 1° de suppléer les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ; 2° de diriger les services ouverts temporairement ; 3° d'assurer le service de la consultation dans les hôpitaux, conformément aux dispositions de l'article 14 ; 4° de constater l'état des infirmes présentés pour les hospices ou pour les secours représentatifs du séjour à l'hospice ; 5° d'assurer le service de garde quotidien pour les opérations d'urgence ; 6° de surveiller l'application des bandages et autres appareils.

V. Au point de vue des remplacements, les hôpitaux seront divisés en un certain nombre de groupes. Les hôpitaux consacrés aux maladies de la peau ou aux maladies vénériennes d'une part, et les hôpitaux consacrés aux maladies des enfants d'autre part, formeront deux groupes distincts.

Chaque année, les membres du Bureau central choisiront, par ordre d'ancienneté, la nature du service auquel ils seront attachés dans l'année (service des remplacements, service de la consultation, direction des services temporaires).

Les membres du Bureau central, attachés au service de la consultation ou à celui des remplacements, indiqueront, par ordre d'ancienneté, l'hôpital ou le groupe d'hôpitaux auxquels ils désirent être attachés.

VI. Un membre du Bureau central ne peut être chargé de la suppléance d'un chef de service ou de la direction d'un service temporaire pendant une durée de plus de six mois consécutifs.

Les membres du Bureau central, appelés à la direction d'un service temporaire, lorsque cette suppléance aura duré moins de trois mois, seront replacés en tête de la liste de roulement, mais la durée de la nouvelle direction qui pourrait leur être confiée, ajoutée à la direction précédente, ne pourra excéder six mois.

VII. La moitié des chirurgiens du Bureau central pourront être attachés à des services de chirurgie généraux ou spéciaux à titre de chirurgiens assistants. Les chirurgiens auxquels des assistants pourront être attachés seront désignés par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance, et choisis parmi les chirurgiens ayant au moins dix ans de service comme titulaires. Les assistants de chirurgie seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la proposition du chef de service.

Pendant la durée de leurs fonctions, ils ne pourront pas prendre part à la direction des services temporaires ni au service des suppléances, sauf le cas prévu à l'article 39. Ils recevront une indemnité de 1,200 fr. La cessation des fonctions du chef de service entraîne celle de l'assistant.

Ces dispositions seront également applicables aux accoucheurs du Bureau central.

III

Consultations externes. — I. Il est donné des consultations gratuites dans les hôpitaux et hospices désignés par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance. Les malades devront se présenter aux consultations de l'hôpital de leur circonscription hospitalière.

II. La consultation sera faite : 1° par les chefs de service, mais sous la condition absolue de s'en acquitter d'une façon personnelle et régulière. Si l'inexactitude d'un chef de service est constatée par le compte rendu trimestriel du service médical, il pourra être relevé du service de la consultation par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance; 2° par des médecins ou des chirurgiens du Bureau central et, à défaut, par des assistants de consultation. Dans les services de clinique de la Faculté et dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant, la consultation pourra être faite par le chef de clinique ou par le chirurgien du Bureau central assistant.

III. Il ne pourra être désigné par hôpital qu'un assistant de consultation de médecine et qu'un assistant de chirurgie.

IV. Les membres du Bureau central chargés de la consultation seront désignés pour un an. Pendant leur année d'exercice, ils ne pourront pas prendre part au service de remplacements, sauf le cas prévu à l'article 39.

V. Les assistants de consultation seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la désignation des médecins ou chirurgiens des hôpitaux auxquels ils devront être attachés.

VI. Pour la désignation de l'assistant de consultation de médecine, le plus ancien des médecins de l'hôpital réunira ses collègues dans le bureau de la direction de l'établissement et présidera la réunion. En cas de partage des voix, il aura voix prépondérante. Pour la désignation de l'assistant de chirurgie, il sera procédé de même par le plus ancien des chirurgiens de l'hôpital.

VII. Les assistants de consultation devront être choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

VIII. Ils seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service.

IX. Ils n'auront, dans les hôpitaux auquels ils seront attachés, aucune attribution que le service de la consultation.

X. Ils auront droit chaque année à un congé de quinze jours. Les congés ne pourront leur être accordés du 1er juillet au 1er novembre. Sauf les cas de force majeure, le nombre des assistants de consultation de médecine ou de chirurgie, simultanément en congé, ne pourra dépasser les deux tiers du nombre des assistants suppléants de médecine ou de chirurgie.

XI. Les membres du Bureau central, chargés de la consultation, et les assistants de consultation seront remplacés, pendant leur congé, par des assistants de consultation suppléants.

XII. Les médecins ou chirurgiens titulaires, qui auront gardé le service de la consultation, seront remplacés dans ce service, pendant leurs congés, par le médecin ou chirurgien du Bureau central ou par l'assistant de consultation suppléant.

XIII. Les assistants de consultation suppléants seront nommés par le directeur de l'Administration sur une liste double de candidats, choisis parmi les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris, liste dressée par une commission composée :

Pour les assistants suppléants de médecine : du représentant des médecins des hôpitaux au Conseil de surveillance, président; du président de la Société médicale des hôpitaux; du président de la Société des médecins du Bureau central.

Pour les assistants suppléants de chirurgie : du représentant des chirurgiens des hôpitaux au Conseil de surveillance, président; du président de la Société des chirurgiens des hôpitaux; du président de la Société des chirurgiens du Bureau central.

Le nombre des assistants de consultation suppléants pourra être de 8 au maximum, dont 4 pour la médecine et 4 pour la chirurgie.

XIV. Il sera alloué aux membres de Bureau central, chargés de la consultation, aux assistants et aux assistants suppléants de consultation, un jeton de présence de 5 francs pour chaque consultation. Le nombre des jetons sera porté à deux pour les hôpitaux excentriques.

XV. Les chefs de service faisant la consultation, les chirurgiens assistants et les chefs de clinique seront assistés à la consultation par des élèves de leurs services.

XVI. Les membres du Bureau central et les assistants de consultation seront assistés par un ou deux externes pris en dehors des services de l'hôpital et spécialement affectés au service de la consultation.

XVII. Il ne sera délivré aucun médicament à la consultation, mais les ordonnances délivrées aux malades nécessiteux seront servies gratuitement par les bureaux de bienfaisance de la circonscription hospitalière, à la condition : 1° que le malade aura sa résidence dans la circonscription;

2° que son état de gêne aura été constaté par l'apposition, sur l'ordonnance, du visa du maire ou de son délégué; 3° que les ordonnances seront signées et datées lisiblement de la main même du chef de service de la consultation et, dans aucun cas, par l'un des élèves, et que les prescriptions se renfermeront, au point de vue de la nature et des quantités des médicaments, dans les limites imposées aux médecins du service à domicile. Ces dépenses seront remboursées sur état aux bureaux de bienfaisance par l'Administration centrale.

XVIII. A l'exception des pansements d'urgence, aucun appareil ou objet de pansement ne pourra être délivré que sur le vu d'un certificat de la mairie attestant l'état de gêne du malade.

Consultations des services spéciaux. — XIX. Les consultations des services spéciaux de médecine et de chirurgie sont assurées directement par le chef de service et sous sa responsabilité personnelle.

XX. Des assistants pourront être adjoints aux services spéciaux de médecine ou de chirurgie, par arrêté du directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

XXI. Ils seront nommés par le directeur de l'Administration, sur la présentation du chef de service, et seront choisis parmi les membres du Bureau central ou les docteurs en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris. Ces derniers seront nommés pour deux ans et pourront être maintenus en fonctions, mais seulement pendant une troisième année, sur l'avis des chefs de service, conformément au paragraphe 8 du présent article.

Consultations pour les maladies spéciales rattachées à des services généraux de médecine et de chirurgie. — XXIII. Des consultations pour maladies spéciales peuvent être annexées, à la demande des chefs de service, à des services de médecine ou de chirurgie, par arrêté du directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance, à la condition d'être directement assurées par le chef de service ou par le chirurgien assistant dans les services de chirurgie pourvus d'un assistant.

XXIV. Les chefs des services spéciaux, à défaut d'assistants nommés par le directeur de l'Administration, et les chefs de service autorisés à annexer une consultation spéciale à leur service, pourront se faire assister, à leur choix et sous leur responsabilité personnelle, pour le service de la consultation, par un docteur en médecine comptant quatre années d'internat dans les hôpitaux de Paris.

XXV. Ces assistants bénévoles devront être agréés par le directeur de l'Administration. Les dispositions du paragraphe 8 du présent article, relatives à la durée des fonctions, leur seront appliquées.

XXVI. Des médicaments ou des appareils pourront être délivrés aux consultations spéciales aux malades qui auront justifié de leur état de gêne par une attestation de la mairie de leur arrondissement.

XXVII. Les listes des médicaments et des appareils qui pourront être délivrés seront arrêtées, chaque année, par le directeur de l'Administration, après avis du Conseil de surveillance.

Secours de maladies. — XXVIII. Des secours de maladies, en nombre limité pour l'hôpital, pourront être délivrés, après enquête, par le directeur de l'Administration, sur la proposition des chefs de service de la consultation, aux malades qui ne paraîtraient pas devoir être admis à l'hôpital ni renvoyés au traitement à domicile. Ces secours seront payés sur bons par les bureaux de bienfaisance et remboursés par l'Administration centrale.

IV

Remplacements. — I. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux et hospices ne peuvent se faire suppléer que pour cause de maladie ou en vertu d'un congé accordé par le directeur de l'Administration.

II. La durée des congés qui pourront être accordés dans le courant de l'année à un médecin ou chirurgien des hôpitaux sera limitée, en dehors des cas de maladie, à un mois pour les membres du Bureau central et à deux mois pour les médecins et chirurgiens titulaires.

III. Du 15 juillet au 1er novembre de chaque année, aucun congé ne pourra être accordé aux médecins ou chirurgiens du Bureau central.

IV. Les médecins et chirurgiens des hôpitaux comptant plus de dix années de service pourront, sur leur demande, mais en raison seulement des services publics dont ils pourraient être chargés, être mis en congé exceptionnel, après avis du Conseil de surveillance et par arrêté du directeur de l'Administration, approuvé par le préfet de la Seine.

V. Ces congés ne pourront être accordés pour une durée de plus de deux ans; ils pourront être renouvelés.

VI. La suppléance des médecins ou chirurgiens d'un hôpital est assurée par les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie cet hôpital, ou, à défaut, et par ordre de roulement, par des membres du Bureau central chargés des remplacements dans un autre groupe.

VII. Les suppléants sont désignés par le directeur de l'Administration.

VIII. L'indemnité allouée au chef de service qui s'absente sera acquise, de droit, à celui qui le remplace pour tout le temps du remplacement.

IX. En cas de décès d'un médecin ou chirurgien attaché à un hôpital ou hospice, la suppléance, pour le service provisoire jusqu'à la nomination de son successeur, est assurée de la même manière que pour les cas de maladie.

X. Les professeurs de clinique pourront être remplacés par le chef de clinique.

V

Service des vacances. — I. Du 15 juillet au 15 octobre, le service des remplacements sera assuré dans chaque hôpital : 1° par les médecins et chirurgiens de l'hôpital ; 2° par les membres du Bureau central chargés des remplacements dans le groupe dont fait partie l'hôpital ; 3° par les membres du Bureau central chargés de la consultation et par les assistants de chirurgie dans l'hôpital auquel ils sont attachés ; 4° par les membres du Bureau central chargés de la direction des services temporaires ; 5° au besoin par les candidats admissibles aux épreuves du deuxième degré du Bureau central.

II. Un suppléant ne pourra avoir la direction de plus de deux services, y compris le service de la consultation. Les assistants de chirurgie ne pourront faire la suppléance que d'un service en plus du service auquel ils sont attachés.

III. Les demandes de congé des chefs de service, pour la période du 15 juillet au 15 octobre, doivent être adressées au directeur de l'Administration, par l'intermédiaire des directeurs des hôpitaux, avant le 5 juillet.

IV. Un état des remplacements à assurer du 15 juillet au 15 octobre sera établi par les soins de l'Administration centrale avant le 10 juillet, et l'attribution des services sera faite du 10 au 15 juillet.

V. Pour l'attribution des services, seront appelés à exercer leur choix : 1° les médecins et chirurgiens des hôpitaux, dans l'établissement auquel ils sont attachés, d'accord avec leur collègues; puis par ordre d'ancienneté; 2° les membres du Bureau central chargés de la consultation et les assistants de chirurgie dans l'établissement auquel ils

sont attachés; 3° les membres du Bureau central chargés de la direction des services temporaires; 4° les candidats admissibles aux épreuves de deuxième degré du Bureau central.

VI. Le service des visites du dimanche et des jours fériés sera assuré dans chaque hôpital par le tiers au moins des chefs de service de médecine et de chirurgie. Dans les établissements ne comptant qu'un seul chef de service de médecine ou de chirurgie, la visite du dimanche pourra être faite, de quinzaine en quinzaine, par l'un des internes du service, sauf recours au chef de service en cas d'urgence.

A la Société médicale des hôpitaux (23 février), M. Marie a fait une très intéressante communication sur la pathogénie du goître exophtalmique. Il a été amené à sa conception actuelle en prenant en considération les effets toxiques produits par l'ingestion du corps thyroïde et leur analogie frappante avec certains des symptômes de la maladie de Basedow; dans l'un comme dans l'autre cas, on observe : de l'excitabilité générale, de la tachycardie, du tremblement, des poussées de chaleur, de diarrhée, etc.

Il y aurait donc, dans la maladie de Basedow, fonctionnement exagéré du corps thyroïde et auto-intoxication thyroïdienne.

On a déjà prétendu que la viciation du fonctionnement du corps thyroïde était la cause même de la maladie : pour les uns il y avait diminution de son action, pour les autres exagération.

Dans l'idée d'une diminution, on a fait ingérer du corps thyroïde, mais on n'a obtenu qu'une aggravation des symptômes, ce qui est bien en faveur de l'hyperthyroïdisation.

M. Marie ne croit cependant pas que l'exagération de fonctionnement du corps thyroïde se produise d'emblée, sans intermédiaire; il pense qu'il y a d'abord viciation de l'action du pneumogastrique, qui produit l'exophtalmie, l'augmentation de volume du corps thyroïde et l'exagération de sa sécrétion. Alors seulement apparaissent les autres signes de la maladie de Basedow.

L'exophtalmie ne disparaît pas dans les cas où est faite l'extirpation chirurgicale du corps thyroïde.

A l'appui de l'intervention première du système nerveux, M. Marie invoque encore le développement rapide de la maladie de Basedow à la suite d'une émotion vive, sa survenue dans le tabès où les hypersécrétions ne sont pas rares.

Il ne lui semble pas possible qu'une modification du corps thyroïde puisse d'elle-même, sans intervention du système nerveux, survenir assez rapidement pour donner lieu à cet ensemble morbide.

M. Tillaux a été le premier à extirper le corps thyroïde avec succès dans le goître exophtalmique; depuis, le traitement chirurgical a été assez souvent mis en œuvre. Dans une statistique de Puttnam portant sur 41 cas, on trouve 80 p. 100 de guérisons.

La maladie paraît avoir guéri parce que la suppression du corps thyroïde a mis fin à l'hyperthyroïdisation.

En conséquence, dans les cas graves, il faut avoir recours à l'extirpation du corps thyroïde. On ne peut pas priver de cette chance sérieuse de guérison des malades condamnés quelquefois à mourir — car on peut mourir de la maladie de Basedow.

On sait que l'on attribue une grande importance à l'alcoolisme dans la production de la dégénérescence héréditaire. M. Féré, en injectant de petites quantités d'alcool dans des œufs de poule et en les faisant éclore, a vu se produire des déformations tératologiques de l'embryon; ces déformations ont été plus accentuées avec les alcools d'atomicité supérieure qu'avec l'alcool de vin. C'est là une nouvelle raison de prohiber l'usage des alcools d'industrie. Il est probable que l'imbibition de l'embryon humain par ces poisons doit aussi en vicier le développement. Cela est conforme à ce qu'apprend l'observation clinique qui fait voir quelle est pour les enfants l'influence néfaste de l'alcoolisme des parents.

M. Féré a également obtenu des malformations embryonnaires en expérimentant soit avec l'absinthe, soit avec les essences qui servent à donner au vin de fabrication industrielle un bouquet artificiel.

M. Netter lit au nom de M. Dupuy (de Saint-Denis) une observation de typhus exanthématique. Il s'agit d'un vagabond qui, après avoir logé à Beauvais, dans une maison notoirement contaminée, est arrivé à Saint-Denis avec les symptômes du typhus exanthématique. Ce cas est resté absolument isolé : c'est là surtout ce qui fait son intérêt.

Suivant les conclusions d'un rapport lu par M. Siredey, le prix Lignières, destiné au meilleur mémoire sur les artérites infectieuses, a été partagé entre MM. Crocq fils (de Bruxelles) et Thérèse (de Paris).

DE L'INUTILITÉ ET DES DANGERS HABITUELS

DE LA RECHERCHE DES BALLES DE REVOLVER DU COMMERCE DANS LES CAS DE PÉNÉTRATION DU CRANE ET DE L'ENCÉPHALE

Par M. Delorme,

Médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

I

Primitivement circonscrite au traitement des fractures du crâne avec dépression produites par la balle, la question de l'opportunité de l'intervention vient de s'étendre après les communications de MM. Gérard Marchant et Berger, et la discussion est actuellement ouverte sur la question si intéressante, sans cesse renouvelée, de l'utilité de la recherche et de l'extraction des balles de revolver du commerce dans les pénétrations du crâne et de l'encéphale. C'est à ce dernier point que je m'arrêterai.

Avant d'aller plus loin, je crois d'abord devoir faire une remarque. Quand on parle d'exploration en pareils cas, il s'agit bien d'exploration primitive, c'est-à-dire faite à une période très rapprochée du traumatisme : un jour, deux ou trois jours après l'accident, car, lorsque la période de réparation de la plaie commence, il n'y a qu'inconvénients à la sonder; plus tard, on risquerait de ne plus trouver de trajet, et, à cette période éloignée, c'est surtout lorsque est survenu un abcès cérébral, qu'après l'incision de l'abcès, on est autorisé à rechercher dans sa cavité, et avec prudence, le projectile ou les esquilles.

Pour apprécier l'opportunité de la recherche primitive des balles de revolver du commerce, je me suis adressé à l'expérimentation, sans vouloir me laisser impressionner par les considérations applicables aux projectiles des armes de guerre dont les qualités balistiques sont si différentes. Je me suis servi d'un revolver du calibre de 7 millimètres lançant un projectile pesant 3 grammes; mon tir s'est effec-

tué sur des crânes de cadavres frais, dont le cerveau présentait, par conséquent, une consistance normale, et les balles ont été lancées à la distance rapprochée à laquelle d'ordinaire, dans les suicides ou les tentatives d'homicides, on décharge l'arme. Voici ce que j'ai constaté.

Première expérience : A la distance de deux pas, sur une tête mise de face, je pénètre la partie externe du frontal droit. La pénétration, je le dis une fois pour toutes, est affirmée *de visu* par la constatation directe du trou, la dépression osseuse circulaire de l'orifice d'entrée et l'issue de masse cérébrale. Par la palpation du crâne, sur ce sujet comme sur les autres, je m'assure bien, avant tout cathétérisme, que la balle n'est ni ressortie, ni cachée sous la peau, et que la surface du crâne ne présente, en aucun point, de saillie osseuse anormale. Ces constatations préliminaires seraient indispensables sur le vivant; elles permettent d'éviter toute recherche intracranienne irrationnelle.

Je sonde la plaie avec précaution; je dirige à peine la sonde cannelée suivant une direction à moi connue. A 8 centimètres, léger arrêt, puis, à 12 centimètres, *sans que j'aie pu découvrir ni esquille, ni projectile*, dans ce long trajet, la sonde s'arrête définitivement : elle bute contre un corps dur, os ou projectile. Je glisse dans la cannelure de la sonde un explorateur Trouvé, comme je l'eusse fait sur le vivant; le trembleur reste muet. Je suis donc contre la paroi cranienne opposée à l'orifice d'entrée, ce que me faisait déjà supposer l'étendue de sonde engagée.

Mon assistant, le docteur Lannes, médecin stagiaire, qui n'avait pas assisté à mon exploration, sonde la plaie avec prudence et pénètre, sans rien découvrir, à 8 centimètres, en suivant un trajet distant de celui que j'avais suivi de 5 centimètres, au niveau de son cul-de-sac. Il a fait une fausse route, peut-être moi-même en ai-je fait une aussi.

Le crâne est scié circulairement un peu au-dessus du niveau de l'orifice osseux; j'abrase, millimètre par millimètre, la masse cérébrale à quelques centimètres autour du trajet du projectile et je trouve : à partir de 2 ou 3 centimètres de la périphérie du cerveau, et à des profondeurs variables, une *dizaine* d'esquilles situées aux limites ou au delà des limites du trajet. Elles ont des dimensions diamétrales d'un grain de chènevis et représentent plus que le volume du projectile. La balle aplatie, présentant la déformation type des balles qui ont perforé des os durs, était logée près de la surface du cerveau, au-dessus du trajet parcouru par la sonde (1). Pas d'esquilles à la face interne du crâne.

En somme, nous avions fait deux fausses routes et nous n'avions trouvé ni balle, ni esquilles.

Deuxième expérience : A trois pas de distance, je loge dans le cerveau d'un homme paraissant âgé de cinquante ans comme le précédent, une balle du même revolver. Elle perfore le pariétal droit à sa jonction avec le temporal et, étant donné la position de la tête et du tireur, il est probable qu'elle a dû se diriger vers le pariétal opposé. Exploration du trajet avec la sonde cannelée qui s'engage d'elle-même dans le trajet. A 4 centimètres environ, la sonde bute contre un corps dur. L'explorateur de Trouvé est glissé dans la cannelure de la sonde; le trembleur ne fait entendre aucun bruit. Il s'agit d'une esquille. Avec une pince hémostatique engagée librement par l'orifice cranien qui présente un diamètre presque égal à deux fois celui du projectile, je fais aisément l'extraction de cette esquille plus large que la balle. Continuant l'exploration, je trouve et j'enlève deux esquilles plus grosses que la première à 6 centimètres de profondeur environ. A 8 centimètres, nouvelles esquilles. Malgré les recherches les plus attentives et les plus prudentes, je ne découvre pas la balle. Je continue ces recherches sans souci des dégâts cérébraux produits (ce que je n'eusse jamais fait sur le vivant); même insuccès. Ma sonde bute contre la faux du cerveau sans reconnaître le projectile.

Le crâne est scié circulairement, la masse cérébrale excisée millimètre par millimètre, autour et au niveau du trajet. Je retrouve trois grosses esquilles qui avaient pénétré la masse cérébrale en dehors des limites de ce dernier, puis, contre la faux du cerveau, la balle déformée, aplatie, logée au milieu d'un magma de masse cérébrale. Elle s'était arrêtée contre la faux du cerveau, à 2 centimètres environ au-dessus du point frappé par la sonde. Tout le trajet était semé de fragments de cheveux noirs, d'autant plus nombreux qu'on se rapprochait plus du cul-de-sac occupé par la balle. Pas d'esquilles à la face interne du crâne.

Dans ce cas, l'explorateur avait bien suivi le trajet parcouru par le projectile; il avait permis de reconnaître plusieurs esquilles volumineuses, mais non toutes, et il n'avait pu trouver la balle.

Troisième expérience : A trois pas, une balle de 7 millimètres pénètre le crâne d'un homme de cinquante à soixante ans. L'orifice d'entrée répond à la ligne bi-auriculaire, à deux travers de doigt au-dessus du conduit auditif. Étant donné la position respective de la tête du cadavre et du tireur, le projectile a dû se diriger vers le temporal opposé.

Une sonde cannelée, bientôt remplacée par une sonde droite en étain, plutôt contenue que poussée, s'engage dans le trajet supposé du projectile et va buter, à 16 centimètres de profondeur, contre la paroi cranienne opposée, sans constater ni la présence de la balle, ni celle d'esquilles.

L'autopsie du crâne et du cerveau, faite comme dans les précédentes expériences, me fait tomber, à 2 centimètres de profondeur, sur un petit fragment de la balle, puis sur trois esquilles encastrées dans le cerveau au delà des limites du trajet du projectile. L'une de ces esquilles a 2 centimètres carrés. A quelques centimètres plus loin, je trouve une quatrième, puis une cinquième, puis une sixième, puis une septième esquille aussi volumineuse, toutes presque égales ou égales au diamètre de la balle. La dernière est à 5 centimètres de profondeur de l'orifice cranien. Poursuivant l'excision cérébrale, je recueille une huitième, puis une neuvième esquille. Dans le ventricule latéral que la balle a traversé, je rencontre encore trois esquilles. Enfin je découvre la balle aplatie, étalée contre la faux du cerveau, à deux bons travers de doigt en arrière et au-dessous du trajet supposé. Elle n'était pas accompagnée d'esquilles. Peu de cheveux dans le trajet (la tête du cadavre en était peu garnie). Pas d'esquilles contre la paroi interne du crâne.

Conclusion : *L'explorateur, après avoir suivi le trajet parcouru par la balle, avait fait une longue fausse route, traversé de part en part tout un lobe cérébral, près de sa base, et il n'avait permis de reconnaître ni projectile, ni aucune des douze esquilles dont le volume dépassait six à huit fois celui de la balle.*

Quatrième expérience. — Le crâne d'un sujet de cinquante à soixante ans est pénétré, à la distance de cinq pas, par une balle du même revolver. Le projectile perfore la partie supérieure de l'occipital sur la ligne médiane.

La sonde cannelée, puis la sonde d'étain, s'engage progressivement à une profondeur de 20 centimètres et s'arrête contre un obstacle. Résultats négatifs fournis par l'explorateur Trouvé. L'explorateur bute donc contre le frontal. Dans le long trajet parcouru, la sonde n'a reconnu ni esquille, ni balle.

A l'autopsie, je recueille près de l'orifice cérébral deux

---

(1) Les balles et les esquilles trouvées dans nos autopsies ont été présentées à la Société de chirurgie.

minuscules fragments de plomb ; un autre était laminé et fixé contre l'ouverture osseuse. Dans la masse cérébrale, en dehors du trajet, ou à ses extrêmes limites, j'extrais une dizaine d'esquilles dont le volume est trois fois environ supérieur à celui de la balle. Celle-ci est retrouvée à 12 centimètres de profondeur dans un trajet différent de celui que j'avais suivi. Le trajet était ici tapissé de nombreux fragments de cheveux. Pas d'esquilles contre la paroi interne du crâne.

Ici l'explorateur avait donc fait une longue fausse route, après avoir suivi, sur une assez longue étendue, le trajet parcouru par la balle. Le catéthérisme de la plaie cérébrale n'avait décelé ni la présence du projectile, ni celle d'esquilles d'un volume trois fois environ supérieur à celui de ce dernier.

Cinquième expérience. — Coup de feu pénétrant du crâne d'une femme âgée de cinquante ans environ. La balle de revolver, tirée à cinq pas, perfore le crâne à un travers de doigt au-dessus et à droite de la protubérance occipitale externe produisant, comme sur les autres sujets, un orifice d'entrée très notablement supérieur au diamètre de la balle.

La sonde cannelée, puis la sonde d'étain s'arrête à 2 centimètres environ au-dessous de l'orifice cranien, contre un obstacle qu'elle dépasse au bout de quelques instants. Elle s'était coiffée de la dure-mère décollée dans une étendue circulaire de 4 à 5 centimètres, comme nous le montra l'autopsie. A 6 centimètres de profondeur, il semble que l'instrument rencontre un obstacle. Résultats négatifs fournis par l'appareil Trouvé. Je continue l'exploration avec prudence et, sans trouver ni projectile, ni esquilles, je finis par arriver sur le frontal.

A l'autopsie, je constate que quelques fragments de projectile sont incrustés contre le biseau de l'orifice d'entrée, que quelques minuscules morceaux de plomb reposent sur la dure-mère décollée. Sur la surface externe de cette membrane déprimée en doigt de gant reposent cinq esquilles assez volumineuses, provenant du biseau de la table externe et de son pourtour. Dans le cerveau, à quelques centimètres de profondeur, je trouve quelques esquilles, mais pas la balle et il faut, sous les doigts, réduire en pulpe la masse cérébrale pour la trouver. Pas de cheveux dans le trajet.

Ici, encore, j'avais fait une fausse route et je n'avais pu découvrir ni les esquilles profondes, ni la balle.

Sixième expérience. — Balle de revolver tirée à trois pas dans la partie médiane du frontal d'une tête d'homme de cinquante à soixante ans.

Ici, comme dans les précédentes expériences, l'instrument explorateur traverse toute l'étendue antéro-postérieure de la masse cérébrale et bute contre l'occiput, sans rencontrer ni esquilles, ni projectile.

A l'autopsie, je trouve la dure-mère décollée circulairement dans l'étendue d'une pièce de 50 centimes. Dans la masse cérébrale, à quelque distance de l'ouverture de la dure-mère déprimée, sont extraites trois esquilles assez volumineuses. L'une d'elles a le diamètre du projectile. Dans la région occipitale, à 4 centimètres environ au-dessus du niveau de la protubérance occipitale externe, près de l'écorce cérébrale, se trouve le projectile accompagné de quatre esquilles plus petites que les premières, mais non négligeables. Il occupe le fond d'un cul-de-sac dont je m'étais écarté de quelques centimètres. Peu de cheveux dans le trajet. Ici, l'instrument explorateur avait fait fausse route sans rien découvrir.

Septième expérience. — Tir à cinq pas sur le crâne du cadavre d'un homme de quarante-cinq ans environ.

La balle pénètre la partie inférieure du pariétal droit.

Par l'ouverture d'entrée de la balle, supérieure à son diamètre, j'engage une sonde, retenue plutôt que poussée, et j'arrive bientôt à toucher la paroi opposée du crâne, sans éprouver de résistance et sans sentir ni esquilles, ni balle.

A l'autopsie, la dure-mère est trouvée décollée dans l'étendue circulaire de 5 centimètres ; deux petites esquilles reposent sur sa face externe ; plusieurs autres, plus volumineuses, sont trouvées à quelques centimètres de profondeur dans le cerveau, en dehors des limites du trajet parcouru par le projectile et de celui suivi par la sonde. La faux du cerveau est traversée et la balle s'est arrêtée au-dessus du ventricule latéral opposé à la pénétration cranienne.

Encore ici, l'explorateur avait fait fausse route, étendu les dégâts et n'avait rencontré ni balle, ni esquilles. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 21 février 1894, M. le médecin-major de deuxième classe Clément (C.-J.-A.) est attaché à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée ; — M. le médecin-major de deuxième classe Mary (P.-L.) est affecté, pour ordre, à la section technique du service de santé et détaché à la 7e direction, au ministère de la Guerre.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1894, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Toulouse, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Clermont.

— Par arrêté ministériel, en date du 21 février 1894, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Montpellier, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Marseille.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Contremoulins est maintenu comme délégué dans les fonctions de préparateur du laboratoire de microphotographie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Hobbs est nommé chef de clinique médicale. — M. le docteur Mongour est nommé de chef de clinique adjoint. — M. Grimard est chargé des fonctions d'aide d'anatomie. — M. le docteur Ozoux est nommé chef de clinique des maladies chirurgicales des enfants (emploi nouveau). — M. le docteur Ziégler est nommé chef de clinique adjoint des maladies chirurgicales des enfants.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs : 1° de physique, M. Lamarre ; 2° de pharmacie, M. Guilbert ; 3° d'histoire naturelle, M. Joron.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Allix (de Gergy) ; Brousmiche, médecin principal de la marine en retraite ; Félix Cornet, décédé à Briey (Meurthe-et-Moselle), à l'âge de quarante-deux ans ; Godard (de Fismes) ; Jallon, ancien chirurgien de la marine, maire de Bourg-La-Reine.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 26. — JEUDI 1er MARS 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 1er MARS 1894. — N° 26.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Depuis quelque temps déjà, les discussions chôment singulièrement à l'Académie, et nous avons à peine à signaler une ou deux communications par séance. Tel est encore le bilan cette fois-ci : deux courtes lectures, et c'est tout.

M. Laveran a communiqué un fait intéressant d'endartérite oblitérante progressive avec gangrène des deux extrémités ayant nécessité l'amputation successive des deux membres inférieurs. Il s'agissait d'un paludique; mais M. Laveran ne croit pas devoir, dans ce cas, rattacher directement les accidents d'endartérite au paludisme où celui-ci, tout au moins, n'aurait joué qu'un rôle de cause prédisposante. C'est donc là une variété d'endartérite qui mérite d'être décrite à part et dont les causes sont obscures.

M. Motais (d'Angers) appelle, avec raison, l'attention de l'Académie sur les inconvénients, souvent graves, de l'attitude étrange habituellement prescrite aux élèves dans les écoles et dans les collèges. Myopie scolaire, déviations de la colonne vertébrale, dyspepsies, troubles fonctionnels du cœur, tels sont les méfaits qui, suivant M. Motais, résultent de cette mauvaise attitude. Dans cette dernière communication, il insiste particulièrement sur les troubles du cœur et de l'estomac. Dans tous ces cas, on obtient une amélioration très rapide des accidents par la prescription de l'attitude droite. Cette prescription est facile à faire, mais étant donné la force de l'habitude et de la routine, elle est souvent bien difficile à suivre.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons la présentation, faite par M. Chauveau, de nouvelles recherches de MM. Ducamp et Pourquier (de Montpellier) consacrant la dualité de la vaccine et de la variole.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Pinard sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'accouchements. La liste de classement est arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, *ex æquo*, MM. Porak et Ribemont; en deuxième ligne, M. Maygrier; en troisième ligne, M. Bar; en quatrième ligne, M. Auvard.

LES HÉMATOMES PLEURAUX ET LEUR TRAITEMENT

Par le docteur F. LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté, chirurgien des hôpitaux.

Je ne parlerai ici ni de l'hémothorax traumatique, ni encore moins de la pleurésie hémorragique, d'observation médicale; je voudrais seulement apporter ma contribution à un chapitre, peu documenté, semble-t-il, de l'histoire des épanchements sanguins de la plèvre, celui des *hématomes circonscrits, non traumatiques*; je voudrais montrer, par un exemple, qu'il existe des collections pleurales enkystées, remplies de caillots, à paroi pseudo-membraneuse, à développement souvent rapide, de tout point semblables aux « hématocèles » d'autres séreuses, et susceptibles, par leur siège et leur évolution anormale, de créer au diagnostic de réelles difficultés, justiciables enfin, et de bonne heure, de la cure opératoire.

Voici mon observation :

Un grand garçon de vingt-trois ans, assez robuste et de belle apparence, entrait à l'hôpital Necker, en juin dernier, dans le service de M. le docteur Déjerine.

Son passé n'offrait à relever que deux faits saillants : l'existence, à la main gauche, d'ostéites tuberculeuses multiples, aujourd'hui guéries, et une pleurésie droite, remontant au mois d'octobre 1892, ayant duré un mois, et qui, sans ponction, avait été simplement traitée par des vésicatoires. Il s'était remis sans peine, ne toussait plus, et jusque dans les derniers jours faisait son métier de domestique, incommodé seulement, depuis un mois, par une diarrhée tenace.

Dans la nuit du 15 juin, brusquement, après une journée qui s'était passée sans le moindre incident, il avait commencé à souffrir dans le flanc droit. La douleur se diffusa bientôt à toute la base droite du thorax, douleur très aiguë, réveillée au plus petit mouvement, et qui gênait même la respiration. Le lendemain matin, il entrait à l'hôpital, en médecine.

Il avait alors de la fièvre, le soir, la température fut de 39°2; le pouls était petit, fréquent, à 110. Voici ce qui fut constaté :

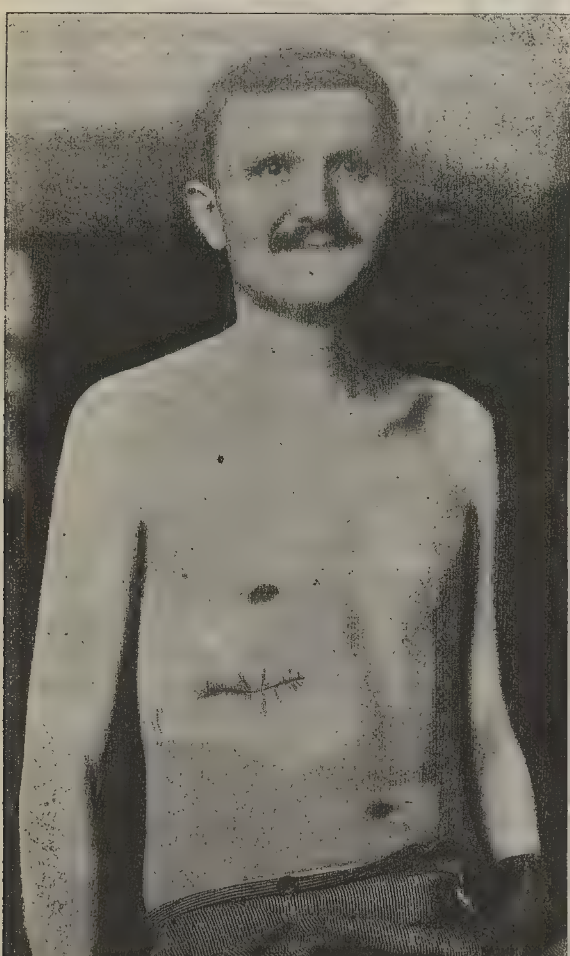
La base de la poitrine, à droite, est élargie et soulevée par une voussure très accusée; au même niveau, la pression détermine une vive douleur, et la peau est légèrement œdé-

matiée. Une zone de matité de 20 centimètres de haut correspond à ce relief, déborde un peu les fausses côtes et remonte surtout vers le mamelon : on l'attribue au foie. A l'auscultation, en avant et à droite, le murmure vésiculaire est affaibli, sans qu'il existe de bruits surajoutés ; en arrière et à droite, la matité occupe le quart inférieur du thorax, la respiration y est obscure, sans souffle ni râles. Il n'y a rien au cœur ; il n'y a pas trace d'ictère.

Avec la seringue de Pravaz, on fit, dans la tumeur, cinq ponctions exploratrices : les quatre premières fournirent un peu de sang, la dernière, avec du sang, ramena quelques flocons grisâtres. Sous le microscope, ces flocons étaient formés de leucocytes ; l'examen bactériologique du liquide sanguinolent y montra quelques diplocoques, mais pas de pneumocoques.

On soumit le malade au régime lacté, à la médication quinique, etc., et, la voussure paraissant s'accroître et l'œdème de la paroi s'étendre, on le fit passer en chirurgie, salle Civiale, le 20 juin : l'hypothèse qui semblait la plus probable à nos collègues médecins était celle d'un abcès du foie ou d'une suppuration péri-hépatique.

Le relief était alors très marqué, il occupait l'hypocondre droit et proéminait surtout en avant, à la hauteur des derniers espaces intercostaux ; la peau était œdématiée et rouge ; on sentait, dans la profondeur, de la rénitence et



La cicatrice opératoire marque le niveau, très bas situé, où proéminait l'hématome pleural.

comme une vague fluctuation, mais le palper était très difficile, à cause de la douleur, extrêmement vive, que l'on réveillait tout le long du rebord costal, jusqu'en arrière. La température était un peu tombée, elle ne montait, le soir, qu'à 38 degrés : il n'y avait aucune espèce de trouble respiratoire.

J'ai déjà dit qu'on avait cru, en médecine, à un abcès du foie ; peut-être un kyste hydatique de la face convexe, suppuré, eût-il mieux cadré avec les signes relevés ; n'était-ce pas, tout simplement, une carie du rebord costal droit, avec abcès ? Enfin, si l'on avait pensé à une pleurésie enkystée diaphragmatique, la tumeur était si « pointante » en avant, la zone douloureuse si basse, l'œdème et la rougeur cutanée si nets, qu'on ne pouvait rejeter l'idée d'une collection suppurée, occupant, dans la région hépatique, la paroi de la profondeur.

Ce qui ne faisait l'objet d'aucune incertitude, c'était la nécessité d'une intervention immédiate. Elle fut pratiquée, sous le chloroforme, le 22 juin.

Je fis une longue incision, parallèle aux derniers espaces intercostaux, sur le point le plus saillant de la voussure ; sous la peau, je sectionnai une couche musculaire, et, d'emblée, j'entrai dans une cavité, d'où s'échappèrent, avec un peu de sang liquide, des caillots. J'agrandis l'orifice, et mon doigt plongea tout entier au milieu d'un amas de caillots mous, friables, qui semblaient remplir une vaste poche ; je les enlevai peu à peu, la plupart étaient noirs, mous, en gros blocs, le reste était d'un gris rougeâtre et rappelait les grumeaux d'une crème manquée. La quantité en était énorme, et j'en eus bientôt rempli toute une cuvette. Je ne laissais pas que d'être un peu inquiet, et je me demandais si tout à l'heure un gros jet de sang rouge n'allait pas surgir. Il n'en fut rien ; je finis par vider toute la poche, où les deux poings réunis eussent tenu sans peine, et j'en reconnus la topographie. En bas, je sentais une paroi continue, convexe, mobile avec la respiration, le diaphragme, que je suivais jusqu'à son attache au rebord costal ; en haut, je voyais, à travers la plaie béante, une paroi concave, grisâtre, un peu irrégulière et parsemée de brides ; en dedans, une autre paroi noirâtre, comme flottante et qui ne tarda pas à se soulever avec les mouvements de la respiration ; c'était le poumon refoulé et recouvert de fausses membranes, j'avais donc affaire à une grande cavité pleurale, sus-diaphragmatique. Je décollai soigneusement tous les débris pseudo-membraneux qui encroûtaient ses parois et qui enserraient le poumon, et je fis un grand lavage à la solution boriquée chaude ; j'asséchai toute la poche, que le poumon, devenu plus libre, remplissait de plus en plus ; j'y laissai un drain peu profond et je suturai la plaie presque entièrement. Pansement iodoformé et ouaté, compressif.

Les suites de cette intervention furent très simples ; le lendemain, il y eut encore une légère élévation vespérale à 38°4, puis la fièvre tomba définitivement. Au premier pansement, le 27 juin, je retirai les fils : il ne suintait, par le drain, qu'un peu de liquide séreux ; je l'enlevai quelques jours après, mais il persista, à ce niveau, un petit trajet très étroit, de 5 à 6 centimètres de long et légèrement ascendant. L'état général était, du reste, excellent.

Le 20 août, à l'Hôtel-Dieu, où le malade m'avait suivi, je pratiquai, avec une petite curette de Volkmann, un grattage énergique des parois du trajet fistuleux : je ne ramenai que des détritus jaunâtres et fongueux et je bourrai le petit canal, après l'avoir touché au chlorure de zinc, de gaze iodoformée. Après cette petite opération, la fistule se ferme définitivement, et, dans les premiers jours de septembre, mon opéré, bien guéri, partait pour son pays. Entre temps, j'avais incisé et cureté un petit foyer d'ostéite tuberculeuse à l'annulaire gauche, dont la guérison était complète aussi. Dans les premiers jours de novembre, mon ancien malade m'écrivait que sa santé continuait à être excellente, et qu'il avait repris ses occupations actives.

J'ai donc eu affaire, ici, à un *hématome pleural*, au sens propre du mot, à une poche toute remplie de caillots et doublée d'une épaisse pseudo-membrane. Il n'est pas jus-

qu'à cet accroissement brusque et cette poussée soudaine qui ne rappellent ce qui s'observe souvent dans les collections de même nature, dans les hématocèles de la vaginale, du petit bassin, etc.

J'ai cherché des faits semblables, et je n'ai presque rien trouvé (1); je me suis adressé à plusieurs médecins compétents, qui, tous, ont vu, à maintes reprises, la pleurésie hémorragique, mais non ces hématomes circonscrits et compacts. Les auteurs signalent, il est vrai, au-dessous, au fond des épanchements sanguins liquides de la plèvre, un résidu solide, que les ponctions n'évacuent pas : c'est le caillot, et je ne saurais reprendre, à ce propos, la question, si étudiée, des transformations du sang épanché dans la plèvre. D'ailleurs, ces faits ne sont pas comparables au nôtre : ce sont des épanchements dans la grande cavité pleurale, et dont une partie, au moins, reste longtemps liquide; chez notre malade, le kyste sus-diaphragmatique, pour énorme qu'il fût, n'en était pas moins fermé et circonscrit, et le coagulum y était *total*, *massif*.

Nolais, dans une thèse qui date de 1882 (2), ne fournit qu'une observation, un peu douteuse, d'hémothorax enkysté et caséifié, coexistant avec un encéphaloïde du poumon.

Duvacher (3), sous le titre d'hématome de la plèvre datant de six ans, relate une observation de M. Fernet, qui n'est, en somme, qu'un exemple de récidive, à longue échéance, d'une pleurésie hémorragique (4).

Autre question : quelle était, chez notre malade, l'origine de ce kyste sanguin sus-diaphragmatique? On sait quelles sont d'ordinaire les causes de ces épanchements sanguins de la plèvre, en dehors du traumatisme : les néoplasmes pleuro-pulmonaires et la tuberculose détiennent la première place dans cette étiologie. Ici, la tuberculose seule aurait pu être invoquée, et les stigmates cicatriciels de la main, la pleurésie antérieure serviraient d'appoint à cette hypothèse. Je dois dire pourtant que l'examen pleuro-pulmonaire, fait avec compétence dans un service de médecine, n'avait rien révélé, et que, d'autre part, les parois de l'hématome n'étaient formés que d'une coque grisâtre, pseudo-membraneuse, sans caractères spéciaux.

Il n'en est pas moins naturel d'établir une liaison étroite entre la première atteinte de pleurésie et l'évolution de ce kyste sanguin intra-pleural.

En somme, on ne trouvait rien, ni dans le passé, ni dans les signes actuels, qui pût faire soupçonner, avec quelque vraisemblance, la nature de la tumeur constatée : son siège, son accroissement rapide, la rougeur et l'œdème cutanés, la fièvre des premiers jours, la douleur aiguë étaient de nature à faire admettre un tout autre processus : il y a là, croyons-nous, un enseignement à retenir.

Aussi l'incision large était-elle, en tout état de cause, la seule intervention rationnelle. Il existait déjà, dans le liquide, quelques diplocoques et il ne semble pas douteux que des collections sanguines de ce genre ne puissent être infectées par la voie pulmonaire : certains pyothorax circonscrits ne sont peut-être que des hématomes suppurés de la plèvre. L'ouverture hâtive, le déblayage complet de la cavité, le drainage représentent le seul procédé de cure chirurgicale, qui puisse prévenir pareil accident.

(1) Voyez la thèse de M. R. Moutard-Martin, 1878.

(2) Nolais. *Etude sur les pleurésies hémorragiques*, Th. de doct., 1882.

(3) Duvacher. *Contribution à l'étude des épanchements de la plèvre*, Th. de doct., 1892.

(4) Hofmokl (Uber operative Behandlung der serösen, eitrigen und blutigen Ergüsse in die Brüsthöhle, *Wien. Klin.*, 1883, t. IX, p. 237-272) dit simplement : « Le sang peut être mêlé aux exsudats séreux ou purulents en quantité variable, auquel cas l'épanchement demeure toujours liquide; ou bien c'est un véritable coagulum sanguin qui remplit le thorax, comme dans les traumatismes ou les néoplasmes, et l'on trouve alors, à l'ouverture de la poitrine, le sang, à l'état de caillots mous ou compacts, remplissant la cavité pleurale ou mêlé seulement d'un peu de sang liquide. »

DE L'INUTILITÉ ET DES DANGERS HABITUELS

DE LA RECHERCHE DES BALLES DE REVOLVER DU COMMERCE DANS LES CAS DE PÉNÉTRATION DU CRANE ET DE L'ENCÉPHALE (1)

Par M. Delorme,

Médecin principal, professeur au Val-de-Grâce.

II

J'ai terminé le résumé de mes expériences. J'ai cru inutile de les multiplier à cause de la similitude des résultats obtenus. Pour ne pas sortir du sujet en question, j'en dégagerai surtout quatre données très importantes : La première, *la facilité extrême avec laquelle un cerveau se laisse traverser par un instrument explorateur; j'ajouterai métallique si l'on veut*; la deuxième, *la présence d'esquilles volumineuses et nombreuses dans le trajet et surtout au delà des limites du trajet parcouru par le projectile*; la troisième, *les difficultés extrêmes, pour ne pas dire l'impossibilité, de trouver une balle de revolver du commerce profondément engagée dans le cerveau*; la quatrième, *les difficultés plus grandes encore qu'on éprouverait à retrouver toutes les esquilles intracérébrales, alors même qu'on aurait découvert le projectile*.

Je tiens à développer, non sans intérêt pratique, ces quatre points.

1° Dans mes sept expériences, les instruments explorateurs ont fait des fausses routes totales ou partielles. *Toujours, ils ont aggravé les dégâts* produits par les balles et les esquilles. Quand mon aide a sondé une de ces plaies, il a ajouté une nouvelle fausse route à celle que j'avais produite. Et, je ne crains pas d'y revenir, les cerveaux des cadavres utilisés avaient une consistance normale et l'exploration a été conduite avec toute la prudence et les soins que j'aurais mis à la faire sur un blessé. Cette facilité extrême avec laquelle on produit des fausses routes s'explique très aisément. Le trajet cérébral creusé par la balle n'est pas béant; ses parois sont accolées et les résistances à la pénétration de l'instrument n'existent plus qu'au niveau des cloisons dure-mériennes. Pour le moins, on s'expose donc à traverser tout un lobe.

2° Le second point mérite d'autant plus de nous arrêter, qu'il est contesté. M. Berger a admis qu'il est tout à fait rare de voir dans les plaies du crâne par balles de 7 millimètres des esquilles s'implanter dans la substance cérébrale.

J'aurais été tenté de faire la même remarque si je n'avais fait suivre mes tentatives de recherche d'une autopsie ou si, comme notre collègue, je n'avais fait ces explorations que sur le vivant. Mais après les résultats relevés dans les autopsies que j'ai faites, je ne puis partager son opinion. Dans ces expériences, en effet, j'ai toujours trouvé des esquilles logées dans le cerveau; elles étaient nombreuses et

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 228.

représentaient, pour le moins, un volume égal à celui du projectile ; le plus souvent un volume très supérieur. Or, ces esquilles ne sont pas quantités négligeables au point de vue des conséquences du traumatisme, puisqu'elles sont plus mal tolérées que les balles.

3° Je n'ai pas besoin de revenir sur les difficultés extrêmes qu'on éprouve à trouver une balle de revolver du commerce, profondément engagée dans le cerveau. Je n'ai qu'à rappeler que, dans aucune de mes expériences, je n'ai pu en déceler la présence. En serait-il toujours ainsi ? Il ne m'en coûte rien d'admettre le contraire, malgré la brutale et constante évidence des expériences que je viens de relater, mais j'admettrais surtout l'exception dans des conditions différentes de tir, avec un tir à moins courte distance, avec des balles animées de plus faibles vitesses. A défaut des renseignements fournis par le blessé ou par son entourage, on a, pour se renseigner sur cette distance, les dimensions de l'orifice d'entrée cranien, lesquelles, comme je l'ai bien établi, diminuent avec la vitesse ; avec un orifice de dimensions égales et surtout supérieures au projectile, et c'était le cas dans mes expériences, on a tout lieu de croire que le projectile est logé profondément. On peut supposer l'inverse dans les conditions opposées. J'ai à peine besoin de faire ressortir tout ce que cette donnée comporte d'utilité pratique. J'y reviendrai.

4° Si la recherche de la balle est déjà incertaine, combien l'est plus encore celle des esquilles détachées par le projectile ! Une seule fois j'en ai constaté la présence, mais je n'ai pu en extraire que quelques-unes et non toutes. Dans mes autres expériences, je n'ai pu les déceler. La chose est d'autant plus singulière, qu'elles représentaient, sur l'un de mes sujets d'expérience, plus de huit fois le volume de la balle. On comprend la raison des difficultés de la recherche des esquilles. Elles étaient, pour la plupart, encastrées dans la masse cérébrale, en *dehors des limites du trajet parcouru par le projectile*. Après avoir été un instant chassées au-devant du projectile, elles avaient été refoulées, projetées *latéralement*, *excentriquement*, puis, abandonnées par lui au delà des limites du champ d'exploration de la sonde. Elles correspondaient chacune au fond du trajet particulier qu'elles s'étaient creusé. De semblables esquilles ne peuvent déjà que très difficilement être recueillies sur le cadavre, après le sacrifice voulu et possible de la masse cérébrale ; il serait impossible de les enlever sur le vivant. Or, je le répète, dans tous mes cas, dans mes tirs de deux à cinq pas, c'est-à-dire à la distance où d'ordinaire on décharge ces revolvers, je les ai toujours rencontrées. En serait-il toujours ainsi ? Non. La projection excentrique des esquilles n'existe, je l'ai appris par une expérience multipliée, que *lorsque la vitesse du projectile est grande*. Celle-ci est-elle *faible ?* la balle chasse directement les fragments de la portion cranienne qui s'est opposée à elle, puis ceux-ci glissent sur ses côtés et, sans grande force vive, ils restent accolés au trajet sans être projetés. Certaines esquilles du biseau interne de la table interne, peuvent même rester en contact avec la face externe de la dure-mère décollée.

Mais, puisque la projection esquilleuse, partant les difficultés de l'extraction, sont en rapport avec la vitesse de la balle, et que celle-ci est indiquée par les *dimensions diamétrales de l'orifice cranien*, visible, sensible au doigt ou accessible à une sonde, on a là un repère pratique pour juger de l'opportunité ou de l'inutilité d'une tentative de recherche. Avec un orifice d'entrée étroit, les esquilles, comme les balles, peuvent ne pas être profondes et inaccessibles.

Je conclus déjà : l'exploration, dans les pénétrations du crâne par balles de revolver du commerce, est *dangereuse*, *incertaine*, *inutile*, quand le *trajet est profond*, *la balle tirée de près*, l'orifice d'entrée d'un diamètre égal ou supérieur à celui de la balle. Dans ces conditions, l'exploration immédiate de tout le trajet ne permettrait pas, en effet, de reconnaître tous les corps étrangers nocifs (balle, esquilles nombreuses, semis de cheveux).

Dans les conditions contraires, l'exploration est permise, avec la réserve de la conduire avec la prudence excessive qu'impose la mollesse, la pénétrabilité de la masse cérébrale.

En traduisant en langage plus pratique les données qui précèdent, je dirai :

En présence d'un homme qui vient de recevoir dans le crâne une balle tirée à une distance supérieure à 5 mètres, et qui présente un orifice cranien de dimensions inférieures à la balle, j'engagerais, avec précaution, une sonde molle ou cannelée, ou plutôt je laisserais ces instruments presque s'engager d'eux-mêmes. Que si, à une profondeur de 3 à 4 centimètres au plus, je ne trouvais ni balle ni esquilles, je cesserais mes recherches.

Dans le cas supposé de recherches infructueuses, après avoir donné à la tête du blessé une position qui rende la plaie déclive, je renouvellerais mes tentatives, aussi prudentes, d'exploration, le lendemain ou le surlendemain, avec la pensée que par leur propre poids, par le fait des mouvements de la masse cérébrale, ou du ramollissement des parties qui englobaient les corps étrangers, ceux-ci ont pu se rapprocher de la plaie et devenir accessibles.

Dans les cas d'orifice d'entrée large, partant de trajet étendu, j'agirais de même, je ferais une exploration, mais elle ne serait *plus immédiate*. Je n'aurais, comme je l'ai assez dit, aucune chance de réussir alors ; l'exploration serait retardée de quelques jours. En attendant, j'aurais eu soin de donner à la tête une position qui permette et favorise le rapprochement des corps étrangers de la surface du cerveau. Comme dans le cas précédent, l'exploration ne serait pas prolongée au delà de quelques centimètres à la fois, pour éviter les fausses routes dangereuses et parce qu'une pince extractive, introduite profondément, déchire le tissu cérébral dans une grande étendue, sur le trajet des branches terminales et manuelles écartées au moment de la préhension et de l'extraction du projectile.

Dans le premier cas, il serait nécessaire d'agrandir, au trépan ou à la pince gouge, l'orifice de la balle ; dans le second, cet agrandissement ne serait pas, le plus souvent, utile, si j'en juge par l'étendue des diamètres de l'orifice d'entrée que j'ai constatée dans mes expériences. Dans une de ces dernières même, j'ai pu facilement faire passer par l'orifice cranien une esquille de dimensions diamétrales bien supérieures au projectile.

J'ajouterai, pour terminer, que la nature de la région pénétrée et que les symptômes présentés par le blessé doivent, à mon sens, peser grandement sur la détermination du chirurgien, quelle que soit l'étendue du trajet parcouru par le projectile. C'est surtout dans l'écorce des régions frontales, pariétales, temporales, peut-être occipitales, qu'on peut, sans grande crainte, faire pénétrer un explorateur ou un instrument extracteur ; dans les pénétrations de la base, ces recherches seraient, je crois, imprudentes et dangereuses. C'est enfin sur des blessés ne présentant pas

de symptômes alarmants, d'une gravité telle qu'ils inspirent des craintes immédiates pour la vie, qu'on peut poursuivre cette exploration ou cette extraction, sans courir le risque de contribuer, ou de paraître contribuer à aggraver la situation du blessé.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 février 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

LECTURES

Endartérite oblitérante avec gangrène des extrémités inférieures. — M. LAVERAN communique l'observation d'un homme de trente-six ans, ayant eu la fièvre palustre à Madagascar, en 1884, et au Tonkin, en 1889. (Sera publiée.)

Des troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle. — M. MOTAIS (d'Angers). L'étrange attitude scolaire tolérée, prescrite même dans la plupart de nos collèges, est un des facteurs les plus importants de la myopie scolaire. Elle est aussi la cause directe d'un grand nombre de déviations de la colonne vertébrale.

A ce tableau déjà chargé, mais exact, on peut ajouter les dyspepsies et les troubles fonctionnels du cœur. En effet, dans l'attitude scolaire habituelle, l'élève, assis sur l'ischion gauche, s'appuie exclusivement sur le coude gauche, se courbe en avant et à gauche et se couche sur son cahier.

Pour l'inclinaison latérale, les fausses côtes gauches sont abaissées jusqu'à la crête iliaque; l'estomac est donc refoulé en bas sur la rate et le côlon descendant. Par la courbure en avant, les parois abdominales prennent un pli transversal; la face antérieure de l'estomac subit la même inflexion. De là, un obstacle mécanique aux mouvements de cet organe.

D'autre part, la courbure du thorax en avant rapproche les côtes en diminuant les espaces intercostaux et, par suite, la capacité de la cage thoracique. La flexion et la torsion exagérées du cou compriment les gros vaisseaux de cette région. Toutes ces conditions produisent la gêne cardio-pulmonaire avec palpitation, dyspnée, etc.

L'attitude scolaire est donc une des causes les plus importantes des dyspepsies et des palpitations fréquentes chez nos collégiens. La même observation s'applique aux adultes adonnés aux travaux intellectuels, aux employés de bureau, aux ouvriers dont le travail se fait à courte distance, etc. L'obstacle au fonctionnement régulier du cœur et de l'estomac est même d'autant plus grave que l'âge est plus avancé.

Dans tous ces cas, M. Motais a constaté une amélioration notable des dyspeptiques et des cardiaques, par la prescription de l'attitude droite pendant le travail. C'est une raison de plus d'appliquer les réformes scolaires et particulièrement la réforme du mobilier.

L'Académie se forme en comité secret.

VARIÉTÉS

Ma dernière consultation de l'année 1893.

Par le docteur P. COULHON (de Montluçon),
Ancien interne des hôpitaux.

C'était le 31 décembre. Le froid était vif; l'heure avancée. Le timbre de la pendule avait résonné dix fois dans le silence de la nuit.

Rentré depuis une demi-heure, après avoir ramé tout le jour la galère médicale et parcouru les champs et la ville, je m'étais affaissé sur un siège et, les pieds sur les chenets, je songeais.

Et que faire en un gîte à moins que l'on n'y songe?

Je pensais à l'année qui allait rentrer dans le néant, et au peu de bien que j'avais fait durant son cours.

Je songeais aux cruautés de la profession; aux clients et à leur indépendance du cœur qui va toujours croissant; aux confrères et à leurs sentiments de bienveillance; et à notre état social, que les progrès de certaine science semblent ramener à la barbarie.

Je méditais sur la devise antique, qui servit de thèse à Schopenhauer et qui devient d'une actualité intense : *Homo homini lupus*.

Invoquant les fées enchanteresses, qui devaient présider à la naissance du nouvel an, je les priais de rendre les hommes meilleurs, les femmes plus sincères, les confrères toujours plus indulgents, et de faire régner, enfin, la paix sur notre pauvre terre.

Je ne demandais pas d'épidémies — non, certes — ni même de nombreux malades, mais de bons et qui pussent comprendre que la reconnaissance n'est pas un vain mot et qu'à certaines heures il convient de la métalliser.

Je donnais une pensée de gratitude à notre illustre Brown-Séquard pour sa dernière découverte des sucs organiques, à laquelle bientôt peut-être il me faudra demander un peu de verdeur et de jeunesse. Puissent les extraits merveilleux posséder encore toute leur efficacité!

Pendant que ces réflexions et d'autres plus ou moins incohérentes vaguaient dans mon esprit, mon feu avait pâli; les tisons à demi charbonnés se déjetaient dans l'âtre. Le froid se faisait sentir. C'était l'heure du repos. Aussi bien fallait-il retremper ses forces pour commencer vaillamment la nouvelle année.

Soudain, un coup de sonnette retentit.

Pourquoi pouvait-on bien me déranger à cette heure? Pour une femme en couches, un enfant en convulsions, ou quelque ami de la table en proie à des remords d'estomac et d'entrailles?

Le domestique, que le coup de sonnette avait arraché de son lit, vint les yeux écarquillés et, d'un air mystérieux, me dit :

« Deux dames désirent parler à monsieur.

— C'est pour un malade?

— Non; c'est pour consulter monsieur. »

Une consultation à cette heure — dix heures et demie — par une température sibérienne — il faisait 10 degrés au-dessous de zéro! Deux dames? Elles n'avaient ni froid ni peur. Quel était ce mystère? Il y avait de quoi piquer la curiosité d'un praticien habitué déjà à bien des surprises.

« Faites entrer. »

Deux jeunes femmes sont introduites. L'une mince et brune, de petite taille, d'allure distinguée, mise avec élégance, le visage couvert d'une voilette épaisse à pois de velours, laissant apercevoir des traits délicats et des yeux noirs brillant comme des escarboucles. L'autre grosse et blonde, de grande taille, mise avec soin, mais de physionomie un peu commune.

Elles ne sont pas plutôt assises sur une invitation d'un geste, que la première, entrant sur-le-champ en matière :

« Monsieur le docteur, dit-elle, je dois aller avec quelqu'un ce soir, et je suis venue vous prier de me donner un remède pour ne pas souffrir. »

Un peu surpris par cet exorde *ex abrupto*, je regardai fixement mon interlocutrice, qui avait l'air sérieux et aussi à l'aise que si elle avait demandé un remède contre la migraine.

Croyant que je n'avais pas compris, elle renouvela sa demande.

« J'ai compris, mademoiselle : je désirais vous entendre encore. Mais êtes-vous bien sûre d'être exposée à souffrir?

— J'en ai la certitude.

— Qui vous en a donné l'assurance?

— J'ai essayé une première fois, et il m'a été impossible de le supporter.

— Avec la même personne?

— Sans doute (avec un mouvement de protestation) avec la même personne.

— La seconde tentative sera peut-être plus heureuse?

— Je suis persuadée du contraire.

— Mais, après tout, mademoiselle, êtes-vous donc forcée de vous exposer à pareille aventure? En cas pareil, il vaut mieux, ce semble, s'abstenir.

— Je suis engagée : il n'est plus temps de reculer.

— C'est une idée.

— C'est mon idée.

— Elle est mauvaise.

— Peut-être, mais c'est mon opinion.

— En cas pareil, on ne doit pas avoir le courage de son opinion.

— Je n'ai pas le courage de souffrir; c'est pourquoi je vous supplie de me donner un remède. »

Le sort en était jeté; l'année ne devait pas finir sans une solution définitive. Seulement, on voulait dénouer, au lieu de trancher, ce nouveau nœud gordien.

« En admettant, mademoiselle, que vous deviez éprouver une douleur, vous ne seriez pas la première, j'imagine. Nos mères et grand'mères ont toutes traversé cette première épreuve, et l'histoire ne raconte pas qu'elles aient jamais consulté de médecin. Elles ont toutes ressenti une légère crainte, c'est probable; mais plutôt de la curiosité, et quelques-unes un certain plaisir. Bon nombre de vos camarades seraient sans doute heureuses d'arriver à la même fin sans avoir recours au moyen que vous réclamez. — Comment vous nommez-vous? » lui dis-je à brûle-pourpoint pour tâter sa sensibilité.

Sa compagne, souriant malicieusement, répondit :

« Elle s'appelle Lucie B... »

— Je m'appelle Lucie B..., répéta-t-elle un peu confuse de mon indiscrétion voulue.

— Allez trouver un pharmacien.

— Mais j'y suis allé, docteur. Il a été désolé de ne pouvoir me rendre service sans consultation d'un médecin. Il attend votre ordonnance.

— Vous lui avez donc expliqué le motif de votre démarche?

— Nullement. Je n'aurais jamais confié pareille chose au pharmacien. Je lui ai demandé un remède pour m'endormir. »

Cette discrétion à l'égard du pharmacien me fit revenir sur ma première impression, qui était défavorable, et me rendit moins sévère.

Considérant l'attitude correcte, l'air sérieux, la franchise absolue de cette cliente extraordinaire, j'acquis, par quelques nouvelles questions, la conviction que la fantaisie seule ou une crainte puérile n'étaient pas les vrais mobiles d'une démarche aussi insolite. Il y avait assurément un état pathologique, un phénomène névropathique douloureux, probablement de l'hyperesthésie vulvaire et du vaginisme, qui se manifestaient aux approches sexuelles et en rendaient l'accomplissement impossible. L'idée de consulter pour un cas de ce genre — était-elle spontanée? — dénotait chez la jeune personne un sens pratique rare et une appréciation peu commune des choses de la vie; car combien de femmes mariées, atteintes de vaginisme très douloureux, ne consultent pas ou ne le font qu'à la dernière extrémité! Mais ce n'était là qu'une manifestation, un peu inattendue il est vrai, du progrès matériel de notre fin de siècle.

J'estimai que la consultation demandée ne devait pas être répondue par un refus.

Je formulai une ordonnance dans laquelle se mariaient le haschich à la morphine, le chloral à la cocaïne, et j'insistai pour connaître ultérieurement le résultat de la médication.

Sur ce, les visiteuses prirent congé, non sans avoir déposé discrètement une preuve palpable et tangible de la valeur qu'elles attachaient au conseil donné.

Le lendemain, dans la soirée, un billet parfumé, fleurant le mimosa, m'informait que la transition d'une année à l'autre s'était effectuée sans douleur, et m'exprimait en termes pleins de tact la plus vive reconnaissance.

Cette consultation était la dernière de l'année, mais on jugera peut-être avec moi qu'elle est la première entre toutes et qu'elle détient le record pour l'intérêt, la réussite et l'originalité.

L'anesthésie a rendu, depuis de longues années, et rend tous les jours d'immenses services; mais jamais, que je sache du moins, elle n'a été appelée comme auxiliaire dans une opération de cette nature.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la non-acceptation de M. Oulmont, le jury du concours de médecin du Bureau central est constitué comme suit: MM. Babinski, de Beurmann, Faisans, Hirtz, Landrieux, Schwartz et Talamon.

— Un concours pour la nomination à deux places d'accoucheur du Bureau central d'admission s'ouvrira le lundi 7 mai 1894, à midi, à l'Administration centrale, avenue Victoria, n° 3.

Le registre d'inscription, ouvert à midi le lundi 9 avril 1894, sera clos définitivement le samedi 21 du même mois, à trois heures.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Patoir est nommé chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Froelich, chef de clinique chirurgicale, est prorogé dans ses fonctions.

— *École de médecine de Limoges.* — M. le docteur Ausset est institué chef des travaux anatomiques et physiologiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Alix (de Saint-Jean-de-Losne) et Poulet-Bachelard (de Jeumont).

— M. Poirier, agrégé, chef des travaux anatomiques, commencera le cours d'anatomie le vendredi 2 mars 1894, à une heure, dans le grand amphithéâtre de l'École pratique, et le continuera tous les jours, à la même heure.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Friedel ouvrira son cours de chimie organique (3, rue Michelet), le vendredi 2 mars, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et vendredis suivants à la même heure. — Il traitera principalement des composés de la série aromatique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des complications viscérales de la paralysie générale progressive (1).

Par G. DURANTE, interne des hôpitaux.

Nous venons d'étudier, avec quelques détails, les altérations diverses que l'on peut rencontrer dans les poumons des paralytiques généraux. Nous avons passé en revue successivement les lésions qui paraissent antérieures à l'affection cérébrale, celles qui semblent s'être développées sous l'influence de l'état pathologique du système nerveux et enfin les lésions infectieuses qui, grâce à l'affaiblissement général de l'organisme, se sont greffées secondairement sur les précédentes.

Nous avons insisté tout particulièrement sur la tuberculose à forme fibreuse que l'on observe parfois chez ces malades, alors qu'aucun antécédent spécifique n'a pu être relevé ni pendant la vie, ni à l'autopsie. Nous espérons avoir montré que, dans ces cas, quelque étrange que puisse paraître cette opinion au premier abord, il est permis, avec vraisemblance, de regarder l'affection du système nerveux comme secondaire à cette infection bacillaire et que celle-ci, éminemment chronique dans sa marche, latente dans ses symptômes, peut, dans ces conditions, au même titre que la syphilis, donner naissance à la périencéphalite diffuse par le fait d'une intoxication permanente prolongée pendant des années, agissant sur un systène nerveux prédisposé.

Nous avons constaté ensuite la constance avec laquelle les lésions de congestion chronique s'observent chez les paralytiques généraux et cela dès le début de la maladie. Cette constance est telle qu'il est difficile de l'expliquer par une pure coïncidence et que l'on doit la rapporter à une action directe de l'écorce altérée.

L'étude du foie, du cœur et du rein, que nous allons aborder maintenant, en nous montrant toujours des phénomènes analogues de congestion chronique et dans quelques cas de lésions toxiques ou infectieuses antérieures à l'affection mentale chez des malades non spécifiques, ajoutera de nouvelles preuves à l'appui de ce que nous avons avancé plus haut.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 213.

VI

LÉSIONS DU CŒUR

Nous serons bref sur les complications cardiaques qui sont rares.

On pourrait, comme nous l'avons fait à propos du poumon, les diviser en lésions antérieures à la paralysie générale, lésions dues à la paralysie générale, et infections secondaires, mais cette dernière catégorie n'est guère représentée, aussi n'aurons-nous qu'à nous occuper rapidement des premières.

Voici les statistiques de l'état du cœur dans les autopsies d'aliénés paralytiques, pratiquées par Klippel :

Cœur sain	9 fois
Myocardite dégénérative (avec ou sans autres lésions), cœur flasque, feuille-morte	15 —
Atrophie	5 —
Hypertrophie plus ou moins marquée	6 —
Athérome cardio-aortique	14 —

1. Comme seule variété de lésions précédant la périencéphalite diffuse, nous citerons les diverses formes de *scléroses cardiaques* que l'on peut rencontrer.

Ces lésions qui, histologiquement, se présentent avec les caractères bien connus des scléroses infectieuses (syphilis, tuberculose, etc.), toxiques (plomb, alcool, etc.), ou arthritiques (athérome), offrent un intérêt étiologique aussi grand que la constatation de la tuberculose chronique dans le poumon.

Il ressort, en effet, des études de Klippel (1), que ces infections, ces intoxications, et l'arthritisme lui-même, peuvent donner lieu au syndrome clinique de la paralysie générale, par suite de mécanismes divers répondant à des altérations très différentes du système nerveux. Cet auteur

(1) KLIPPEL. Classification des paralysies générales, *Arch. de méd. expérim.*, sept. 1891; — Paralysie générale et tuberculose, *Ann. de psychiatrie*, 1891; — Pseudo-paralysie générale arthritique, *Rev. de méd.*, 1892; — Pseudo-paralysie générale névritique, *Gaz. hebd.*, fév. 1893; — Du délire des alcooliques, *Mercredi méd.*, oct. 1893.

divise les malades chez lesquels on retrouve cet ensemble de symptômes en trois grandes catégories anatomo-pathologiques.

Tantôt, on note l'absence des altérations caractéristiques de la paralysie générale vraie (1) et on ne constate que des lésions d'origine nettement syphilitique, tuberculeuse, arthritique ou toxique (gommes, tubercules, athérome, névrite, etc.). Il s'agit alors de *pseudo-paralysies générales* arthritique, toxique ou infectieuse.

Tantôt à ces lésions diverses viennent se joindre les altérations caractéristiques de la paralysie générale (lésions caractéristiques et gommes, tubercules ou athérome, etc.). C'est ce que Klippel nomme les *paralysies générales associées*.

Tantôt enfin les lésions histologiques caractéristiques de la paralysie générale existent *seules* dans les centres nerveux. On se trouve alors en présence d'une *paralysie générale vraie*, dont la cause resterait obscure si les antécédents du malade ou des altérations concomitantes dans les autres viscères (cirrhose alcoolique, tuberculose fibreuse du poumon, athérome cardiaque) ne venaient en éclaircir l'étiologie et en indiquer l'origine toxique infectieuse ou arthritique.

On comprend donc de quelle importance peut être, selon Klippel, la constatation de sclérose cardiaque et particulièrement d'athérome chez un aliéné paralytique indemne de syphilis, surtout lorsque celui-ci n'a pas encore atteint quarante ans, puisqu'elle permettrait de remonter à la cause très probable de l'affection cérébrale qui, sans cela, resterait nécessairement problématique.

2. On rencontre très fréquemment chez les paralytiques généraux un cœur présentant absolument l'aspect de la *myocardite dégénérative*. Il est augmenté de volume, décoloré dans son ensemble, mou et flasque; les ventricules sont dilatés et le myocarde offre une teinte feuille-morte ou jaune, comme si la dégénérescence graisseuse y était très avancée. Cependant, sur les coupes, on est frappé de ne retrouver que des fibres musculaires à peu près normales, dont la striation est bien conservée et peu marquée.

Dans d'autres cas, le muscle est un peu altéré, le protoplasma du tissu contractile est plein de grosses granulations et les noyaux un peu atrophiés, mais on ne constate pas la dégénérescence graisseuse à laquelle on aurait pu s'attendre en présence de la coloration du cœur.

Ici donc, les examens macroscopiques et microscopiques semblent se contredire et la myocardite est plus apparente que réelle.

3. Les lésions *vaso-paralytiques* se retrouvent enfin dans le cœur comme dans le poumon, quoique moins marquées. Sur les coupes longitudinales, on remarque que les faisceaux sont largement séparés les uns des autres par des vaisseaux dilatés et gorgés de sang. Les fibres musculaires voisines écartées, refoulées, sont un peu plus grêles que normalement, mais leur striation est bien conservée; leur noyau, cependant, est un peu atrophié et le protoplasma adjacent, décoloré, est rempli de grosses granulations jaune d'or disposées en amas triangulaires près de chaque extrémité des noyaux.

Les fibres atrophiées et dégénérées sont très rares dans ces myocardes. Il n'y a pas non plus de petits foyers hémorragiques analogues à ceux que nous avons observés dans le poumon; les capillaires cardiaques se sont dilatés sous l'influence de la vaso-paralysie, mais ont résisté.

Telles sont les principales altérations du cœur que l'on observe dans la paralysie générale; nous n'y insisterons pas davantage, leur symptomatologie étant à peu près nulle. Elles ne méritaient d'être signalées que pour la présence des mêmes altérations de congestion chronique que nous avions déjà rencontrées dans le poumon et pour les indications utiles qu'elles peuvent fournir dans quelques cas sur l'étiologie de l'affection corticale.

VII

LÉSIONS DU FOIE

Il est très rare que le foie soit absolument sain chez les aliénés paralytiques. M. Foville avait déjà remarqué que, le plus souvent, on y constate de la sclérose ou de la congestion qu'il attribuait à des coïncidences absolument étrangères à la péri-encéphalite chronique.

Klippel (1), reprenant l'étude des lésions de cette glande chez les paralytiques généraux, a trouvé les altérations suivantes dans les autopsies qu'il a pratiquées à Sainte-Anne.

		Cas	p. 100	
Foie sain		4 cas	= 11 p. 100	
Foie vaso-paralytique 19 cas ainsi répartis	avec aspect muscade	4 —	= 11 —	= 53 p. 100
	— légère sclérose	5 —	= 14 —	
	— dégénér. graiss.	2 —	= 5 —	
	— atrophie rouge	5 —	= 14 —	
	pur	3 —	= 8 —	
Dégénérescence graisseuse isolée		6 —	= 17 —	
Foie muscade pur		5 —	= 14 —	
Sclérose atrophique sans ascite		2 —	= 5 —	

En tant qu'altérations semblant préexister au développement de la paralysie générale, on retrouve donc ici principalement d'anciennes cirrhoses le plus souvent alcooliques.

Parfois le parenchyme présente de la dégénérescence graisseuse soit due à une intoxication antérieure, soit déterminée par des infections secondaires, soit, enfin, sous la dépendance de troubles vasculaires; les complications cardiaques peuvent donner lieu au foie cardiaque, mais outre ces diverses lésions, on observe, le plus souvent, une dilatation des vaisseaux de petit calibre, absolument identique à celle observée dans les poumons, semblant être sous la dépendance directe de la paralysie générale et que Klippel range sous la dénomination de foie vaso-paralytique.

1. La *cirrhose atrophique*, avec anneaux scléreux, bien connue, qui n'offre par elle-même rien de spécial, indique chez le malade des antécédents éthyliques très probables. Quoique Létienne (2), dans un article récent, ait attiré l'attention sur la faible puissance sclérogène de l'alcool, bien moins considérable que celle du plomb ou des toxines microbiennes et, peut-être, insuffisante pour déterminer à elle *seule* des lésions hépatiques, cette cirrhose ne laisse pas de présenter cependant un certain intérêt en permettant d'établir rétrospectivement, avec la plus grande vraisemblance, l'existence d'habitudes alcooliques invétérées. Ce renseignement pourra être d'une grande importance pour

(1) Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 215, 2e colonne, note 1.

(1) Klippel. Foie vaso-paralytique, *Gaz. hebd.*, janv. 1892; — Foie, rein, cœur, poumon vaso-paralytiques, *Arch. de méd. expérim.*, juillet 1892.

(2) Létienne. Du rôle de l'alcool dans la production de la cirrhose atrophique du foie, *Méd. moderne*, no 15, 21 févr. 1894.

remonter à la cause de la péri-encéphalite chronique chez un sujet non syphilitique, si l'on admet, avec Klippel, que l'intoxication chronique par l'alcool peut donner naissance non seulement à une pseudo-paralysie générale, mais encore à une paralysie générale vraie au même titre que la syphilis ou une tuberculose fibreuse à marche lente.

Quoique cette maladie soit considérée le plus souvent comme due à une infection tardive, on ne saurait, en effet, s'étonner de la voir relever parfois d'une intoxication longtemps prolongée, et il ne faudrait pas repousser, de parti pris, la possibilité de son origine directement alcoolique.

Intoxication et infection se tiennent de bien près, et, depuis les recherches modernes, tendent de plus en plus à se confondre, puisque les micro-organismes agissent généralement, surtout dans les cas d'infection à longue durée, par les toxines qu'ils sécrètent et répandent dans l'organisme. Les névrites périphériques apparaissant chez les tuberculeux, les paralysies motrices et sensitives de la diphtérie en sont une preuve évidente et sont absolument comparables aux oblitérations des nerfs constatées chez les alcooliques, les saturnins, etc.

Les *infections* (syphilis, tuberculose, etc.), s'attaquant au système nerveux central, peuvent l'intéresser de façons très différentes. Parfois elles déterminent des productions spécifiques (tubercules, gommes, artérite), dont les signes cliniques varient suivant le siège, mais qui pourront donner lieu dans certains cas au syndrome paralysie générale (pseudo-paralysie générale tuberculeuse, syphilitique, etc.). D'autres fois, au contraire, les lésions ne sont plus spécifiques, on retrouve les altérations caractéristiques de la paralysie générale seules et il s'agit d'une paralysie générale vraie syphilitique ou tuberculeuse.

Il en est de même des diverses *intoxications* et, en particulier, de l'éthylisme, dont les lésions cérébrales sont surtout caratérisées par la dégénérescence des vaisseaux de l'écorce dont les parois présentent des îlots, des plaques irrégulières formées d'amas de granulations graisseuses et pigmentaires, parfois osseuses, de volume variable. Qu'une infection survienne, il s'y ajoute une hyperhémie, de la diapédèse inflammatoire, et le delirium tremens apparaît; qu'une auto-intoxication lente se produise par insuffisance rénale ou hépatique, il se développe un délire alcoolique chronique subaigu et l'on trouve, outre les lésions vasculaires précédentes, une congestion chronique de l'encéphale et une pigmentation osseuse des cellules nerveuses. Jusqu'ici l'intoxication touche les centres nerveux en déterminant des symptômes qui lui sont propres, des symptômes presque spécifiques, mais il n'en est pas toujours ainsi, et, peut-être par suite de prédispositions acquises ou héréditaires, elle peut revêtir absolument le syndrome paralysie générale. Dans ce cas, à l'autopsie, on rencontrera des altérations variables suivant les individus. Chez les uns, aux altérations artérielles précédentes, se joignent une polynévrite plus ou moins généralisée et une dégénérescence, une disparition par atrophie des fibres les plus volumineuses des centres corticaux et des fibres commissurales, ce serait la lésion de la démence alcoolique et de la pseudo-paralysie générale alcoolique. Chez les autres, au contraire, aux îlots irréguliers granulo-graisseux ou ocreux des vaisseaux, viennent s'ajouter les lésions complètes et caractéristiques de la paralysie générale vraie. On se trouve alors en présence d'une paralysie générale vraie associée, si l'on adopte la classification de Klippel (loc. cit.).

La paralysie générale vraie peut donc, au même titre que dans les infections chroniques, se développer par suite d'une intoxication lente. Il est donc nécessaire, lorsque l'étiologie est obscure, d'étudier en détail l'état des viscères et surtout du foie qui pourra parfois mettre sur la trace de la cause déterminante de l'affection cérébrale.

2. Il en est de même des altérations *syphilitiques* gommeuses ou scléreuses qui, rencontrées dans le foie, confirment l'origine spécifique de l'affection cérébrale.

3. D'un autre côté, par suite de la dégénérescence du cœur, de la faiblesse du myocarde, on peut, chez les aliénés paralytiques avancés, rencontrer le *foie muscade* type avec ses caractères au grand complet; mais cette forme est rare, à moins de lésions valvulaires antérieures, rhumatismales ou autres.

4. La *dégénérescence graisseuse* se montre enfin dans les cas d'infections secondaires ou sous l'influence de l'état cachectique; mais il faut avoir soin de la constater au microscope, car souvent, et ceci tout particulièrement chez les malades qui nous occupent, un foie qui, macroscopiquement, est jaune et paraît gras, n'est atteint que d'une anémie plus ou moins prononcée et ne présente, histologiquement, aucune trace de dégénérescence graisseuse.

5. Toutes ces lésions sont rarement isolées; elles sont presque constamment accompagnées de troubles circulatoires très analogues aux congestions observées dans le poumon et relevant directement et uniquement de la paralysie générale dont elles paraissent constituer la détermination hépatique caractéristique. C'est à ces altérations vasculaires pouvant, du reste, se montrer isolément dans les cas de mort subite et précoce à la suite d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes, que Klippel propose de donner le nom de *foie vaso-paralytique*.

Ce foie peut présenter des aspects un peu variables, suivant les désordres qui viennent s'y ajouter, mais il est toujours identique à lui-même quant aux lésions essentielles. Il est caractérisé, dit Klippel, par une dilatation de vaisseaux intra-hépatiques de petit calibre (sans dilatation des grosses veines), avec hémorragies capillaires en foyers par places, plaques de décoloration ailleurs, et atrophie pigmentaire consécutive aux désordres vasculaires dans les points où il y a ectasie capillaire, la dilatation des artérioles étant due à une influence neuro-paralytique.

Son aspect macroscopique et surtout ses caractères histologiques sont, par contre, très spéciaux. Voici la description qu'en donne Klippel qui, le premier, a cherché à l'isoler des autres affections hépatiques.

Les *dimensions* de la glande sont variables; généralement un peu augmentée de volume, elle peut cependant être normale ou même atrophiée si il s'y joint de la cirrhose. La *forme* est conservée, le bord tranchant et la surface lisse. On remarque tout d'abord, par transparence à travers la capsule de Glisson qui n'est pas épaissie, des *plaques de décoloration* jaunes (qu'il ne faudrait pas prendre pour des ilôts de dégénérescence graisseuse) tranchant sur le reste de l'organe, qui est d'un rouge-brunâtre. En pratiquant une coupe à ce niveau, on constate que ces plaques se continuent dans la profondeur comme un coin dont la forme rappelle celle des infarctus. Les bords de cette plaque, tant à la surface que dans la profondeur, sont sinueux, mais nets à l'état frais. Le sang s'écoule par les petits vaisseaux lorsqu'on sectionne le parenchyme, mais les grosses veines ne sont

pas dilatées, contrairement à ce que l'on observe dans le foie cardiaque.

Sous le microscope, on remarque qu'au niveau des plaques de décoloration les vaisseaux sont vides et les tissus exsangues. En dehors d'elles, au contraire, les capillaires sont partout très dilatés, turgescents, remplis de globules rouges entassés. Ces vaisseaux refoulent les cellules hépatiques qui s'atrophient par compression et s'infiltrent de pigment sanguin sous forme de grosses granulations brunes ou ocreuses. Au voisinage des capillaires dilatés, on rencontre de petits foyers hémorragiques formés par suite d'une diapédèse considérable ou occasionnés par la rupture de vaisseaux, mais évidemment dus à la congestion générale des tissus, congestion chronique d'origine paralytique.

Accessoirement on peut observer, comme lésions contingentes, de la sclérose embryonnaire diffuse et même de la dégénérescence graisseuse de certains lobules, mais celle-ci ne correspond pas aux plaques jaunes de décoloration qui sont purement anémiques.

Ces altérations vaso-paralytiques sont donc identiques à celles que nous avons déjà étudiées dans le poumon et que nous allons rencontrer encore dans le rein. Elles se rapprochent, en plusieurs points, de l'atrophie rouge d'origine cardiaque et des lésions du foie observées dans certaines maladies infectieuses, mais elles en diffèrent par des caractères importants.

Dans le *foie cardiaque*, les vaisseaux sont congestionnés, mais ils le sont tous. Les grosses veines sont élargies et il y a une dilatation générale et régulière de tout le système veineux du foie par ralentissement du cours du sang et augmentation de la tension veineuse. Les capillaires congestionnés aussi sont *forcés* par la stase et non dilatés par paralysie ; il y a généralement du liquide dans le péritoine, enfin on n'observe pas de plaques de décoloration.

Dans les *maladies infectieuses*, on rencontre aussi des plaques de décoloration et des hémorragies capillaires, mais le processus est *aigu*. Aussi ne voit-on pas d'atrophie prononcée des cellules hépatiques avec protoplasma rempli de granulations ocreuses indiquant une congestion capillaire chronique. Ici, comme dans le foie des paralytiques généraux, la dilatation vasculaire domine, d'où l'analogie des deux lésions, mais, développée rapidement, elle est de date *récente*, due probablement à l'absorption des toxines agissant sur le système nerveux. Dans le foie vaso-paralytique des aliénés, au contraire, le sympathique étant intéressé de bonne heure, la lésion est occasionnée par une paralysie chronique et lentement progressive des vaso-moteurs de la glande hépatique.

Au point de vue clinique, le foie vaso-paralytique ne présente guère de symptômes propres, mais il faut s'attendre à le rencontrer presque constamment à un degré quelconque chez tous les paralytiques généraux. Un seul signe négatif est assez important : c'est l'absence d'ascite dans le cas de foie vaso-paralytique pur. On peut en rapprocher également les accès de *glycosurie paroxystique* que MM. Baudin, Féré, Briant, Rouillard (1) ont signalé dans la folie paralytique et que, par analogie avec ce que l'on observe dans l'hémorragie cérébrale, ils regardaient comme dépendant directement de la lésion corticale. Cette glycosurie, survenant parfois dès le début de la maladie, apparaît sans cause, disparaît de même, mais, coïncidant généralement avec des phénomènes congestifs du côté de l'encéphale, il se peut qu'elle relève d'une poussée congestive passagère de la glande hépatique, analogue à celle que l'on observe dans le poumon.

(1) Rouillard. Glycosurie au début de la paralysie générale, Soc. de névrol., 1889.

VIII

LÉSIONS DES REINS

Ainsi que les viscères que nous avons passés en revue jusqu'ici, le rein est rarement intact dans la paralysie générale, même lorsqu'on étudie cet organe chez des sujets ayant succombé au début de l'affection.

Séguin (1), en 1888, Giuli Vassale (2), en 1889, avaient déjà signalé la fréquence des altérations rénales dans cette maladie et, leur attention s'étant portée principalement sur la néphrite parenchymateuse, ils avaient même émis l'hypothèse que les attaques épileptiformes si souvent observées chez les aliénés paralytiques, n'étaient autres que de l'urémie convulsive. Klippel (3) reprenant, en 1889 puis en 1892, l'étude de ces organes, insiste sur la fréquence de lésions qu'on y observe dans la péri-encéphalite chronique et qu'on peut diviser, comme dans le poumon, en trois grandes catégories.

Nous retrouvons ici, en effet, des altérations paraissant antérieures au développement de l'affection nerveuse (scléroses, syphilis rénale), d'autres postérieures relevant d'infections secondaires, dues à une infection générale ou à une pyélonéphrite ascendante (dégénérescence graisseuse, néphrites parenchymateuses), d'autres, enfin, caractérisées par des troubles circulatoires, paraissant liées directement aux désordres de l'écorce et être sous leur dépendance immédiate. Ce sont ces dernières que Klippel propose de classer sous le nom de *rein vaso-paralytique*.

Voici la statistique que donne cet auteur de l'état des reins relevé dans 35 autopsies de paralytiques généraux.

Reins normaux	12 cas	=	34 p. 100.
Rein vaso-paralytique, avec ou sans lésions associées	12 —	=	34 —
Sclérose rénale	4 —	=	11 —
Dégénérescence graisseuse	5 —	=	14 —
Syphilis rénale	1 —	=	3 —
Abcès miliaires	1 —	=	3 —

1. Les *scléroses* observées sont généralement d'ancienne date. Le rein est petit, dur, la capsule épaissie se décortique mal, parfois il y a de petits kystes urinaires. Histologiquement, on constate une augmentation considérable du tissu conjonctif entre les tubes et les glomérules dont la capsule est très épaisse, tandis que le bouquet vasculaire, atrophié, est souvent transformé en un nodule fibreux. Les vaisseaux malades aussi sont atteints d'endo et de péri-artérite et l'on peut même se trouver en présence de la néphrite artérielle de M. Lancereaux.

Il s'agit donc ici d'une néphrite ancienne peut-être due à une maladie infectieuse très antérieure, ou bien, au contraire, sous la dépendance de l'alcoolisme chronique, de l'arthritisme donnant lieu à l'artério-sclérose rénale. Nous répéterons encore que, suivant Klippel, la constatation de

(1) Séguin. Congr. neurol. de Washington, sept. 1888.
(2) G. Vassale. Congr. de la Soc. fréniat. de Novare, sept. 1889.
(3) Klippel. Loc. cit.

lésions de cet ordre est d'un certain intérêt, puisqu'elle pourrait mettre, dans quelques cas, sur la voie de l'origine de la paralysie générale, lorsque la syphilis n'a pu être retrouvée.

2. Dans une observation, Klippel a constaté un rein présentant les caractères de la *syphilis rénale*.

3. Mais plus fréquentes que les scléroses sont les *néphrites infectieuses*. Celles-ci ne se montrent que chez les aliénés paralytiques déjà avancés et peuvent affecter deux formes différentes.

Parfois le rein gros, tuméfié, pâle, est jaunâtre après décortication, et, à la coupe, opaque, décoloré, graisseux, blanchâtre. La pression en fait sourdre du pus collecté dans les canaux ou même l'on observe de petits abcès en plein parenchyme. Généralement le bassinet contient aussi du pus. Il s'agit d'une *pyélo-néphrite suppurée, ascendante* et le microscope décèle du bactérium coli ou d'autres micro-organismes remontant tout le long des tubes urinaires. Ceci s'observe principalement chez les paralytiques généraux qui ont de la rétention d'urine, que l'on a été obligé de sonder et qui ont fait de la cystite d'abord, puis une infection ascendante se propageant le long des uretères jusqu'au rein.

Ailleurs on se trouve en présence de *néphrites infectieuses non suppurées* ou subaiguës. Ce sont les cas que Guilo Vassale et Séguin avaient surtout en vue, lorsqu'ils soutenaient la nature urémique des attaques épileptiformes. Le rein est alors volumineux, la capsule se décortique bien et laisse voir une surface lisse et pâle avec des dilatations vasculaires. Sur la coupe, la substance corticale, plutôt augmentée de volume, est d'un gris jaunâtre, plus pâle que la substance médullaire.

Histologiquement, les cellules des tubes contournés et des anses ascendantes de Henle sont en dégénérescence granulo-graisseuse, desquament dans la lumière des canaux où l'on peut trouver des boules de substance hyaline. Les glomérules, tuméfiés, œdémateux, présentent une augmentation du nombre de leurs noyaux. Parfois dans le tissu conjonctif interstitiel se montrent des îlots ou des traînées de petites cellules rondes inflammatoires surtout dans le voisinage des vaisseaux.

Il s'agit encore ici de néphrites infectieuses, mais dues généralement à des agents ayant pénétré par d'autres points de l'économie : escharres, pneumonie, bronchopneumonies infectieuses, etc. La lésion est occasionnée soit par la présence de micro-organismes dans les vaisseaux sanguins, soit par le passage de leurs toxines à travers le filtre rénal.

4. Dans certains cas, enfin, chez les paralytiques généraux cachectiques, on n'observe qu'une *sclérose diffuse* avec dégénérescence graisseuse des épithéliums et nécrose de coagulation. Il semble que ces altérations soient sous la dépendance directe de l'état marastique et de la déchéance générale de tout l'organisme.

5. Mais en dehors des lésions précédentes, les accompagnant ou existant à l'état isolé, on en trouve d'autres qui relèvent de la seule altération du système vaso-moteur et qui, décrites par Klippel sous le nom de *rein vaso-paralytique*, sont caractérisées par une dilatation générale des capillaires et des hémorragies diffuses.

Lorsqu'elle est peu accentuée, cette lésion se reconnaît déjà macroscopiquement par la congestion, visible à l'œil nu, des vaisseaux à la limite de la substance médullaire et de la substance corticale. Histologiquement on constate la dilatation intense des artérioles en pinceaux et des vasa recta qui compriment les tubuli contorti et les tubes droits. Ceux-ci prennent secondairement une teinte verdâtre, par diffusion du pigment sanguin. Dans la substance médullaire les vaisseaux ectasiés compriment de même les tubes et présentent aussi de petits foyers hémorragiques miliaires.

A un degré plus avancé les coupes conservées dans l'alcool offrent une teinte glauque générale, due aux vaisseaux distendus et aux globules sanguins infiltrant de vastes territoires du parenchyme et à la diffusion du pigment sanguin.

Le microscope montre que l'hémorragie se produit, en effet, à l'union de la substance médullaire et de la substance corticale et s'étend également dans les deux. Les capsules de Bowmann, les tubes sont remplis de globules rouges ainsi que le tissu conjonctif et l'on a de la peine à reconnaître les vaisseaux, au milieu de ce tissu hémorragique. Les éléments nobles sont aussi malades et présentent de la dégénérescence graisseuse.

Nous retrouvons donc encore cette dilatation extrême des capillaires allant jusqu'à l'hémorragie, lésion chronique que nous avons rencontrée à chaque pas jusqu'ici et qui est sinon constante, du moins une des plus fréquentes dans la paralysie générale, où on la relève dans plus du tiers des observations, soit isolée, soit accompagnant les autres altérations.

Depuis longtemps déjà, l'attention des cliniciens avait été attirée par les troubles urinaires que présentent les paralytiques généraux. Indépendamment de la rétention et de l'incontinence dues à la paralysie de la vessie ou de son sphincter, on avait constaté des modifications importantes et généralement paroxystiques dans la quantité et la qualité des urines excrétées par ces malades.

Frégevu (1) et, après lui, tous les auteurs parlent des crises de *polyurie* que l'on voit survenir subitement, sans raison apparente et qui, après une durée variable, disparaissent aussi spontanément qu'elles ont apparu.

L'*oligurie*, pouvant aller jusqu'à l'*anurie* complète, a été notée dans les mêmes conditions et nous avons vu plus haut que Séguin et Guilo Vassale (2) attribuent aux lésions rénales, les attaques apoplectiformes et épileptiformes qui, pour eux, ne seraient autres que des attaques d'*urémie* cérébrale.

En 1886, M. Savage (3) attirait l'attention sur les hémorragies qui peuvent survenir dans la paralysie générale et particulièrement sur les *hématuries* qui, elles aussi, sont paroxystiques et passagères.

L'*albuminurie* enfin apparaît dans des conditions très variables. Tantôt elle est de peu de durée, tantôt elle persiste jusqu'à la mort du malade, tantôt elle se présente comme symptôme isolé et sans conséquence, tantôt, au contraire, elle s'accompagne de pus dans les urines et d'élévation de la température. Ces diverses modalités cliniques correspondent aux divers ordres de lésions que nous avons signalées dans le parenchyme rénal.

Nous ne citerons ici, que pour mémoire, les crises de

(1) Frégevu. Th. de Paris, 1876.
(2) G. Vassale. Loc. cit.
(3) Savage. Des hémorragies dans la paralysie générale, *Journ. of Med. Sc.*, 1886.

glycosurie paroxystique signalées par Féré, Briant, Baudin, Bouillard; nous en avons parlé plus haut à propos du foie vaso-paralytique, dont elles paraissent relever plus directement.

Les scléroses rénales, les néphrites interstitielles chroniques dépendant de maladies infectieuses antérieures, de l'artério-sclérose du rein, que l'on peut rencontrer chez les paralytiques généraux, donnent lieu à une *polyurie* plus ou moins intense, mais persistante, conduisant à la mort par urémie chronique et se reconnaissant facilement au lit du malade par l'ensemble des autres symptômes concomitants.

Si la présence de l'*albuminurie* s'accompagne de fièvre plus ou moins intense, de symptômes généraux graves, avec ou sans pyurie, le diagnostic de néphrite infectieuse s'impose et il ne reste plus qu'à en rechercher l'origine, soit dans une pneumonie ou une broncho-pneumonie secondaire, soit dans une infection générale, par suite d'eschares profondes; soit enfin, et c'est le cas le plus fréquent, dans un sondage malpropre ayant déterminé une cystite, puis une pyélo-néphrite ascendante. Mais ici, la température, l'état général éclaireront le diagnostic et l'albuminurie persistante n'aura rien de paroxystique.

Tout autre est la symptomatologie du rein vaso-paralytique que nous avons décrit plus haut. Ici, la lésion fondamentale est une congestion chronique du rein, le plus souvent absolument silencieuse au point de vue clinique et qui se borne à mettre cet organe dans un état de moindre résistance favorable au développement des infections et des dégénérescences de toutes sortes. Mais dans le rein comme dans le poumon, il se produit des poussées congestives momentanées qui, suivant leur degré, détermineront l'apparition soit d'une *polyurie* simple, soit d'une *albuminurie*, soit même d'une *anurie* due à la compression des canaux excréteurs par les vaisseaux dilatés.

L'*hématurie* marque le degré le plus élevé de cette congestion qui peut aller jusqu'à l'hémorragie capillaire et même au passage du sang dans les canaux urinaires.

Ces poussées congestives rénales coïncident, du reste, avec des poussées congestives du côté du cerveau, de la face, aussi voit-on survenir parfois, au moment de ces crises urinaires, une exagération des symptômes mentaux et même une élévation de la température d'origine centrale. Mais tous ces phénomènes, survenus sans cause déterminante appréciable, disparaissent de même et, comme tous les accidents de cet ordre dans la paralysie générale, se caractérisent par une allure éminemment paroxystique subordonnée à la dilatation vasculaire passagère dont ils relèvent.

Ces crises urinaires, quelle que soit la forme qu'elles affectent, ne sont pas d'un pronostic immédiat fâcheux, tout revenant bientôt à l'ordre, mais, comme toute poussée congestive chez l'aliéné paralytique, elles indiquent un nouveau progrès dans la maladie. Après chacune d'elles, l'état de congestion chronique persiste à un degré un peu plus avancé dans le filtre rénal, et celui-ci de moins en moins résistant devient de plus en plus accessible aux infections secondaires.

Ajoutons cependant que, sauf les cas de pyélo-néphrite ascendante, par suite d'infection vésicale, il est rare qu'au point de vue clinique, les lésions des reins acquièrent une grande importance. Les paralytiques généraux qui n'atteignent pas la période cachectique succombent plutôt par mort violente, par le fait de lésions pulmonaires ou à la suite d'attaques apoplectiformes ou épileptiformes.

Mais, au point de vue histologique, il était important de constater, dans le parenchyme rénal, ces mêmes lésions de congestion chronique avec poussées paroxystiques, se montrant d'une façon très précoce et identiques à celles que nous avons constamment rencontrées dans le courant de cet article à propos du cœur, du foie et du poumon.

IX

Nous venons de passer en revue les diverses lésions viscérales que l'on peut rencontrer chez les aliénés paralytiques et nous nous sommes attaché particulièrement à décrire certaines altérations qui, encore peu connues, se caractérisent par leur présence presque constante, dès le début de la maladie, dans presque tous les organes, par une parfaite unité d'aspect et de nature, et qui, paraissant pour ces raisons dépendre directement des lésions corticales, offrent un grand intérêt au point de vue de l'intelligence de la maladie elle-même.

Si nous résumons maintenant ce que nous avons étudié dans le cours de cet article, nous voyons que toutes ces complications peuvent, comme nous l'avons dit, être rangées en quatre grands chapitres.

1. Les unes sont ANTÉRIEURES à la paralysie générale. Ce ne sont pas, à vrai dire, des complications, car, sauf la tuberculose, il est rare qu'elles entraînent des accidents sérieux, mais elles doivent être recherchées avec soin et nous avons tenu à ne pas les passer sous silence, car c'est de leur constatation que dépend souvent la connaissance de la cause première de la paralysie générale.

Elles tendent à démontrer que si la syphilis est l'étiologie la plus fréquente de la péri-encéphalite chronique, elle est loin, cependant, d'être toujours en jeu, et que, en un mot, la paralysie générale n'est pas un accident spécifique très tardif au même titre que telle autre lésion quaternaire, mais une altération particulière des éléments nobles de l'axe cérébro-spinal pouvant se développer sous l'influence de causes très diverses, pourvu que la durée suffisante de l'affection causale (infection ou intoxication) et surtout la prédisposition nerveuse acquise ou héréditaire, se trouvent réunies chez le même malade.

Les travaux de Westphal, de Lubinoff (1), de Meyer (2), de Mierzejewski (3), de Mendel (4), de Meynert, de Tuczek (5), Schutz, de Tacher, Zacher (6), etc., et, en France, de Klippel, ont permis de différencier et de déterminer exactement les lésions corticales de la paralysie générale *vraie* à lésions caractéristiques, des *pseudo*-paralysies générales dont les lésions sont tout autres et des paralysies générales *associées* où l'on retrouve les deux ordres de lésions. La paralysie générale est donc actuellement une maladie exactement déterminée par ses altérations histolo-

(1) LUBINOFF. Contribution à l'anatomie pathologique de la paralysie puerpérale, *Arch. f. psych.*, 1874; — Sur le développement des vaisseaux de nouvelle formation dans la paralysie générale, *Arch. f. Anat. path.*, 1873.

(2) MEYER. *Arch. f. Anat. path.*, Bd LVIII, et *Neurol. Centralbl.*, 1890.

(3) MIERZEJEWSKI. Lésions cérébrales dans la paralysie générale, *Arch. de physiol.*, 1875.

(4) MENDEL. *Neurol. Centralbl.*, 1882 et 1890.

(5) TUCZEK. *Beitrage zur anat. path. d. paralysie generale*, Berlin 1884 et 1891.

(6) Loc. cit. dans la première partie de la Revue.

giques spéciales. Mais le syndrome clinique auquel elle répond paraît, au contraire, pouvoir se développer également à propos de lésions de nature et d'aspect très différents et qu'il ne faut pas assimiler à celles de la paralysie générale vraie.

Nous ne croyons pas que l'on doive faire rentrer, dans le cadre de la paralysie générale vraie, toutes les affections que l'on a décrites sous le nom de pseudo-paralysies générales et qui s'en distinguent par des lésions très diverses, mais très différentes. La symptomatologie ne suffit pas pour définir une entité morbide ; il faut qu'elle s'appuie au moins sur l'identité des lésions histologiques dans tous les cas. Le syndrome angine de poitrine se rencontre dans l'hystérie, en dehors de toute altération visible de l'aorte et du plexus cardiaque ; c'est la fausse angine de poitrine que personne ne confondra avec l'angine de poitrine vraie de Huchard ; de même la bronchopneumonie pseudo-lobaire peut, au lit du malade, simuler absolument la pneumonie lobaire vraie au point de nécessiter, dans certains cas, même après l'autopsie, l'examen microscopique, afin de s'assurer à quelle variété de lésion pulmonaire on a eu affaire, et, cependant, personne ne réunira dans un même chapitre, ne regardera comme une même entité morbide, la pneumonie franche et la bronchopneumonie quelle que soit la forme qu'affecte cette dernière. Dans tous ces cas, il s'agit bien, en effet, de deux maladies différentes qui ne se rapprochent que par un nombre plus ou moins grand de symptômes, mais qui sont absolument distinctes au point de vue anatomo-pathologique. C'est pour ces mêmes raisons que, parmi les malades présentant le syndrome paralysie générale, il faut séparer ceux qui sont atteints de paralysie générale vraie de ceux qui ne sont atteints que de pseudo-paralysie générale, au même titre qu'en présence d'attaques épileptiformes on recherchera si l'on se trouve en présence d'épilepsie essentielle ou de gomme, de tubercule, d'esquille osseuse, irritant l'écorce et donnant lieu accès convulsifs. Important au point de vue du pronostic et du traitement, ce diagnostic est parfois très difficile, presque impossible même, au lit du malade, avec les notions cliniques que nous possédons actuellement, mais il est toujours possible par l'examen histologique des pièces et devient le complément indispensable de toute observation sérieuse, si l'on ne veut pas continuer à confondre sous un même titre des affections absolument dissemblables quant à la nature et le point de départ de leurs lésions.

Nous avons donné, dans la première partie de cette Revue, les principaux points anatomo-pathologiques qui permettent de faire ce diagnostic, aussi n'y reviendrons-nous pas ici.

Or, ces altérations caractéristiques de la paralysie générale vraie, dues probablement à des intoxications chroniques, peuvent se montrer, ainsi que nous le disions plus haut, non seulement chez les anciens syphilitiques, mais encore chez des alcooliques, des saturnins, des arthritiques, des malades atteints de tuberculose chronique fibreuse et, probablement, dans d'autres cas encore.

La paralysie générale vraie est donc *une histologiquement*, mais peut avoir une *étiologie variable*. Il faut par conséquent, lorsque l'on n'a pas pu, par l'interrogatoire ou l'anatomie pathologique, retrouver les traces indubitables de la syphilis qui est la cause la plus fréquente, chercher une autre origine à la maladie et, si l'on rencontre alors des signes évidents d'une autre de ces autres affections chroniques (infection ou intoxication), dont nous parlions plus haut, on sera en droit de lui attribuer, et l'on devra le faire, le développement de la paralysie générale.

2. Quant aux altérations dues à l'inanisation chronique, à la *déchéance générale* de l'organisme, elles sont tardives. Ce sont surtout des lésions dégénératives et leur développement est éminemment favorisé par l'état de congestion chronique dans lequel se trouvent tous les organes. Mais elles n'offrent ici qu'un intérêt médiocre et se rencontrent également dans toutes les maladies cachectisantes, aussi n'insisterons-nous pas à leur sujet.

3. Les *complications par infections secondaires* sont plus importantes, car elles entraînent souvent une mort rapide. La porte d'entrée peut siéger au niveau des téguments, comme dans le cas de lymphangite, d'abcès et d'infection à la suite d'eschares. Dans quelques cas elles sont dues à des accidents comme la cystite et la pyélo-néphrite ascendante, consécutives à des sondages malproprement exécutés. Mais elles peuvent aussi atteindre les viscères par les voies naturelles comme les pneumonies et les bronchopneumonies, dont nous avons parlé dans la première partie de cet article.

Cliniquement, elles attirent l'attention par l'élévation de la température. Ce symptôme permet généralement de les distinguer des lésions vaso-paralytiques qui, elles, sont toujours apyrétiques. Leur marche, rapidement progressive, emportant le malade en quelques jours et parfois en quelques heures, peut être attribuée d'une part à la congestion chronique, dont tous les organes étaient antérieurement affectés et, d'autre part, à la déchéance générale permettant aux micro-organismes de se multiplier promptement et d'intoxiquer, en peu de temps, une économie peu résistante.

4. Enfin, dans un dernier chapitre, nous rangeons les lésions que Klippel, qui les a décrites le premier, propose d'appeler *vaso-paralytiques*. Elles paraissent spéciales à la paralysie générale dont elles relèvent directement.

Leur caractéristique est une dilatation, une congestion chronique de tous les capillaires déterminant bientôt de petits foyers hémorragiques punctiformes ou histologiques par rupture vasculaire ou diapédèse, tandis que le dépôt de granulations pigmentaires sanguines dans les cellules en voie d'atrophie par compression démontre la marche chronique de ce trouble circulatoire. Sur cette congestion chronique, viennent se greffer, à certains moments, des poussées congestives aiguës et passagères amenant une aggravation passagère qui, rétrocédant ensuite, mais jamais complètement, marquent les étapes successives de l'affection lentement progressive.

C'est à ce processus qu'il faut attribuer, comme nous l'avons vu, des altérations spéciales du rein, du cœur, du foie, du poumon et il faut lui rapporter, dans ce dernier organe particulièrement, ces congestions chroniques à différents degrés, ces bronchopneumonies en foyers ou pseudo-lobaires apyrétiques non infectieuses si fréquemment observées.

Cette lésion est constante dans la paralysie générale, dont elle peut passer pour être un des symptômes anatomo-pathologiques caractéristiques. Or, on ne peut y voir un effet de la cachexie, car on retrouve cette congestion, même chez les aliénés paralytiques ayant succombé accidentellement au début de leur maladie. Du reste, si nous rappelons

rapidement les autres complications de la folie paralytique, les complications classiques généralement d'ordre trophique, sur lesquelles nous aurons l'occasion de revenir ailleurs (1), nous pourrons constater que la plupart relèvent de cette même cause, c'est-à-dire de troubles circulatoires capillaires existant d'une façon permanente mais présentant des exacerbations passagères. Les congestions de la face sont un symptôme habituel ; les attaques apoplectiformes et épileptiformes sont attribuées à une congestion momentanée de l'encéphale et s'accompagnent même parfois, selon un grand nombre d'auteurs, d'une élévation de température subite, assez forte, mais de peu de durée, qui disparaît avec la poussée congestive (2). Du côté de la peau, les érythèmes, les éruptions diverses, les hémorragies même sont signalées; les eschares, parfois précoces, et qui, contrairement à ce que l'on observe dans les autres affections, ne sont pas, suivant Frégevu (3), d'un pronostic grave, semblent favorisées et, dans quelques cas même peut-être, déterminées par ce même phénomène. Dans les yeux, les hémorragies conjonctivales, l'exophtalmie, relèvent de la même cause. Quant à l'othématome, on tend, depuis les recherches de Vallon, à lui attribuer une origine vasculaire, à le rapprocher des congestions de la face et à l'expliquer par une poussée congestive occasionnant la rupture de petits vaisseaux déjà malades, par suite de la congestion chronique. Les *glandes* témoignent aussi de troubles circulatoires analogues. On retrouve dans les observations des sueurs, de la sialorrhée, de la glycosurie, de l'albuminurie, de la polyurie, de l'hématurie, des diarrhées profuses à marche paroxystique, apparaissant sans cause, subitement et n'ayant qu'une durée éphémère.

Ce symptôme vaso-paralytique, cette dilatation chronique des capillaires constante, mais avec des exacerbations passagères, est donc une lésion commune dans la paralysie générale et que l'on rencontre à chaque pas. On ne saurait, par conséquent, se refuser à admettre avec Klippel la présence, dans les viscères, d'un processus absolument identique à ce que l'on observe ailleurs et y amenant des altérations spéciales, presque caractéristiques de la maladie.

Il ne faudrait pas croire, cependant, que ces lésions circulatoires généralisées plaident en faveur de l'ancienne théorie vasculaire de la paralysie générale, admise par Mendel, Mierzejewski, Meyer, etc. qui voyaient, dans la dilatation vasculaire chronique, la cause première de cette affection. Cette hypothèse est actuellement abandonnée par la plupart des auteurs. Bonnet regardait la paralysie générale comme une altération primitive du grand sympathique réagissant sur les centres nerveux qui n'étaient atteints que secondairement. Mais cette supposition n'est plus admise depuis les travaux de Joffroy, Pierret, Meynert, Taczek, Ziegler, Raymond, Klippel et Schütze qui ont prouvé, au contraire, que les éléments nobles, les cellules nerveuses (motrices, sensitives ou trophiques) et le réseau des tubes nerveux de la substance grise corticale et médullaire, sont les premières atteints et que la dilatation vasculaire, la diapédèse dans les gaines, ne surviennent qu'ensuite.

Les lésions de l'écorce ont, en effet, une action sur les capillaires de toute l'économie. On connaît depuis longtemps, *dans l'apoplexie cérébrale*, *les foyers hémorragiques du foie et du poumon*, foyers d'autant plus volumineux qu'ils sont déterminés brusquement par une cause soudaine (tandis que, dans la paralysie générale, la petite dimension de ces foyers est expliquée par la marche chronique du processus qui prépare le terrain). Bechterew et Misslawsky (1) avaient observé que l'irritation de la portion postérieure du girus sigmoïde détermine une élévation de la pression sanguine, tandis que l'irritation de la portion moyenne et externe produit un abaissement d'abord, puis une élévation de la pression et que l'excitation des régions pariétales du girus amène la dépression seule. Stricker (2), Raudnitz (3), Eulenbourg, Landois, Hitzig, en excitant l'écorce au niveau des centres psycho-moteurs, ont constaté un refroidissement du membre du côté opposé, par contraction des vaisseaux; l'ablation de cette portion de l'écorce déterminait, au contraire, une dilatation des vaisseaux avec élévation de la température. Les centres psycho-moteurs ont donc une influence sur l'état des vaisseaux des membres correspondants. Il est probable que d'autres portions auront une action identique sur d'autres régions, les viscères, par exemple ; c'est ainsi que la piqûre du quatrième ventricule détermine une dilatation des vaisseaux de l'abdomen, dilatation portant plus particulièrement sur les capillaires du foie en un certain point, tandis que près de là ce sont, au contraire, les capillaires du rein qui sont surtout influencés (Cl. Bernard, Schiff). Brown Séquard, en sectionnant le corps restiforme, a déterminé une hémorragie souscutanée de l'oreille.

Quant à la température, Guyon (4), dans une thèse récente, conclut, à la suite de nombreuses expériences, que, chez l'homme comme chez l'animal, le trouble de la régulation thermique peut apparaître à la suite de perturbations des centres nerveux sans l'intervention de causes adjuvantes telles que l'infection. Souvent le seul signe appréciable de certaines piqûres du cerveau chez l'animal est une élévation de la température centrale d'origine purement nerveuse.

On ne saurait trop répéter que la paralysie générale est une affection de *tout* le système nerveux et non pas de l'écorce cérébrale seulement. Depuis longtemps, on a décrit des lésions du bulbe, des corps restiformes, du grand sympathique, et Magnan signalait celles de la moelle dès 1870. Ces dernières sont même à l'ordre du jour, depuis les recherches de M. Raymond et M. Joffroy, en 1892, insistant à propos d'un cas d'*atrophie musculaire*, sur les *localisations médullaires précoces* qui peuvent même précéder les altérations encéphaliques, concluait en disant que « la paralysie générale est une affection qui atteint *d'abord* les grandes et les petites cellules de la moelle et de l'écorce, intéressant ainsi, tôt ou tard, les fonctions motrices, sensitives, tro-

(1) Durante. Des troubles trophiques et des troubles circulatoires dans la paralysie générale, *Gaz. hebd.*, 1894.

(2) Péterson et Langdon, à la suite de recherches récentes, s'opposent à cette manière de voir. Pour eux, toutes les élévations de température, chez les paralytiques généraux, seraient dues à des infections secondaires. (*Journ. of ment. nervous diseases*, nov. 1893.)

(3) Frégevu. *Des eschares dans la paralysie générale*, Th. de Paris, 1876.

(1) Bechterew et Misslawsky. Influence de l'écorce sur la pression sanguine, *Neurol. Centralbl.*, 1886.

(2) Stricker. Centres vaso-moteurs du cerveau et de la moelle, *Wien. Med. Jahrb.*, 1886.

(3) Raudnitz. Influence directe de l'écorce cérébrale sur les vaisseaux, *Arch. f. Anat. path.*, CI, H. 2.

(4) Guyon. *Contribution à l'étude de l'hyperthermie centrale consécutive aux lésions de l'axe cérébro-spinal*, Th. de Paris, 1893.

phiques et psychiques ». C'est cette opinion qui tend actuellement à prévaloir au détriment des anciennes théories vasculaires ou conjonctives qui, chaque jour, perdent du terrain.

On comprend alors, étant donné la multiplicité de ces lésions et les relations intimes qui unissent la circulation périphérique et profonde avec le système cérébro-médullaire, que les altérations nombreuses et considérables des centres nerveux agissent directement sur les vaisseaux pour donner lieu, et cela dès le début de la maladie, à ces troubles circulatoires, à cette vaso-paralysie chronique sur laquelle nous avons si longuement insisté.

Mais, quelque intérêt qu'il puisse présenter, nous ne pouvons entamer, dans cette Revue, le chapitre des lésions du système nerveux; le rapport des altérations de la moelle et du cerveau, l'anatomie pathologique et la pathogénie de la folie paralytique nous entraîneraient trop loin. Nous avons simplement voulu, à propos des complications de la paralysie générale vraie, faire ressortir les altérations viscérales et signaler leur importance puisqu'elles semblent montrer que cette maladie, toujours identique à elle-même par ses lésions histologiques, n'est pas toujours d'origine syphilitique, peut ressortir d'autres intoxications ou infections chroniques et qu'elles permettent parfois d'établir la nature de la péri-encéphalite chronique, lorsque la syphilis ne peut être incriminée; nous avons tenu à insister sur cette congestion chronique généralisée peu connue jusqu'ici, mais si constante que l'on doit bien plutôt la considérer, elle et les conséquences qu'elle entraîne, comme un grand symptôme que comme une complication de la maladie; et nous nous sommes enfin efforcé de montrer que, plus on l'étudie, plus cette affection se montre sous la forme d'une maladie vraiment *générale*, intéressant indirectement, mais constamment et dès le début, même les organes les plus éloignés des centres nerveux.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 février 1894. — Présidence de M. Championnière.

DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE PAR BALLE DE REVOLVER

M. Quénu, à propos du rapport de M. Chauvel, rappelle avoir déjà soutenu l'utilité de l'intervention dans les cas de fracture du crâne pour conjurer les accidents inflammatoires consécutifs. La trépanation ne peut, en aucune façon, aggraver la situation et il est logique de la faire avant l'apparition de la méningo-encéphalite.

M. Quénu adopte la même conduite à l'égard des plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver, qui peuvent devenir un agent de septicémie. Il communique trois observations dans lesquelles il a cru devoir intervenir.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un enfant de huit ans ayant une plaie de la région frontale faite par un éclat de capsule. Pendant quelques jours, aucun accident; trois semaines après, l'enfant tombe dans la torpeur. On constate un foyer de suppuration se prolongeant jusqu'au cerveau. M. Quénu pratique la trépanation, met à découvert deux petits fragments de plomb, une collection purulente sous la dure-mère et plus profondément, dans l'écorce cérébrale, des esquilles.

Il y eut une notable amélioration pendant quelques jours; mais plus tard apparurent des accidents encéphaliques qui amenèrent la mort.

Le second cas a trait à un jeune homme qui s'était tiré cinq coups de revolver dans la tête : il n'y eut pas d'accidents immédiats, mais quarante-huit heures plus tard, il était pris de céphalalgie et de fièvre qui poussèrent M. Quénu à tenter l'extraction des balles; les cinq balles furent enlevées et le malade guérit en quelques jours.

Enfin, dans le troisième cas, c'était un enfant qui avait eu la région frontale traversée par une balle. Aucun accident. Cependant, M. Quénu fait la trépanation et constate que la dure-mère n'a pas été perforée. Quant à la balle, elle avait dû sortir en arrière de son point d'entrée par un orifice qui existait à ce niveau.

M. Després est d'un avis tout opposé; il repousse toute exploration dans le cerveau et n'admet la trépanation que si elle doit parer à des accidents d'origine péri-cérébrale.

Il rapporte l'observation d'une jeune fille dont la tempe avait été traversée par une balle de revolver; l'un des internes avait à tort sondé la plaie avec un stylet à une profondeur de 10 centimètres. M. Després s'est bien gardé de refaire cette exploration et, après après avoir nettoyé la région blessée, il l'a obstruée avec du diachylum. La cicatrisation était obtenue sans accident une quinzaine de jours après. Actuellement, la malade se porte très bien.

Il ne faut pas oublier la tolérance du cerveau à l'égard des balles.

M. Reclus croit qu'il faut, dans ces cas, distinguer le mode d'origine des accidents. Les uns résultent du passage du corps étranger à travers les tissus; les autres de son séjour au sein même de ces tissus; on ne doit pas se comporter de même dans ces différents cas.

Si l'on croit que les tissus blessés ont été infectés, si des esquilles donnent lieu à des phénomènes de compression, s'il s'est formé un foyer hémorragique, il faut intervenir.

Mais si, après la pénétration d'une balle dans le cerveau, il ne se produit aucun accident, il est préférable d'attendre et souvent la suite vient donner raison à cette abstention.

M. Monod a été appelé auprès d'un jeune homme, qui venait de se tirer un coup de revolver dans la tempe droite: à ce niveau il existait une grosse bosse sanguine. Il y avait un peu de torpeur. Un stylet ayant conduit sur un corps dur, M. Monod pratiqua la trépanation et retira successivement trois fragments osseux.

Pendant quatre jours, l'état fut assez satisfaisant, mais la température s'éleva, des accidents paralytiques se produisirent et la mort survint rapidement.

Des travaux statistiques ont été publiés sur ce sujet en Amérique. L'un, publié par Andrews, renferme 72 observations dans lesquelles, malgré la pénétration d'une balle dans le crâne, les blessés ont guéri. Une deuxième statistique dressée par Worthon, en 1879, réunit 316 cas de corps étrangers du cerveau de toute espèce. Sur ces 316 cas, on compte 160 guérisons et 156 morts.

106 fois, le corps étranger a été extrait, il y a eu 72 guérisons et 34 morts; et 210 fois il n'y a pas eu d'intervention, ce qui a donné 88 guérisons et 122 morts, c'est à dire une proportion de guérisons moindre qu'en intervenant. Il est encore à noter que, si ces 88 guérisons prouvent la tolérance du cerveau à l'égard des corps étrangers, cette tolérance n'est pas toujours persistante, car ultérieurement il peut survenir divers accidents. C'est même ce que l'on a observé après l'intervention. Sur 160 guéris, il y a eu 49 fois de ces accidents. Il faut également tenir compte du siège de la lésion; les blessures antérieures sont ordinairement empreintes d'une gravité moindre.

Dans un troisième travail, publié par Bradford et Smith, on ne relève que 91 cas; mais ils concernent tous des blessures du cerveau par coup de feu et tous les blessés ont été soignés antiseptiquement. Sur ces 91 cas, il y a eu 40 guérisons et 51 morts. 34 fois, il y a eu survie malgré la

persistance de la balle dans la cavité cranienne, mais dans la suite on a noté, sur 16 blessés, des accidents qui ont amené la mort chez 9 d'entre eux.

En résumé, on peut conclure de ces faits : 1° plus de la moitié des blessés par coup de feu dans le crâne meurent; 2° parmi les survivants, plus d'un tiers conservent le projectile dans la cavité cranienne; 3° chez ceux-ci, des accidents consécutifs surviennent, au moins une fois sur deux, entraînant la mort dans plus de la moitié des cas.

Relativement au résultat de l'intervention chirurgicale, elle a amené la guérison dans plus de la moitié des cas.

L'abstention ne doit donc pas être formulée d'une façon générale et il y a souvent lieu d'intervenir.

M. DELORME lit un travail sur l'inutilité et les dangers habituels de la recherche des balles de revolver du commerce dans les cas de pénétration du crâne et de l'encéphale. (Voir *Gazette des hôpitaux* 1894, p. 228 et 235.)

PRÉSENTATIONS

Ostéotomie de la jambe. — M. POIRIER présente une femme chez laquelle il a pratiqué une double ostéotomie de la jambe, pour déviation consécutive à une fracture.

Énorme adénite cervicale suppurée. — M. SCHWARTZ présente une malade guérie d'une énorme adénite cervicale suppurée par des injections de naphtol camphré.

Rupture du grand pectoral. — M. DELORME présente un malade atteint de rupture du grand pectoral.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hôpitaux de Paris. — Les questions orales, traitées par les candidats du concours de l'internat qui vient de se terminer, ont été les suivantes : « Orifice aortique; signes et diagnostic de l'angine de poitrine. — Vaisseaux et nerfs de la plante du pied; pathogénie et signes du mal perforant. — Artère rénale; complications rénales de la scarlatine. — Plèvre pariétale; cancer pleuro-pulmonaire. — Orifice mitral; pathogénie et signes de l'apoplexie pulmonaire. — Articulation sterno-claviculaire; pathogénie et signes du torticolis musculaire chronique. — Racines rachidiennes; signes et marche des fractures de la colonne vertébrale. — Branche ophtalmique de Willis; zona ophtalmique. — Portion membraneuse de l'urètre; complications des rétrécissements de l'urètre. — Artères de la région du coude et leurs anastomoses; signes et diagnostic des luxations du coude en arrière. — Vaisseaux et nerfs de l'utérus; signes et diagnostic de la grossesse au cinquième mois. — Cornée transparente; signes et diagnostic de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés. — Vésicule biliaire ; complications de la lithiase biliaire. — Bronches extra-pulmonaires; corps étrangers des voies aériennes. »

— Par décret, en date du 20 février 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gazin, en remplacement de M Louis (C.-F,-A.) décédé; désigné pour le 89e d'infanterie. — Stoupy, en remplacement de M. Buisson, mis en non-activité; désigné pour le 10e d'infanterie. — Georges, en remplacement de M. Lachapelle, retraité; maintenu au 152e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Dalphin, en remplacement de M. Lejour, démissionnaire; maintenu aux hôpitaux de la division de Constantine. — Cardot, en remplacement de M. Langie, démissionnaire; maintenu en Annam et au Tonkin. — Cot, en remplacement de M. Torio, décédé; désigné pour le 97e d'infanterie. — Gilbert, en remplacement de M. Léchandel, mis en non-activité; maintenu au 146e d'infanterie. — Ruotte, en remplacement de M. Gazin, promu; maintenu provisoirement aux hôpitaux militaires de la division de Constantine. — Chevalier, en remplacement de M. Houpy, promu; maintenu hors cadre à la disposition de M. le sous-secrétaire d'État des colonies (escadron de spahis soudanais). — Puig, en remplacement de M. Georges, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger. — Écot, en remplacement de M. Chevalier, mis hors cadre; maintenu à son poste de surveillance à l'École du service de santé militaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Friant, médecin aide-major de première classe hors cadre (Dahomey); désigné pour l'École militaire de Saint-Maixent.

— Par décret, en date du 23 février 1894, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, savoir :

Au grade de médecin de première classe. — M. Pujol.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Cordier et Casteuil, médecin auxiliaire de deuxième classe de la marine.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Letulle, agrégé, commencera ses conférences d'anatomie pathologique le lundi 5 mars 1894, à deux heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure, au laboratoire des travaux pratiques d'anatomie pathologique.

M. Tuffier, agrégé, chargé de cours, commencera son cours complémentaire de pathologie chirurgicale le lundi 5 mars 1894, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. le professeur Brouardel commencera son cours de médecine légale le lundi 5 mars 1894, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis et lundis suivants, à la même heure.

M. Retterer, agrégé, commencera ses conférences d'histologie le lundi 5 mars 1894, à cinq heures (grand amphithéâtre), et les continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

Les démonstrations pratiques de physiologie commenceront le lundi 5 mars 1894, sous la direction de M. le docteur Laborde, chef des travaux de physiologie. Elles auront lieu dans la salle des démonstrations de l'École pratique, les lundis et vendredis à quatre heures. Les élèves de deuxième et de troisième année (doctorat et officiat) sont obligés d'assister à ces démonstrations. Ils seront divisés par séries et recevront une lettre de convocation spéciale.

M. le professeur Debove commencera son cours de pathologie interne le mardi 6 mars 1894, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

— L'inauguration des cours de l'École d'ambulancières et d'ambulanciers de l'hôpital International, aura lieu, au grand amphithéâtre de l'hôpital, le mardi 6 mars, à huit heures et demie du soir. M. le docteur Larrivé commencera son cours sur les instruments et appareils de chirurgie.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Lippmann ouvrira son cours de physique, le samedi 3 mars, à deux heures, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera de l'électricité.

Le Directeur-gerant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

EAUX MINÉRALES DE VALS

Acidulées, Gazeuses, Bicarbonatées, Sodiques, analysées par O. HENRY.

THERMALITÉ 13°	SAINT-JEAN	RIGOLETTE	PRÉCIEUSE	DÉSIRÉE	MAGDELEINE
Acide carbonique libre..	1.425	2.095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude...	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse..	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux...	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang.	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium.....	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcal. arsenic. lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.112	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates calciques magnésiens en font, malgré la plus riche minéralisation qui soit connue en France, des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives*. Dose ordinaire, 1 bouteille par jour. (*Indiquer autant que possible la source que l'on entend prescrire.*) *Emplois spéciaux*: SAINT-JEAN, maladies des organes digestifs ; — PRECIEUSE, maladies de l'appareil biliaire ; — DESIREE, maladies de l'appareil urinaire ; — RIGOLETTE, chlorose, anémie ; — MAGDELEINE, mal. de l'appareil sexuel.

SOURCE FERRO-ARSENICALE DE LA DOMINIQUE

Acide sulfurique libre.................... 1.33

Silicate acide, Arséniate », Phosphate », Sulfate » } sesqui-oxyde de fer
— de chaux..................
Chlorure de sodium..................
Matières organiques.................. } 0.44

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

ÉLIXIR LUCAS

FER, VIANDE, VIEUX COGNAC

ANÉMIE — CHLOROSE
RACHITISME — CONVALESCENCES
(TOLÉRANCE PARFAITE)

3f le flac. Phie **Lucas**, *Ingrandes* (M.-et-L.), et bonnes Pharmacies.

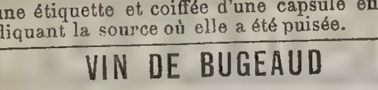
La **CRÉOSOTE NÉRIS** ne ressemble à aucune autre préparation de créosote. — Elle est en granules et n'a aucun goût.

La **CRÉOSOTE NÉRIS** est digérée dans l'intestin.—Elle ne fatigue pas l'Estomac.

La **CRÉOSOTE NÉRIS** se prend par cuiller à café qui contient 25 centigrammes de créosote pure. — Dose : deux, trois et quatre cuillers par jour.

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

NOUVEAU TRAITEMENT

BLENNORRHAGIE

CATARRHE de la VESSIE

COPAHIVATE
DE SOUDE
RAQUIN



AVANTAGES

Efficacité certaine des **CAPSULES RAQUIN au Copahivate de soude** contre la **blennorrhagie**, le **catarrhe** de la vessie, etc., à des *doses trois fois plus petites* que celles des autres médicaments; **action extrême ment rapide**; **absence complète** *d'éructations* ou *d'irritation* des voies **digestives**; **aucune odeur** communiquée à l'haleine, à la sueur ou aux urines.

DOSES : 6 à 12 capsules seulement contre la *blennorrhagie*, à prescrire DÈS LE DÉBUT; 1 à 3 capsules contre le *catarrhe de la vessie*.

L'INJECTION RAQUIN a la même efficacité que les Capsules contre la **blennorrhagie**; elle est absolument indolore et ne tache pas le linge.

PRIX : 5 fr. le flacon de CAPSULES; 5 fr. le flacon d'INJECTION AVEC LA SERINGUE.

DÉPÔT CENTRAL : **Fumouze-Albespeyres**, 78, faubourg Saint-Denis, **Paris**.

MODE D'ADMINISTRATION
DU CHLORAL

« *Le sirop de Follet est la meilleure forme d'administration du chloral; sa conservation est parfaite, et, ainsi conseillé, il n'irrite point l'esomac.*

« Formulaire Magistral. »

Le Sirop de Follet se prescrit à la dose de 2 à 3 cuillerées à bouche. La cuillerée à bouche contient exactement 1 gramme de chloral hydraté; la cuillerée à café 25 centigrammes.)

Le Sirop de Follet sera pris étendu d'eau ou d'une infusion de tilleul, d'oranger, ou mieux dans du lait. Souvent il est préférable de donner les deux premières cuillerées ensemble, le sommeil s'obtient ainsi plus vite et plus sûrement.

Le chloral qui entre dans la composition du **Sirop de Follet** est fabriqué par la maison L. FRERE, A. CHAMPIGNY et Cie, successeurs, 19, rue Jacob, Paris, qui a obtenu les premières récompenses décernées aux produits pharmaceutiques : médaille d'or unique à l'*Exposition universelle* de Paris 1878; médaille d'or, Amsterdam, 1883; médaille d'or, Sydney, 1888; Paris, 1889.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

SIROP de DIGITALE de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence

Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de dix centig. de Digitale.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT

soit en Potion soit en Injections hypodermiques

Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.

LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, PARIS

COTON IODÉ DU DR MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

MALADIES de la PEAU
EMPLATRES CAVAILLÈS

TAFFETAS de VIGO sur soie, ctre Syphilides.
EMPLATRE OXYDE de ZINC, ctre l'Eczéma.
EMPLATRE à l'HUILE de CADE, au SALOL, etc.
Employés avec succès à l'hôpital St-Louis.
Pharmacie, 9, rue du Quatre-Septembre, Paris.

CHAIX & REMY — LIQUIDES — 10, Rue de l'Orne, 10 — PARIS — **BROWN-SEQUARD**

N° 28. — MARDI 6 MARS 1894. 67e ANNÉE. MARDI 6 MARS 1894. — N° 28.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 5 mars 1894.

Mercredi dernier, la Société des chirurgiens des hôpitaux s'est réunie, sur l'initiative de l'un de ses membres, pour discuter la question des chirurgiens assistants, telle qu'elle est prévue par le nouveau règlement du service de santé que nous avons récemment publié (1).

Il existe, à Paris, quarante-deux services de chirurgiens titulaires actuellement suppléés par seize chirurgiens du Bureau central, nombre que l'on portera, dit-on, à vingt.

De ces quarante-deux services, cinq sont des services de clinique de la Faculté, et sont pourvus de chefs de clinique. Pour ceux-là il n'est pas besoin de chirurgien assistant. C'est donc pour les trente-sept services restant que la question des assistants se pose. Admettons, pour simplifier, que sept de ces services (service de Bicêtre, d'Ivry, services des chroniques, services spéciaux), soient assez peu actifs pour que le titulaire n'ait jamais et dans aucun cas besoin d'un assistant. Il reste donc trente services actifs de chirurgie dont les titulaires pourraient réclamer les bénéfices du nouveau règlement, et, avec l'autorisation de l'Administration, se faire adjoindre un chirurgien assistant.

Or, le nouveau règlement porte que le chirurgien assistant sera un chirurgien du Bureau central, et que, dans aucun cas, le nombre des assistants, accordés par l'Administration, ne pourra dépasser la moitié du nombre des chirurgiens du Bureau central, c'est-à-dire huit à dix au maximum. Il en résulte que vingt chirurgiens sur les trente n'auront pas droit à un assistant et devront faire leur service comme par le passé. De là, on le conçoit, des protestations des plus vives! Car le règlement prévoit la répartition des huit chirurgiens assistants et ne les accorde qu'aux aînés, à ceux qui auront « au moins dix ans de service » comme titulaires. La chose nous paraît des plus équitables.

Il est incontestable que la chirurgie moderne, par ses exigences, a modifié de fond en comble les anciennes habitudes de nos services hospitaliers, et que, dans l'intérêt du bon fonctionnement du service, c'est-à-dire dans l'intérêt bien compris des malades, l'*assistance* soit une bonne et excellente pratique. Aussi eussions-nous été plus généreux que l'administration de l'Assistance publique et aurions-nous augmenté le nombre des assistants en adjoignant aux membres du Bureau central, d'autres assistants, pris parmi les anciens internes, candidats au Bureau central et qui auraient été admissibles à la deuxième série d'épreuves. On arriverait ainsi aisément à fournir une liste de vingt suppléants, dix chirurgiens du Bureau central, dix pris parmi les candidats admissibles aux précédents concours.

Peut-être, malgré cela, y aurait-il des mécontents et ces dix chirurgiens non pourvus réclameraient-ils encore. Pour être chirurgien on n'en est pas moins homme, et nous connaissons tel titulaire qui ne se verrait pas avec plaisir privé d'un assistant, alors que le service du voisin en serait pourvu. Aussi, il s'est produit ce qui devait se produire, et, à la dernière réunion des chirurgiens des hôpitaux, quelques chirurgiens, et non des plus âgés, ont-ils réclamé le droit à posséder un assistant.

N'en déplaise à nos jeunes collègues, la question de l'assistance a besoin d'être réglementée comme toute autre. On n'est pas chef de service à l'hôpital uniquement pour jouir d'un titre honorifique et lucratif, car s'il n'est pas lucratif directement, il l'est indirectement, vous l'avouerez; on n'accepte pas des fonctions si enviées pour s'en décharger de suite sur les épaules d'un plus jeune. Vous avez beau nous dire que la chirurgie nouvelle ne peut se faire sans le secours d'un aide sérieux et instruit, que vous ne vous sentez pas capable à vous seul de faire votre service, comme il doit être fait, personne ne prendra votre assertion au sérieux. Vous laissez entendre, en effet, que ceux de vos collègues, qui ne réclament rien, ont une pratique retardataire et surannée, en proclamant que tout bon chirurgien doit être assisté. Mais est-ce que le chirurgien n'est plus assisté de ses internes? Les choses ont-elles changé à ce point depuis que nous avons quitté les hôpitaux? Vous vous plaignez de l'internat, messieurs les chefs de service. A qui la faute? A ceux qui interposent entre eux et leurs internes des personnalités sans mandat, qui éloignant l'interne du maître, rendent moins fréquents les contacts et tuent cette communion intime de chef à élève, qui était la règle autrefois.

Au chirurgien titulaire, jeune encore, et qui réclame un assistant, nous dirons : Avant de vous déclarer incapable de mener à bien votre service chirurgical, n'acceptez pas d'être chirurgien de tel ou tel lycée, d'assurer, en même temps que votre service d'hôpital, le service de tel ou tel dispensaire, de telle ou telle fondation. Mettez un frein

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 225.

à vos appétits, contentez-vous d'être un bon chirurgien des hôpitaux, faisant bien son service et sa clientèle, ne vous déchargez pas de la chirurgie des pauvres sur un assistant, pour vous consacrer trop exclusivement à la chirurgie rémunératrice.

A la Société médicale des hôpitaux, dans la séance du 2 mars, M. Rendu a fait connaître un nouveau cas de guérison de la péritonite tuberculeuse par injection de naphtol camphré. A vrai dire, ce n'est pas la péritonite tuberculeuse quelconque qui se montre susceptible de rétrocéder et de disparaître sous l'influence de cette intervention, mais la tuberculose péritonéale avec ascite, l'*ascite tuberculeuse*. M. Rendu a injecté dans la cavité péritonéale cinq seringues de Pravaz de naphtol camphré, par conséquent un peu plus de 5 grammes. Les suites immédiates ont été aussi simples que possible, il n'y a eu ni élévation de la température, ni douleur locale; quelques jours plus tard, on put constater, par la palpation, l'existence dans l'abdomen d'une masse résistante qui paraissait formée par le grand épiploon épaissi. C'est, du reste, exactement de la même façon que les choses avaient évolué dans le premier cas. Plus tard, cet empâtement finit lui-même par disparaître; en cinq semaines, malgré l'apparition d'une petite poussée de pleurésie et de congestion pulmonaire, la guérison paraissait complète.

Il faut ajouter que l'inoculation du liquide ascitique à deux cobayes avait donné, chez l'un d'eux, un résultat positif. Il semble donc bien qu'il s'agisse là d'un procédé d'intervention inoffensif et efficace, efficace tout au moins dans la péritonite tuberculeuse à forme ascitique, qui a une tendance manifeste à la guérison, quelquefois même à la guérison spontanée, ou tout au moins sans intervention locale.

C'est ainsi que M. Burlureaux a vu dans plusieurs cas la péritonite tuberculeuse guérir sous l'influence de la créosote, à hautes doses, administrée par la voie hypodermique.

M. Gilles de La Tourette présente un homme atteint de tic douloureux de la face. Pour lui, cette névralgie faciale est de nature hystérique. Il s'agit, en effet, d'un malade qui devint hystérique après une chute de 16 mètres de haut. L'hystérie est caractérisée chez lui par un ensemble de stigmates : l'hémi-anesthésie, le rétrécissement du champ visuel, les troubles de la vision des couleurs, etc.

Les crises de névralgie sont précédées par un aura; elles sont suivies, comme le sont souvent les attaques hystériques, d'une polyurie passagère.

De ces diverses particularités, l'auteur conclut qu'il s'agit là d'une névralgie de nature hystérique, au même titre que certaines zones hyperesthésiques, celles du cuir chevelu, de l'estomac, etc.

On peut se demander, avec M. Le Gendre, si ce n'est pas une névralgie de ce genre que Trousseau a dénommée névralgie épileptiforme. Cependant M. Féré a vu la névralgie faciale alterner avec des attaques épileptiques.

La douleur, dans des cas semblables, peut céder à l'emploi de moyens souvent efficaces contre les accidents de nature hystérique : la suggestion, l'action des aimants, etc. En somme, le traitement psychique doit l'emporter sur la médication; l'hystérie, en effet, est une maladie mentale.

Ici, M. Féré proteste; que l'hystérie présente un ensemble de manifestations d'ordre psychique, il ne le nie pas, mais cela ne prouve pas qu'elle ne corresponde pas à des lésions. Ne trouve-t-on pas souvent chez les hystériques des malformations, des stigmates de dégénérescence?

Que les hystériques soient des dégénérés, c'est possible, riposte M. Gilles de La Tourette, mais cela ne les empêche pas d'être des mentaux à allures spéciales.

Au fond, dirons-nous de notre côté, on ne sait pas en quoi consiste *essentiellement* l'hystérie, où elle commence, ni où elle finit, non plus qu'on ne sait exactement où commencent ni où finissent les autres névroses. Y a-t-il même des limites distinctes entre ce qu'on appelle des névroses?

MM. Roger et Crochet présentent les pièces anatomiques d'un malade atteint de pustule maligne du cou, avec érysipèle au pourtour, qui avait succombé dans le coma. Il y avait une vaste nappe d'hémorragie méningée qui recouvrait, dans presque toute leur étendue, le cerveau et la moelle. Au niveau du bourrelet érysipélateux, on a trouvé des streptocoques érysipélateux et des bâtonnets charbonneux dans l'épanchement sanguin des méninges.

Un point curieux de cette observation, c'est qu'on ignorait l'origine de l'inoculation charbonneuse, chez un homme que sa profession n'y prédisposait nullement.

M. Galliard rapporte un cas intéressant de pneumothorax à soupape. On sait que, dans cette variété, l'orifice de communication des bronches avec la cavité pleurale est disposé de telle façon qu'il existe, en quelque sorte, une valvule qui s'ouvre pendant l'inspiration pour laisser entrer de l'air, mais qui se ferme pendant l'expiration. La pression des gaz intra-pleuraux devient ainsi supérieure à la normale. De là le refoulement des organes thoraciques et quelquefois les menaces d'asphyxie. M. Galliard, dans un cas de ce genre, fut amené à faire une ponction aspiratrice pour diminuer la pression pleurale. Le malade fut pris de toux spasmodique et il se fit de l'emphysème de la paroi thoracique. On fit alors la pleurotomie qui amena un soulagement momentané.

La production de l'emphysème de la paroi thoracique s'explique, dans ces conditions, par les mêmes raisons qui font que la pression dans la plèvre devient supérieure à la normale.

Dans le pneumothorax à soupape, il ne faut pas trop se hâter d'intervenir, de façon à permettre à la valvule de s'accoler et à la fistule broncho-pleurale de se fermer. Si l'on est obligé d'intervenir rapidement, d'urgence, avant que cette occlusion ne se soit produite, il ne faudrait pas craindre de faire la pleurotomie, même d'emblée. C'est ce que tend à démontrer, selon nous, l'observation rapportée par M. Galliard.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Tillaux.

Ostéomyélite subaiguë.

(Leçon clinique recueillie par le docteur Paul Thiéry, chef de clinique.)

Je vais opérer aujourd'hui un jeune homme de vingt-six ans, peintre en bâtiments; il n'offre pas d'antécédents héréditaires spéciaux, mais, à l'âge de quinze ans, il fut atteint (vers 1882-83) d'une ostéomyélite du tibia gauche : un chirurgien d'Angers lui retira cinquante-cinq séquestres; il

fut complètement guéri et fit toujours son travail sans aucun accident nouveau lorsque, le 16 décembre dernier à deux heures du matin, il fut pris de douleurs de l'avant-bras et de la main droite sous forme de fourmillements, mais surtout au niveau de la partie moyenne du bras où apparaissait en même temps un gonflement assez considérable.

Pendant dix-sept jours les douleurs furent telles qu'il ne put dormir : depuis, les douleurs ont un peu diminué, mais il souffre assez pour entrer à l'hôpital. Retenons donc de son histoire deux faits : la brusquerie du début et l'intensité des douleurs.

Actuellement il se présente dans l'état suivant : au niveau de l'empreinte deltoïdienne l'humérus est tuméfié, et on sent assez distinctement la limite de la partie saine et de la partie malade ; à son entrée il existait bien peu de suffusion sous-périostique, mais elle a disparu depuis. Plus bas la tumeur, un peu allongée, se termine aussi nettement sur le corps de l'os : pris au compas d'épaisseur le diamètre transversal de l'humérus serait de 6 centimètres du côté malade, de 3 centimètres seulement du côté sain.

Cela est dur, irrégulier : il s'agit donc d'une augmentation de volume de l'humérus lui-même.

Les signes fonctionnels sont la douleur diurne et nocturne, irradiant à la main et à l'avant-bras sans suivre de distribution nerveuse.

L'impotence du membre est le résultat de ces douleurs, car elles sont aussi vives à l'avant-bras qu'au point même où siège la lésion. Le malade ne peut dormir sans injections de morphine, il a notablement maigri.

Quel diagnostic devons-nous porter en présence de ces symptômes?

Nous ne pouvons guère mettre en cause une lésion néoplasique des os, car le début est trop brusque pour nous permettre cette hypothèse.

Il s'agit bien d'une affection inflammatoire : le périoste a été décollé mais actuellement il est adhérent ; il ne s'agit donc pas d'une périostite vulgaire, mais comme l'os est pris dans toute son épaisseur il s'agit de ce qu'on a appelé une panostéite ou ostéomyélite.

Mais de quelle variété est cette ostéomyélite? Il en existe une variété qui nous a beaucoup préoccupés autrefois : c'est l'*ostéite juxta-épiphysaire* des adolescents de Gosselin, le *typhus des membres* de Chassaignac, l'*ostéomyélite* de Lannelongue qui lui donne comme point de départ le bulbe de l'os : cette affection à symptômes alarmants aboutit à quarante degrés de température et à une suppuration précoce. Avons-nous affaire à une ostéomyélite de ce genre? Evidemment non : les phénomènes aigus ont manqué, le malade n'est pas adolescent et la lésion ne siège pas près de l'épiphyse.

Est-ce l'ostéomyélite prolongée de MM. Lannelongue et Comby? Non, puisque le tibia est actuellement guéri et que l'humérus n'a jamais été atteint.

Il existe une troisième forme d'ostéomyélite dite ostéomyélite chronique d'emblée étudiée par M. Demoulin, chef de clinique, dans sa thèse inaugurale. Notre cas semble rentrer dans cette catégorie, mais cela ne me satisfait pas complètement. Je ne puis guère appeler chronique une ostéomyélite qui en cinq semaines a doublé le volume de l'humérus, a provoqué des douleurs intolérables, et sans doute de la fièvre au début.

Elle appartient donc à une variété spéciale non décrite et que j'appellerai volontiers ostéomyélite subaiguë de l'humérus. Nous sommes en droit de chercher à compléter notre diagnostic. Que contient cet humérus : allons-nous trouver du pus? je n'en sais rien ; de la moelle diffluente ramollie? cela est bien possible.

Il existe des malades qui éprouvent des douleurs fort vives : on ouvre le canal médullaire et on trouve, au lieu du pus qu'on soupçonnait, un foyer de ramollissement de la moelle ; eh bien! cela peut nous arriver chez ce malade et il peut se faire, je le crois volontiers, que nous ne trouvions pas de pus ; dans le dernier cas que j'opérai en ville je trouvai un flot de pus, mais je n'avais osé l'affirmer auparavant.

Il faut donc savoir que l'absence de pus ne prouve pas du tout l'inutilité de l'opération.

Le pronostic n'est pas grave pour notre malade, mais il faut intervenir, sans quoi les lésions osseuses peuvent devenir très étendues ; il peut y avoir suppuration, formation de séquestres. Quant à l'intervention de choix, elle consiste à inciser pour aborder l'os, à ouvrir au ciseau et au maillet, et cela très largement, le canal médullaire ; alors je verrai : si je trouve du pus, ce que je ne crois pas, je l'évacuerai ; si c'est de la moelle ramollie, je la curetterai ; je ne pense pas qu'il y ait de séquestre proprement dit.

L'opération faite, je réunirai d'emblée la peau et les parties molles au-dessus de la cavité osseuse formée. La plupart des chirurgiens agissent autrement aujourd'hui et font un tamponnement à la gaze iodoformée sans réunir : telle n'est pas ma pratique et je crois infiniment préférable d'obtenir, ce qui est facile, la réunion d'emblée après antisepsie du foyer d'ostéomyélite.

En quel point aborderai-je l'humérus? Il suffit pour cela de se rappeler la coupe anatomique transversale du bras.

La face antérieure et la face postérieure ne sont pas favorables à cause de l'épaisseur des tissus à ce niveau.

En dedans il faut craindre l'artère humérale : c'est la face externe qu'il faut choisir, inciser entre le brachial antérieur et le triceps au niveau de la cloison intermusculaire externe : inciser couche par couche jusqu'au périoste en se rappelant seulement qu'au contact de l'os on peut rencontrer le nerf radial qu'il faut épargner.

Nota. — L'opération, faite, conformément à ce programme opératoire, après la leçon, a démontré qu'il y avait du pus au centre du canal médullaire, fait inattendu en présence de symptômes assez atténués : le périoste était fort épaissi, bien décollable mais non décollé, la surface de l'os rugueuse et inégale. Le nerf radial a été épargné.

Après une légère suppuration au niveau de l'orifice du drain, la réunion a eu lieu et le malade a quitté l'hôpital complètement guéri.

INJECTIONS DE SANG PUR

Par M. le docteur Maurice Bloch.

Les injections directes de sang par la méthode sous-cutanée peuvent parfois avoir une très grande utilité, c'est ce qui semble résulter de l'observation suivante :

Mme B..., atteinte de bronchite chronique, voit tout à coup son état s'empirer ; je trouve ses deux poumons congestionnés, les urines sont rares, les bruits du cœur diminués, le pouls petit, filiforme. Les toniques, sous leurs diverses formes, n'ayant pas plus réussi que le sérum artificiel, je songe à des injections de sang pur. Le fils aîné de la maison s'offre avec beaucoup de cœur. J'introduis sous la peau de

ma cliente, à deux reprises différentes, une dizaine de grammes environ de sang pur, recueilli dans un vase stérilisé, à l'aide de huit piqûres faites par huit sangsues : la première piqûre détermine une réaction locale, vive, douloureuse, qui se dissipe le deuxième jour, et peu d'amélioration ; la deuxième donne une grande amélioration et peu de réaction.

J'ai répété ces mêmes expériences chez des phtisiques et j'ai toujours choisi le sang d'un des membres de la famille, pensant à tort ou à raison que le liquide sanguin pris à des parents bien portants et réfractaires à la tuberculose, quoique partageant la même prédisposition héréditaire, pouvait contenir des principes curatifs.

D'ailleurs, il est démontré aujourd'hui qu'un individu peut guérir sa tuberculose atténuée à l'aide de son propre sérum (péritonite tuberculeuse par la laparotomie qui agit en irritant le péritoine, arthrite tuberculeuse par la stase veineuse).

Les tentatives que j'ai faites sont très encourageantes; le procédé que j'emploie, étant très simple, est inoffensif pour le preneur et le donneur, puisqu'on ne soustrait, chaque fois, qu'une dizaine de grammes environ ; il est parfois douloureux pour le preneur. Il est bon aussi d'augmenter la tension artérielle en injectant une certaine quantité d'eau bouillie.

Conclusions. — 1° Les injections de sang pur pourront être utilisées dans l'adynamie cardiaque quand les autres moyens auront échoué.

2° Elles pourront être répétées chez les tuberculeux, puisqu'elles sont inoffensives pour le donneur et le preneur.

3° Elles pourront être employées pour tenter la vaccination chez un tuberculeux général à l'aide du sang pris au tuberculeux local, puisqu'elles ne demandent qu'une petite quantité de sang à la fois (principe de Pasteur).

4° Enfin on pourra injecter du sang, pris à un proche parent jouissant de la même hérédité morbide et en même temps réfractaire, à un parent n'ayant pas reçu l'immunité héréditaire.

5° De plus, en s'attaquant à la tuberculose par ce procédé, on a l'espoir de lutter non seulement contre le microbe, mais encore d'ouvrir la voie à la lutte contre l'élément héréditaire.

Il y a, en théorie du moins, association de la sérothérapie et de l'immunité héréditaire.

REVUE DE LA PRESSE

Étranglement interne produit par un diverticulum intestinal. — M. Bayle, médecin aide-major de première classe, publie, dans les « Archives de médecine et de pharmacie militaires », un cas d'étranglement interne par un diverticule intestinal, dont il tire les conclusions suivantes :

« Les diverticules intestinaux sont rares ; mais il est important que l'attention soit attirée sur la possibilité de leur existence, parce qu'ils sont devenus plusieurs fois une cause d'étranglement interne.

Ces diverticules sont le résultat, les uns d'un bourgeonnement anormal de l'intestin pendant la vie fœtale, les autres de la persistance du conduit omphalo-mésentérique.

Le diagnostic d'étranglement interne par un diverticule est seulement possible dans le cas où ce diverticule est très court et adhère à l'ombilic. Il n'était pas possible dans le cas que nous avons rapporté.

En présence d'un étranglement interne, la laparotomie s'impose dès l'apparition des vomissements fécaloïdes ou dès la première manifestation de péritonite. Une opération, même tardive, devra toujours être tentée.

Dans le cas d'étranglement par un diverticule adhérent à la paroi abdominale, il faudra réséquer le diverticule entre deux ligatures. »

Limonade purgative. — Le docteur Constantin Paul formule, dans la « Médecine moderne », la limonade purgative gazeuse suivante, qui agit en général au bout de deux heures :

Phosphate de soude.		25 grammes.
Eau distillée		250 —
Sirop de sucre		60 —
Alcoolature de citron		xxv gouttes.
Acide citrique.	*àà*	2 grammes.
Bicarbonate de soude . . .		

Plaie pénétrante de l'abdomen par l'épée-baïonnette. — M. S. Martin, médecin-major de deuxième classe, nous fait connaître, dans les « Archives de médecine et de pharmacie militaires », une nouvelle observation de plaie pénétrante de l'abdomen par l'épée-baïonnette du fusil Lebel, modèle 1886. Le traitement a été suivi de guérison.

L'auteur résume ainsi ses recherches :

« L'épée-baïonnette occasionne des plaies moins étendues que le sabre-baïonnette ; mais elle pénètre plus facilement et plus profondément dans les tissus. De sorte que si les délabrements superficiels sont moins considérables, les organes profonds sont plus fréquemment atteints.

A la poitrine, l'épée-baïonnette passe aisément entre les côtes et blesse les gros vaisseaux, le cœur. Ces plaies sont presque toujours suivies de mort rapide.

A l'abdomen, les plaies pénétrantes, vraies piqûres, produites par cette arme, guérissent très souvent, malgré la perforation de l'estomac, de l'intestin, du foie. La lésion de ces organes, par le sabre-baïonnette, avait des conséquences beaucoup plus graves. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 février 1894. — Présidence de M. Championnière.

CORRESPONDANCE

Kyste ovarique. Ablation. Grossesse consécutive. Hystérectomie abdominale. — M. Auguste Reverdin (de Genève) adresse l'observation d'une femme de vingt-quatre ans atteinte d'un kyste ovarique qui fut opéré avec succès. Dix-neuf mois après, cette malade s'aperçut que son ventre grossissait rapidement. Croyant avoir affaire à un nouveau kyste, M. Reverdin fit une seconde laparotomie, le 13 juillet 1893. Il tomba sur des adhérences intestinales et ouvrit l'intestin. La déchirure intestinale étant assez considérable, il dut faire la résection de 12 centimètres d'intestin grêle. Il sutura les deux bouts de l'intestin et le réduisit. Il chercha alors à attirer la tumeur au dehors. Pour faciliter cette manœuvre il fit une ponction qui donna issue à un liquide louche. Bientôt apparut un cordon ombilical. On se trouvait donc en présence d'un utérus gravide qui avait été ouvert et qui contenait un fœtus de quatre mois et demi. M. Reverdin se décida alors à enlever la matrice avec le seul ovaire qui restait et qui était suppuré. Moins de trois semaines après, la malade était complètement guérie.

M. Reverdin fait suivre cette observation de quelques réflexions ayant pour but d'expliquer l'erreur de diagnostic qui a été commise dans ce cas.

RAPPORT

Luxation obturatrice au cours d'un rhumatisme articulaire aigu. — M. Kirmisson fait un rapport sur une observation présentée par M. Hartmann. Il s'agit d'une jeune fille

de dix-huit ans qui, au cours d'un rhumatisme articulaire aigu, fut atteinte d'une luxation obturatrice de la hanche gauche. Cette malade, qui était dans un service de médecine, fut transportée dans le service de M. Terrier alors suppléé par M. Hartman. Frappé de l'attitude bizarre du membre, M. Hartmann soumit cette malade au chloroforme et reconnut alors nettement l'existence d'une luxation obturatrice. Après quelques vaines tentatives de réduction, il chargea la jambe sur son épaule, pendant qu'un aide faisait au niveau de l'articulation des mouvements de rotation, d'adduction et d'abduction. Il parvint ainsi à réduire. Dès le lendemain, toutes les douleurs avaient disparu. Quarante jours après, la malade se levait.

M. Kirmisson rappelle les observations de ce genre qui ont été publiées. Ces luxations peuvent survenir dans le cours de certaines maladies aiguës, telles que la scarlatine, la fièvre typhoïde, le rhumatisme. La pathogénie de ces luxations de la hanche est assez obscure. M. Verneuil a cru devoir les attribuer à des parésies musculaires survenant dans le cours de ces maladies et il admet que ces luxations se produisent, dans ces cas, par la prépondérance fonctionnelle des muscles non paralysés. M. Kirmisson ne partage pas cette manière de voir et croit plutôt devoir expliquer ces luxations par une attitude vicieuse prolongée du membre.

COMMUNICATIONS

Fistules recto-vaginales. — M. ROUTIER fait connaître un procédé qu'il a employé chez une jeune femme de vingt-deux ans atteinte d'une déchirure complète du sphincter et de la cloison recto-vaginale, remontant très haut. La muqueuse de la paroi postérieure du rectum faisait hernie à travers cette vaste brèche. Il eut recours à un procédé de libération de la muqueuse vaginale lui permettant de reconstituer la paroi recto-vaginale et il fit ensuite la reconstitution du périnée.

M. POZZI fait observer que ce procédé a été employé par un chirurgien anglais. Il préfère, quant à lui, le procédé de Lawson Tait.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

M. LE DENTU estime que la trépanation dans les plaies pénétrantes du crâne, répond à trois indications : 1° l'extraction du projectile ; 2° la désinfection de la plaie ; 3° l'extraction des esquilles.

On sait que la marche des projectiles dans le cerveau est extrêmement variable et capricieuse. Ils peuvent arriver jusqu'à la face interne opposée du crâne et s'y réfléchir pour former un nouveau trajet dans le cerveau.

M. Le Dentu a rencontré un cas de ce genre ; il s'agissait d'un coup de revolver tiré dans la tempe droite. Il y eut, à la suite, paralysie du bras droit, paralysie de la face du même côté et aphasie. M. Le Dentu crut pouvoir affirmer que le projectile se trouvait dans le lobe antérieur gauche du cerveau. A l'autopsie on le trouva à droite derrière la zone motrice, mais il avait bien lésé le côté gauche et s'était réfléchi sur la face interne du crâne de ce côté. Cette réflexion se fait généralement suivant un angle, de telle sorte que le trajet du projectile réfléchi est toujours différent du trajet d'entrée.

M. Le Dentu relate une autre observation qu'il a pu suivre à l'hôpital Saint-Louis : un homme reçoit une balle dans la région frontale ; il a une paralysie à droite, de l'aphasie et des vomissements persistants. M. Le Dentu croit ne pas devoir intervenir. Quarante jours après, il se fait une encéphalite suppurée à laquelle le blessé succombe. On trouve le projectile dans la partie la plus reculée du lobe occipital gauche. La balle était enkystée. Le trajet seul était suppuré. Il y avait une sorte d'encéphalite cylindrique. En somme, la recherche des projectiles expose à bien des risques et surtout au risque de ne pas les trouver.

Relativement à la désinfection du trajet, la trépanation peut arriver à supprimer un certain nombre de causes d'infection, mais ce serait une illusion de croire qu'on peut arriver à les supprimer toutes. La désinfection des foyers superficiels peut être obtenue assez facilement. Quant aux hémorragies, aux grands épanchements, ce sont des indications formelles de l'intervention, mais les grands épanchements sont rares à la suite des coups de feu. Il est un grand nombre de cas simples dans lesquels la guérison survient spontanément.

En résumé, la trépanation peut être indiquée dans beaucoup de cas de plaies pénétrantes du crâne, mais on ne saurait poser en principe qu'elle doit être pratiquée dans tous les cas.

M. TERRIER croit qu'il faut ainsi poser la question au point de vue de la pratique : quelle conduite le chirurgien doit-il tenir en présence d'un cas dans lequel il a la certitude qu'une balle a pénétré dans l'intérieur du crâne ? La situation est-elle trop grave pour qu'il soit autorisé à aller à la recherche de cette balle ? M. Terrier ne saurait admettre cette manière de voir. Il ne pense pas, comme M. Després, qu'il n'y a rien à faire, surtout quand il s'agit de balles de petit calibre.

Un médecin belge, M. Galès, a fait un important traité sur la trépanation dans lequel il conclut à la non-intervention dans les cas de plaie pénétrante du crâne par armes à feu. Il dit, cependant, qu'en cas d'accidents pressants on peut intervenir. Mais la présence d'une balle dans le cerveau n'est-elle pas elle-même un accident pressant ?

M. Delorme conclut de ses expériences que la recherche du projectile est dangereuse, incertaine, inutile. M. Terrier s'applique à démontrer qu'elle n'est pas toujours aussi dangereuse, aussi incertaine, aussi inutile. Cependant, M. Terrier communique une observation et présente des pièces qui semblent bien confirmer les conclusions de M. Delorme.

Une jeune femme entre, le 12 décembre, à l'hôpital Bichat venant de se tirer une balle dans la tête. Elle est sans connaissance, dans un état des plus graves. On pratique la désinfection de la plaie. L'état comateux persiste, avec raideur des membres. M. Terrier, le lendemain matin, explore le trajet avec une bougie uréthrale et en prenant toutes les précautions désirables ; la malade meurt. A l'autopsie, on reconnaît que le trajet du projectile a été très complexe. La balle a passé en dedans des lobes frontaux, a traversé la faux du cerveau, après quoi elle a dévié, a été frapper le côté opposé du crâne pour se réfléchir et pénétrer de nouveau dans le cerveau dans une étendue de 2 centimètres.

Ces faits montrent que les localisations cérébrales peuvent tromper sur le véritable siège du projectile. Les conditions du problème sont donc des plus complexes. Mais M. Terrier sera toujours disposé à trépaner en présence d'une plaie pénétrante du crâne.

PRÉSENTATIONS

Double luxation congénitale de la tête du radius. — M. BERGER présente un enfant atteint d'une double luxation congénitale de la tête du radius. M. Berger pense qu'il faut intervenir dans ce cas.

M. TILLAUX déclare que, dans ce cas, il n'interviendrait pas.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats au concours de médecine au Bureau central ont eu à traiter, par écrit, la question suivante : « Étude clinique et anatomique des lésions broncho-pulmonaires de la fièvre typhoïde. »

— Par décision ministérielle, en date du 26 février 1894, ont été désignés pour les postes suivants :

MM. les médecins-majors de première classe Aron, pour le 153e d'infanterie; Antony, pour le 5e d'artillerie; Brousses, pour le 29e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Metnotte, pour le 26e dragons; Prot, pour le 15e chasseurs à cheval; Jaubert, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; Berthaud, pour le 56e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Barthélemy, pour le 1er régiment d'artilleurs-pontonniers; Cros, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Mouginet, pour le 2e chasseurs d'Afrique; Merciolle, pour le 36e d'infanterie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Batinales (de Carbonne), Bègue (de Toulouse), Ad. Cazalis et Langlebert père (de Paris), J. Charrin (de Condrieu) et Reboul (de Gonfaron).

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Proust commencera son cours d'hygiène le mardi 6 mars 1894, à quatre heures de l'après-midi (grand amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Delbet, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe le mardi 6 mars 1894, à quatre heures (petit amphithéâtre de la Faculté), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Chauffard, agrégé, chargé de cours, commencera son cours de pathologie et thérapeutique générales le mardi 6 mars 1894, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre), et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Déterminations organiques et séméiologie pathogénique des maladies infectieuses.

M. André, agrégé, commencera ses conférences de pharmacologie le mardi 6 mars 1894, à cinq heures (amphithéâtre Laënnec), et les continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure.

M. Gilbert, agrégé, commencera ses conférences de thérapeutique le mardi 6 mars 1894, à six heures (petit amphithéâtre), et les continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Sujet des conférences : Régimes alimentaires. Médicaments. Art de formuler.

M. le professeur Baillon commencera son cours d'histoire naturelle médicale le mercredi 7 mars 1894, à onze heures (grand amphithéâtre), et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Villejean, agrégé, commencera ses conférences de chimie médicale le mercredi 7 mars 1894, à une heure de l'après-midi (grand amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Gaucher, agrégé, commencera ses conférences sur les maladies de la peau le mercredi 7 mars, à trois heures, à la Faculté de médecine, dans le petit amphithéâtre, et les continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure, dans le même amphithéâtre, et tous les dimanches, à dix heures et demie du matin, à l'hôpital Saint-Louis, dans l'amphithéâtre des cliniques. — Les leçons du dimanche matin, à l'hôpital Saint-Louis, seront des démonstrations cliniques et pratiques, relatives aux sujets traités théoriquement dans les leçons des mercredis et des vendredis à la Faculté.

M. Roger, agrégé, commencera ses conférences de pathologie interne le mercredi 7 mars 1894, à quatre heures (petit amphithéâtre), et les continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

M. Gley, agrégé, commencera ses conférences de physiologie le jeudi 8 mars 1894, à quatre heures (amphithéâtre de l'École pratique), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gabriel Pouchet reprendra la série des démonstrations pratiques de pharmacographie et de pharmacognosie, au laboratoire de pharmacologie, le jeudi 8 mars, à cinq heures, et les continnera les jeudis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Drogues et médicaments d'origine végétale.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur H. de Lacaze-Duthiers ouvrira le cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, le mardi 6 mars, à trois heures et demie, et le continuera les mardis et samedis suivants à la même heure. — Il traitera des fonctions de relation. — Anatomie et fonctions des centres nerveux (animaux supérieurs). — Étude détaillée des organes des sens dans la série animale (anatomie, histologie, fonctions). — Organes du mouvement. Squelette (ostéologie comparée).

Les travaux pratiques et manipulations auront lieu le jeudi, de midi à trois heures, dans le laboratoire, sur les sujets relatifs aux examens de la licence.

M. le professeur Albert Gaudry, membre de l'Institut, commencera son cours de paléontologie, le mercredi 7 mars, à trois heures et demie, et le continuera le vendredi et le mercredi de chaque semaine, à la même heure. — Il présentera le résumé de l'histoire des êtres de tous les temps géologiques, en commençant par l'époque cambrienne et en passant d'âge en âge jusqu'à l'époque actuelle. — Les leçons auront lieu dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée. — Les lundis, le professeur fera une leçon pratique, soit dans le laboratoire de paléontologie, soit dans les galeries publiques. Une affiche particulière indiquera l'heure et l'endroit où cette leçon sera donnée.

M. Riban, maître de conférences, chargé du cours de chimie analytique, fera ce cours tous les mercredis à trois heures trois quarts, à partir du mercredi 7 mars. — Il continuera l'étude du dosage et de la séparation des métaux. — Ce cours aura lieu rue Michelet, n° 3.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Précis élémentaire de dermatologie, par L. Brocq, médecin des hôpitaux, et L. Jacquet, ancien interne de Saint-Louis. — 2e volume. *Maladies en particulier*. 1 vol. petit in-8°, de l'« Encyclopédie des Aide-Mémoire ». — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le choléra, par A. Lesage, chef de laboratoire à la Faculté et chef du laboratoire de bactériologie des hôpitaux de Paris. 1 vol. petit in-8°, de l'« Encyclopédie des Aide-Mémoire ». — Prix : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. II, n° 2, février 1894.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a quatre semaines à peine, M. Rochard faisait à l'Académie une communication sur la diminution de la fièvre typhoïde à Paris. D'après les chiffres fournis par M. Rochard, d'après l'énumération des causes par lesquelles il expliquait cette diminution toujours croissante à Paris, il semblait que cette maladie fût de moins en moins à redouter et que nous fussions à peu près certains de ne plus voir éclater de grandes épidémies. Or, le lendemain même du jour où M. le président de l'Académie faisait cette déclaration, la plupart des chefs de service, dans nos hôpitaux civils et militaires, constataient un nombre insolite d'entrées pour fièvre typhoïde, et aujourd'hui, à cette même tribune, MM. Bucquoy, Lancereaux, Lereboullet jettent un cri d'alarme et déclarent que nous sommes en présence d'une épidémie fort sérieuse. Que s'est-il donc passé? A quelles causes attribuer ce brusque retour d'une maladie vis-à-vis de laquelle nous pensions être suffisamment armés? C'est ce que le Conseil d'hygiène est en train d'étudier en ce moment, et nous espérons être prochainement éclairés. Mais, ainsi que l'a fort justement fait observer M. Armand Gautier, il n'est pas nécessaire d'attendre les résultats de l'enquête administrative pour avertir les populations et leur indiquer les précautions à prendre. La première de toutes ces précautions est bien facile et, officiellement, l'Académie la conseille dès maintenant. Il faut faire bouillir l'eau d'alimentation. Il y a tout lieu d'espérer que grâce à l'ensemble des mesures prophylactiques dont nous disposons aujourd'hui, et que M. Rochard rappelait récemment dans sa communication, nous viendrons à bout de cette épidémie.

Au début de la séance, M. Terrier a fait une intéressante communication sur la cholédocotomie, opération qui consiste à ouvrir le canal cholédoque pour en extraire un calcul. Il a communiqué un fait dans lequel cette opération a donné un très bon résultat. A ce propos, M. Dujardin-Beaumetz a appelé l'attention sur l'importance du traitement hygiénique à faire suivre aux malades qui ont subi des opérations sur les voies biliaires. Il fera prochainement une communication sur ce sujet.

M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) a communiqué deux observations d'abcès froids sous-péritonéaux traités avec succès par l'incision directe et le drainage.

Sur le rapport de M. Proust, l'Académie émet le vœu ci-après :

« L'emploi pour le chauffage des voitures publiques des briquettes qui, par leur combustion, dégagent constamment dans l'intérieur de ces voitures des gaz délétères, est toujours dangereux et souvent mortel.

L'Académie émet le vœu qu'il soit absolument interdit, ainsi que tout autre mode de chauffage ayant pour résultat de déverser à l'intérieur de la voiture les produits de la combustion. »

Nous sommes heureux d'adresser toutes nos félicitations à notre sympathique confrère, M. Porak, qui a été élu membre titulaire dans la section d'accouchements.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Worms sur les titres des candidats à la place vacante dans la section des associés libres. Les candidats sont classés ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Duclaux; en deuxième ligne, M. R. Blache; en troisième ligne, M. Commenge; en quatrième ligne, M. Bertillon; en cinquième ligne, M. Galezowski; en sixième ligne, M. Corlieu.

HOPITAUX ET HOSPICES CIVILS DE PARIS

Répartition des chefs de service, des chefs de clinique, des internes et externes, à dater du 10 mars 1894.

HÔTEL-DIEU. — Médecin : M. le professeur Germain Sée; chef de clinique : M. Lyon; interne : M. Lorrain; externes: MM. Drouard, Vlantassopoulo, Gauchery, Rogues de Fursac, Sautieux, Noïca, André, Gaudeffroy, Gascon.

Médecin : M. Bucquoy; interne : M. Dutournier; externes : MM. Garin, Hennecart, Bron, Dupuy (Émile), Hannebelle.

Médecin : M. Proust; interne : M. Collet; externes : MM. Lamouroux, Litinski, Farabeuf, Thielemans, Eustatiu.

Médecin : M. Lancereaux; interne : M. Vermorel; externes : MM. Paulesco, Termet, Bacaloglu, Richelet, Pelisse, Zamfiresco.

Médecin : M. Cornil; interne : M. Durante; externes : MM. Bruchon, Mercier, Clermont, Maury, Lefilliâtre, Mendelson.

Médecin : M. Ferrand; interne : M. Apert; externes : MM. Martin-Brémond, Etable, Duviard, Bourgeois (Henri), Stanculéanu.

Chirurgien : M. Duplay; chef de clinique : M. Demoulin; internes : MM. Binod, Frédet, Baudet, Gervais de Rouville;

externes : MM. Millet (Maurice), Jaulin, Bernard (Arthur), Lenglet, Nicolaïdi, Meunier, Sprécher, Labady, Seringe.

Chirurgien : M. le professeur Panas ; chef de clinique : M. Rochon-Duvignaud ; internes : MM. Manson, Lévy (Samuel), Courtillier ; externes : MM. Jeannulatos, Husson, Barbary, Tintrelin, Bessonnet, Viard.

Chirurgien : M. Polaillon ; internes : MM. Sourdille, Boquel ; externes : MM. Bouté, Bonnard, Popesco, Paris, Célos, Daniel.

Hôtel-Dieu Annexe. — Médecin : M. Roger ; interne provisoire : M. Riffé ; externes : MM. Cahuzac, Bertrand (Maximilien), Courtois, Henri.

Hôpital de la Pitié. — Médecin : M. le professeur Jaccoud ; chef de clinique : M. Belin ; interne : M. Gouget ; externes : MM. Massis, Garoflid, Slatineanu, Le François, Orlowski, Mlle S. Broïdo.

Médecin : M. Audhoui ; interne : M. Chapt ; externes : MM. Chambon, Desbordes, Néret, Darin, Carcy, Besredka.

Médecin : M. Moutard-Martin ; interne : M. Pissavy ; externes : MM. Guiart, Chevé, Anghel, Gennet, Mendailles.

Médecin : M. Robin (Albert) ; interne : M. Londe ; externes : MM. Lagrange, Weill (Emile), Bécart, Coville, Biekert dit Bigard, Trujillo, Martinet.

Médecin : M. Josias ; interne : M. Benoit ; externes : MM. Audion, Cochemé, Druault, Crétel (Henri).

Médecin : M. Faisans ; interne : M. Gasne ; externes : MM. Petit (Jean), Valois, Chaillous (Joseph), Guillot (Maurice).

Chirurgien : M. le professeur N.. ; suppléant : M. Lejars ; chef de clinique : M. N... ; internes : MM. Guillemot (Louis), Isidor, Pasteau ; externes : MM. Le Lionnais, Boutin, Dimitrescu, Marcille, Canu, Lalanne, d'Herbécourt, Marçais.

Chirurgien : M. Reclus ; internes : MM. Launay, Savariaud, Lapointe ; externes : MM. Froussard, Watin, Tissot, Pédeprade, Boudeau, Bourguignon.

Accoucheur : M. Maygrier ; interne : M. Bois (Raphaël) ; externes : MM. Levillain, Debled.

Hôpital de la Charité. — Médecin : M. le professeur Potain ; chef de clinique : M. Vaquez ; interne : M. Brodier ; externes : MM. Nicoloff, Liégeard, Mlle Podobédoff, M. Meyer.

Médecin : M. Straus ; interne : M. Mangin ; externes : MM. Debray, Faraut, Gosset, de Miranda.

Médecin : M. Gouraud ; interne : M. Cocquelet ; externes : MM. Bizard, Ozo, Mercier (Edmond).

Médecin : M. Constantin Paul ; interne : M. Lardenois ; externes : MM. Iliesco, Dujardin-Beaumetz, Degorce, Argetoïano, Neveu, Esmonet.

Médecin : M. Brouardel ; interne lauréat : M. Boix ; interne : M. Sée ; externes : MM. Morin, Lamoureux, Choyau, Masbrenier.

Médecin : M. Bouchard ; interne : Auclair (Jules) ; externes : MM. Guilleminot, Zimmern, Nobécourt, Bernard (Armand).

Chirurgien : M. le professeur Tillaux ; chef de clinique : M. Thierry ; interne lauréat : M. Souligoux ; internes : MM. Bouglé, Auvray, Dauriac ; externes : MM. Renault, Carpentier (Prosper), Cerf, Deroyer, Fachatte, Fernique.

Chirurgien : M. Després ; internes : MM. Chéron, Fauvel ; externes : MM. Lefèvre (Gaston), Germond, Dubost, Souleyre.

Accoucheur : M. Budin ; interne : M. Brindeau ; externes : Pouzol, Dupuy (Pierre).

Hôpital Saint-Antoine. — Médecin : M. le professeur Hayem ; chef de clinique : M. Lion ; interne : M. Bensaude ; interne provisoire : M. Beaulavon ; externes : MM. Barau, Lévy (Henri), Babon, Plésoianu, Théohari, Peaudecerf, Nanu.

Médecin : M. Hanot ; interne : M. Meunier ; externes : MM. Leroy des Barres, Lévy (Moïse), Tesson, Schæfer, Baudré.

Médecin : M. Tapret ; interne : M. Emery ; externes : MM. Lachouille, Guessarian, du Pasquier, Minet.

Médecin : M. Letulle ; interne : M. Péron ; externes : MM. Flammarion, Ombrédanne, Ferron, Faure (Fernand), Keim, Ghika.

Médecin : M. Merklen ; interne : M. Bodin ; externes : MM. Dellac, Clerc, Lucas (Charles), Janot.

Médecin : M. Brissaud ; interne : M. Finet ; externes : MM. Gourichon, Hubrecht, Costin, Mlle Kédroff.

Médecin : M. Ballet ; interne : M. Lebon ; externes : MM. Zadoc, Gésua, Vonzelle, Descazals.

Médecin : M. Gaucher ; interne : M. Sergent ; externes : MM. Darzens, Bernard (Léon), Bailli, Champenier.

Chirurgien : M. Monod ; internes : MM. Beaussenat, Jeannin, Schmid ; externes : MM. d'Arbois de Jubainville, Arié, Guillot, Monod (René), Sicard, Veillard.

Chirurgien : M. Blum ; internes : MM. Guépin, Villière, Guinard ; externes : MM. Prieur, Bourg, Forman, Coronat, Berthier, Picard (Fernand).

Hôpital Necker. — Médecin : M. Cuffer ; interne : M. Küss ; externes : MM. Dupouy (Marcel), Minelle, Monod (Fernand), Arnal.

Médecin : M. Huchard ; interne : M. Flœrsheim ; externes : M. Deguy, Barbier (Georges), Quelmé.

Médecin : M. Rendu ; interne : M. de Massary ; externes : MM. Joly (Louis), Michaux (Georges), Roques (Lucien), Rist, Roger (Paul).

Médecin : M. Dieulafoy ; interne : M. Marion ; externes : MM. Choppin, Manheimer, Firmin, Lœwy.

Chirurgien : M. le professeur Le Dentu ; chef de clinique : M. Brodier ; internes : MM. Brunswic, Delanglade, Riche (Paul) ; externes : MM. Nicaise, Jacob (Lucien), Pierreson, Cunéo, Bossan, Laroche Chandebois, Marcotte.

Chirurgien : M. le professeur Guyon ; chef de clinique : M. Legueu ; internes : MM. Michon, Glantenay, Banzet ; externes : MM. Roux (Jean), Motz, Ibernette, Guillemin, Lamart, Millienne.

Chirurgien : M. Routier ; internes : MM. Ouvry, Caboche ; externes : MM. Dulac, Guibé, Lafont, Le Sourd (François).

Hôpital Cochin. — Médecin : M. Dujardin-Beaumetz ; internes : MM. Bolognési, Thévenard ; externes : MM. Décrand, Duclos, Legay, Turot, Villeneuve, Bouvart, Lecointre, Sauvage.

Médecin : M. Juhel-Rénoy ; interne : M. Macé ; externes : MM. Argelliès, Dauriac, Sauvage (Raymond), Gandy, Friteau.

Chirurgien : M. Schwartz ; internes : M. Damaye, Picou ; externes : MM. Bonnet-Saint-René, Herrenschmidt, Reille, Ulmann.

Chirurgien : M. Quénu ; internes : MM. Ferrier, Follet, Duvivier ; externes : MM. Dupuy-Dutemps, Tournemelle, Landel, Grosjean, Lochelongue, Pératé, Grognot.

Chirurgien : M. Bouilly ; internes : MM. Lepetit, Raffray ; externes : Mme Eliacheff, MM. Tonnelier, Dubois.

Hôpital Beaujon. — Médecin : M. Millard ; interne : M. Touche ; externes : MM. Delthil, Leroy (Eugène), Voisin (Henri), Sichel-Dulong, Mme Monnier.

Médecin : M. Rigal ; interne : M. Taurin ; externes : MM. Sersiron, Ardouin, Chevrolle, Cottet, Salvy, Gauchet, Sée.

Médecin : M. Gombault ; interne : M. Lemariey ; externes : MM. Dupaigne, Robet, Cohan, Audiau.

Médecin : M. Fernet ; interne : M. Petit (Raymond) ; externes : MM. Planchon, Wéber, Devoir, Carra.

Chirurgien : M. Labbé (Léon) ; internes : MM. Pauchet, Bernard (Jean) ; externes : MM. Bernard (Jean), Lyonne, Derome, Coyon, Terrien, Caboche, Boyer (Jules), Guibé.

Chirurgien : M. Anger (Benjamin) ; internes : MM. Navarro, Chauvel ; externes : MM. Hanot, Julien (Camille), Caillaud, Grésillon, Le Sève.

Chirurgien : M. Anger (Théophile) ; internes : MM. Lévi (Charles), Claude ; externes : MM. Arago, Rolland, Chevallier, Pascal, Dordounat, Marchais.

Accoucheur : M. Ribemont-Dessaignes ; interne : M. Marmasse ; externes : MM. Bobier, Béchet (Gaston).

Hôpital Lariboisière. — Médecin : M. Duguet ; interne : M. Lantzenberg ; externes : MM. Decloux, Bernheim, Chauveau, Leroy (Louis), Michaut (Ch.).

Médecin : M. Gérin-Roze ; interne : M. Thomas (André) ; externes : MM. Barnsby, Bresson, Ehrmann, Callais, Boullier.

Médecin : M. Gouguenheim ; interne : M. Ripault ; interne provisoire : M. Hérard ; externes : MM. Roché, Simon (René), Monscourt, Chalochet, Mlle Lape, MM. Lacroix, Le Roy (Georges), Lourdin.

Médecin : M. Landrieux ; interne : M. Danseux ; externes : MM. Noirot, Wahl, Kourilsky, Boricaud.

Médecin : M. Dreyfus-Brisac ; interne : M. Lévy (Emile) ; externes : MM. Caracotchian, Lévis (Georges), Castaigne, Véron, Ovize, Flandrin, Bacquelin.

Médecin : M. Troisier ; interne : M. Petit (René) ; externes : MM. Faney, Hamant, Chastanet, Fossard.

Chirurgien : M. Perier ; internes : MM. Dufour, du Bouchet ; interne provisoire : M. Oppenot ; externes : MM. Fresson, Raoux, Hauser, Talandier, Picard, Renon, Schachmann, Lucius.

Chirurgien : M. Delens ; internes : MM. Frey, Cange ; externes : MM. Tennant, Rrureanu, Brosset.

Chirurgien : M. Berger ; internes : MM. Walch, Mignot ; externes : MM. Ferrand, Monthus, Iselin, Ansselin, Hanotte, Spindler (Paul), Mlle Protopopoff.

Chirurgien : M. Peyrot ; internes : MM. Diriart, Landowski ; externes : MM. Bouley, Bazor, Le Masson, Gröll, Audoucet.

Accoucheur : M. Porak ; interne : M. Venot ; externes : MM. Champion, Dezanneau, Wormser, Bochory.

Hôpital Tenon. — Médecin : M. Talamon ; interne : M. Kahn ; externes : MM. Gay, Boulle, Perdereau, Grisel, Rastouil.

Médecin : M. Brault ; interne : M. Marie (René) ; externes : MM. Bardury, Blandin, Ségall, Schultz.

Médecin : M. Barié ; interne : M. Fauquez ; externes : MM. Lanos, Rousseau (Paul), Kriéger, Kœsh.

Médecin : M. Comby ; interne : M. Rabé ; externes : MM. Debains, Ducamp d'Orgas, Lihou, Carpentier (Gustave).

Médecin : M. Hirtz ; interne : M. Brouardel ; externes : MM. Saurel, Thoizon, Irimesco.

Médecin : M. Martin (Hippolyte) ; interne : M. Siron ; externes : MM. Brunati, Poulain, Manceau.

Médecin : M. Netter ; interne : M. Josué ; externes : MM. Spindler (Henri), Vast, Ungauer, Neveux, Sarrot.

Médecin : M. Gilbert ; interne : M. Fournier (Louis) ; externes : MM. Hivet, Cololian, Milhiet, Moret (Louis), Khorassandgi.

Chirurgien : M. Félizet ; internes : MM. Bellot, Batigne, Faitout ; externes : MM. Rébreyend, Degorce, Mlle Marein, MM. Weill (Benjamin), Launay, Vaslet de Fontaubert.

Chirurgien : M. Reynier ; internes : MM. Baillet, Paul Boncour, Paquy ; externes : MM. Rodiet, Archambault, Lemoine (Marcel), Degrenne, Rousseau, Gamblin.

Chirurgien : M. Nélaton ; internes : MM. Robineau, Harou, Gesland ; externes : MM. Herscher, Lévy (J.), Viollet, Elias, Forestier, Debienne.

Accoucheur : M. Champetier de Ribes ; interne : M. Hermary ; externes : MM. Bucquet, Mlle Zlotowska (Anna). M. Maugery.

Hôpital Laennec. — Médecin : M. Gingeot ; interne : M. Cazenave ; externes : MM. Guillemard, Ingebrans, Guéniot, Férester, Charpentier (Hubert).

Médecin : M. Landouzy ; interne : M. Thomas (Jean) ; externes : MM. Faure (Maurice), Costinesco, Constensoux, Lustgarten, Gheorghiu, Guéry, Turner.

Médecin : M. Oulmont ; interne : M. Ramond ; externes : MM. Veillet, Pompéani, Bramel de Cléjoulx, Millet (Georges), Patricopoulos.

Médecin : M. Chauffard ; interne : M. Philippe ; externes : MM. Douriez, Manesse, Coulloume-Labarthe, Mauger, Chaillous (Maurice),.

Chirurgien : M. Nicaise ; internes : MM. Longuet, Baraduc ; interne provisoire : M. Héresco ; externes : MM. Guerlain, Brinon, Veau, Gosselin, Ravaut, Juvara.

Service temporaire. — Médecin : M. Giraudeau ; interne provisoire : M. Mettetal ; externes : MM. Michel, Polle, Dauzats, Stoïcescu, Leraitre, O'Followell.

Hôpital Bichat. — Médecin : M. Lacombe ; interne : M. Papillon ; externes : MM. Clément (Georges), Fayes, Couillaud, Retournard, Vié (Charles).

Médecin : M. Roques ; interne : M. Frenkel ; externes : MM. Paté, Cestan, Oguse.

Chirurgien : M. Terrier ; internes : MM. Raymond, Malherbe, Jourdan ; externes : MM. de Varona, Dally, de Oliveira Néry, Guillermin, Trouchaud, Mlle Desmolières, MM. Beach, Delestre.

Hôpital Andral. — Médecin : M. Debove ; internes : MM. Phulpin, Besançon ; externes : MM. Soulier, Gagey, Desternes, Malartic, Rochebois, Baigue.

Hôpital Broussais. — Médecin : M. Barth ; interne : M. Demantké ; externes : MM. Larroux, Fournier (Léon), Labbé, Jalaguier.

Médecin : M. Muselier ; interne : M. Planque ; externes : MM. Cels, Perdriat, d'Heilly, Houssay.

Chirurgien : M. Campenon ; internes : MM. Dujon, Mourette ; externes : MM. Leroty, Galca, Prédal, Guilpin, Marotte.

Hôpital d'Aubervilliers. — Médecin : M. Babinski ; interne : M. Chauveau ; interne provisoire : M. Delmond-Bébet ; externes : MM. Tsakiris, Legrand, Girerd.

Médecin : M. Siredey ; interne : M. Page ; interne provisoire : M. Brin ; externes : MM. Haury, Grosjean, Relle.

Hôpital Saint-Louis. — Médecin : M. le professeur Fournier ; chef de clinique : M. Wickham ; internes : MM. Michel-Dansac, Fournier ; externes : MM. Walbaum, Boué, Fialon, Monel, Robillard.

Médecin : M. Besnier ; interne : M. Bodin ; externes : MM. Milian, Beauvallet, Morély, Birman.

Médecin : M. Hallopeau ; interne : M. Jacquinet ; interne provisoire : M. Salmon ; externes : MM. Auclair, Cros, Roche (Louis), Lebœuf.

Médecin : M. N..., M. Beclère (suppléant) ; interne : M. Junien-Lavillauroy ; externes : MM. Mesnil, Pauly, Bluysen, Hurtaud.

Médecin : M. Tenneson ; interne : M. Pochon ; externes : MM. Comar, Corby, Latteux d'Espagne, Zysman, Ménétrel.

Médecin : M. du Castel ; interne : M. Schwab ; externes : MM. Gatay, Palle, Bouvet, de Gorsse (Bertrand).

Chirurgien : M. Lucas-Championnière ; internes : MM. Lapeyre, Laurens, Leblanc ; externes : MM. Andreau, Lachowski, Rousseau (Georges), Le Meignen, Roques (Antoine), Jay (Alexandre).

Chirurgien : M. Marchand ; internes : MM. Monbouyran, Mermet, Collinet ; externes : MM. Vallot, Synnéphias, Gachon, Siems, Soukernik, Rottenberg.

Chirurgien : M. Richelot ; internes : MM. Marie (Auguste), Ravanier, Ranglaret ; externes : MM. Menier, Péronnet, Bourbon, Le Magnet, Sellerier, Bastard, Wateau.

Accoucheur : M. Bar ; interne : M. Perrin ; externes : M. Eleutérescu, Mlle Nafpliotou, MM. Gaullieur l'Hardy, Baldet.

Hôpital Ricord. — Médecin : M. Mauriac ; interne : M. Jolly ; externes : MM. Ranson, Couillard, Beaufort.

Médecin : M. Balzer ; interne : M. Lacour ; externes : MM. Brès, Bonnel, Rabant.

Chirurgien : M. Humbert ; interne : M. Long ; externes : MM. Lucas (Gustave), Ecart, Drouin, Lozé.

Hôpital Broca. — Médecin : M. de Beurmann ; interne : M. Labbé ; externes : MM. Kahn, Royer (Pierre), Trémolières, Petit, Denys.

Médecin : M. Renault ; interne : M. Le Damany ; externes : MM. Renard, Nafilian, Nikonoff, Jolis (Paul), Desmaroux.

Chirurgien : M. Pozzi ; internes : MM. Jayle, Donnet, Bernard (Félix) ; externes : MM. Mouchotte, Margouliès, Goudard, Bosredon, Roglet.

Hôpital de la Maternité. — Chirurgien : M. Guéniot ; interne : M. Houzé.

Médecin : M. Labadie-Lagrave ; interne : M. Perregeaux.

Clinique Baudelocque. — Accoucheur : M. le professeur Pinard ; chef de clinique : M. Wallich ; externes : MM. Petit (Léon), Maggiar, Bourgouin, Cavalié, Cocagne, Sifflet.

Hôpital de la Clinique d'Accouchements. — Chirurgien : M. le professeur Tarnier ; externes : MM. Crochet (Aug.), Berthelin (Louis), Bourdier, Moreau, (Louis), Cauchemez, Gibert.

Maison municipale de santé. — Médecin : M. Mathieu ; interne ; M. Jacobson ; externe : Mlle Myzinska, MM. Wolff, Korngold.

Médecin : M. Danlos ; interne : M. Herbet ; externes : MM. Martinet, Sicard (Léon), Brisset.

Chirurgien : M. Segond ; internes : MM. Chaillou, Giresse ; externes : MM. Bertrand (Gabriel), Fuchs, Dartigues, Robert.

Chirurgien : M. Prengrueber ; internes : MM. Wiart, Wintrebert ; externes : MM. Pertal, Piard, Latruffe.

Hôpital des Enfants-Malades. — Médecin : M. le professeur Grancher ; chef de clinique : M. Aviragnet ; chef de clinique adjoint : M. Boulloche (Pierre) ; interne : M. Chrétien ; externes : MM. Bertherand, Thoyer, Devillas (Joseph), Martirené, Lefournier, Rosenthal.

Médecin : M. Jules Simon ; interne : M. Potel (Maurice) ; externes : MM. Touillon, Puecht-Legoyt, Fosse, Aubry, Mandemain, Deneux.

Médecin : M. Descroizilles ; interne : M. Zuber ; externes : MM. Goguel, Cougnot, Fournié (Jacques), Langlois.

Médecin : M. N... ; interne : M. Magdelaine ; externes : MM. Tardif (François), Brusset, Simon (Théodore), Pochon, Rolet, Cavasse.

Médecin : M. d'Heilly ; interne : M. Jorand ; externes : MM. Maréchal, Huguier, Gombault, Monod (Louis).

Chirurgien : M. de Saint-Germain ; internes : MM. Bureau, Morel ; externes : MM. Guilband, Olgiati, Piédvache, Lacaille, Pestel, Kermetchieff, Gil.

Chirurgien : M. Brun ; internes : MM. Hallé, Bayeux ; externes : MM. Legueu, Posth, Tixier, Valençon, Herzenstein.

Hôpital de Berck-sur-Mer. — Chirurgien : M. Ménard ; interne : Mlle Bouët ; internes provisoires : MM. Larrieu, Thiénot.

Hôpital Trousseau. — Médecin : M. Legroux ; interne : M. Magniaux ; externes : MM. Bonamy, Tourlet, Mlle Bromberg, M. Lesné, Mlle Chrzanowska.

Médecin : M. Sevestre ; interne : M. Meslay ; externes : MM. Mauger, Boulai, Tissier (Paul), Spaletta, Fontoynont.

Médecin : M. Moizard ; interne : M. Griner ; externes : MM. Clamoux, Magne, Netter, Lévv (Armand), Vassal (Paul).

Chirurgien : M. Lannelongue ; internes : MM. Braquehaye, Mayet, interne provisoire M. Blanc ; externes : Mlle Zlotowska (Régina), MM. de Font-Réaulx, Percheron, David, Millet (Adrien), Mlle Leclerc, MM. Aribat, Lacapère.

Chirurgien : M. Jalaguier ; internes : MM. Vanverts, Brésard ; externes : MM. Fort, Planche, Lombard, Got (Etienne).

Hospice des Enfants-Assistés. — Médecin : M. Hutinel ; internes : MM. Hulot, Martin ; externes : MM. Gaffier, Ancelet, Pasquet, Nattan, Merklen.

Chirurgien : M. Kirmisson ; internes : MM. Fouquet, Bouchacourt ; externes : MM. Charpentier (Emmanuel), Drouët, Souberbielle, Glinéanu, Briançon.

Hospice de Bicêtre. — Médecin : M. Déjerine ; interne : M. Mirallié, interne provisoire : M. Poix.

Chirurgien : M. Bazy ; internes : MM. Mortagne, Chévereau ; interne provisoire : M. Imbert.

Médecin : M. Bourneville ; internes : MM. Zeimet, Arrizabalaga ; interne provisoire : M. Dardel.

Médecin : M. Charpentier ; interne : M. Escat ; interne provisoire : M. Marchais.

Médecin : M. Deny ; interne : M. Dominici ; interne provisoire : M. Delamare.

Médecin : M. Féré ; interne : M. Carnot ; interne provisoire : M. Roger (Jean).

Hospice de la Salpêtrière. — Médecin : M. N... M. Bressaud (suppléant) ; chef de clinique : M. Souques ; internes : MM. Charcot, Halipré ; externes : MM. Leclerc (Henri), Dumas (Pierre), Auneau, Cherbetian, Jousset, Bonniot, Mlle Corodianu, M. Bratiano.

Médecin : M. Raymond ; interne : M. Lévi ; interne provisoire : M. Estrabaut ; externes : MM. Turquet, Piras, Desjardins, Sicard, Delta.

Chirurgien : M. Terrillon ; internes : MM. Anghelesco, Lenoble ; externes : MM. Truelle, Lenoble, (Edmond), Deschamps.

Médecin : M. Voisin (Auguste) ; interne : M. Signier ; externes : MM. Battier, Vilenski.

Médecin : M. Falret ; interne : M. Bonnus ; externe : M. Nass.

Médecin : M. Voisin (Jules) ; interne : M. Carrel ; externes : MM. Dide, Gagnière.

Hospice des Incurables (Ivry). — Médecin : M. A. Gombault ; interne : M. Proust ; interne provisoire : M. Bize ; externe : M. Kuborn.

Chirurgien : MM. Gérard Marchant ; interne : M. Lenoir ; interne provisoire : M. Hepp ; externe : M. Poirson.

Hospice de Brevannes. — Médecin : M. Geoffroy ; internes : MM. N... N...

Hospice des Ménages (Issy) et Hospice Devillas. — Médecins : M. Chantemesse ; interne : M. Funck-Brentano ; interne provisoire : M. Griffon ; externe : M. Canuet.

Maison de retraite de La Rochefoucauld. — Médecin : M. Brocq ; interne : M. Martin (Charles) ; externes : MM. Laugier, Jay (Noël).

Institution Sainte-Périne et Maisons de retraite Chardon-Lagache et Rossini. — Médecin : M. Petit ; internes : MM. Barozzi (Sainte-Périne), Bonnet (Léon), (Chardon-Lagache).

Hopital Debrousse. — Médecin : M. Marie ; interne provisoire : M. Sainton.

Hopital Hérold. — Médecin : M. Variot ; interne : M. Chabry ; interne provisoire : M. Nimier ; externes MM. Wessberge, Poirrier, Dreyer-Dufer, Mauchamp, Baudrand.

Bureau central. — Service de la consultation. Externes : M. Rottemberg, Mlle Broïdo, MM. Tsakiris, Lucas (Gustave), Mlle Zlotowska (Regina), Lefilliâtre, Auclair, Rénon, Bailli, Mlle Zlotowska (Anna), MM. Lucas (Charles), Vaslet de Fontaubert.

Bastion 29. — Médecin : M. Siredey ; interne provisoire : M. Guillemot.

ENDARTÉRITE OBLITÉRANTE

AVEC GANGRÈNE DES EXTRÉMITÉS INFÉRIEURES

Par M. Laveran,

Membre de l'Académie de médecine.

Un homme de trente-six ans avait eu la fièvre palustre à Madagascar, en 1884, et au Tonkin en 1889.

Un an plus tard, au Tonkin, il présente les premiers accidents locaux : le pied gauche est douloureux, les orteils sont tuméfiés, il y a des traînées de phlébite ; en 1891, douleurs plus vives, brûlure, claudication intermittente. En décembre 1891, gangrène sèche des orteils du pied gauche. En mars 1892, amputation de la jambe gauche. A la fin de 1893, le membre inférieur droit se prend.

Il entre au Val-de-Grâce avec une gangrène sèche des deux derniers orteils. Toutes les artères battent faiblement. On ne sent plus les battements de l'artère tibiale postérieure ni de la pédieuse.

Les battements de l'artère poplitée et de la crurale sont très faibles, pas de battements à la radiale droite ; pas d'induration des artères. Le malade ne paraît plus être sous l'influence du paludisme. Les urines sont légèrement albumineuses.

Le 10 janvier 1894, tout l'avant-pied est gangrené. Le 15 janvier, amputation de la jambe droite.

A l'examen du membre, on trouve les artères tibiales (antérieure et postérieure) très petites; histologiquement l'endartérite est très nette. Tissu embryonnaire à la partie centrale. Lame élastique interne fortement plissée, endophlébite des veines, pas d'altération des nerfs. Actuellement le malade va bien, la cicatrisation est complète.

S'agit-il de gangrène palustre ? Le malade a été atteint de paludisme à Madagascar et au Tonkin. On a cité un certain nombre de cas de gangrène palustre (Verneuil et Petit). La maladie de Raynaud ou gangrène symétrique des extrémités a été observée chez les palustres (Rey, Marroin, Calmette, Vaillard). Ici pas d'asphyxie locale. La maladie de Raynaud s'accompagne rarement de gangrènes aussi graves. Il existe des lésions artérielles et, de plus, au mois de décembre 1893 le malade ne paraît plus être sous l'influence du paludisme.

Comme il n'y a pas de sucre dans les urines, mais un peu d'albumine, on pourrait invoquer la gangrène albumineuse de Debove et Roques, ou bien une artérite syphilitique ; mais le malade n'a pas eu d'accidents syphilitiques.

On peut attribuer aussi les symptômes à l'artério-sclérose, les artères étant dures, flexueuses ; un athérome, mais les grosses artères sont prises les premières ; la gangrène sénile, ici les artères sont petites, atrophiées, il n'y a pas de signes d'une lésion aortique.

Serait-ce un cas de phlébite précoce, de ces endartérites oblitérantes décrites par Friedlænder, en 1876, endartérites dont le point de départ est dans la couche profonde de l'endartère? On pourrait alors l'appeler endartérite oblitérante atrophique.

C'est en tout cas une variété d'endartérite qui mérite d'être décrite à part. Ses causes sont obscures. Dans les faits publiés on ne pouvait invoquer ni la syphilis, ni le paludisme, ni l'alcoolisme. Dans le cas actuel, le paludisme et la dysentérie ont pu jouer le rôle de causes prédisposantes.

Quant au pronostic, on ne peut que dire qu'il s'agit d'une affection éminemment progressive; dans les cas qui se sont terminés par la mort, on a toujours observé un rétrécissement graduel de toutes les artères.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 mars 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

De la cholédocotomie. — M. TERRIER fait une communication sur ce sujet.

La cholédocotomie est une opération qui a pour but d'ouvrir le canal cholédoque afin d'en extraire un calcul. Cette opération a été pratiquée vingt et une fois, mais elle n'a été faite que trois fois en France.

M. Terrier a publié le premier fait, qui s'est terminé par la mort. Le troisième fait, encore inédit, sera communiqué par M. Quenu.

Quant au second cas, qui appartient à M. Terrier, en voici l'analyse :

Il s'agit d'une femme, présentant tous les signes d'une lithiase biliaire, qui fut opérée en mai 1893. M. Terrier lui enleva sa vésicule et son canal cystique. Comme ce dernier contenait un calcul qui comprimait le canal hépatique, il pensa que l'ablation de ces deux organes suffirait. Elle produisit, il est vrai, une amélioration, mais celle-ci fut passagère et les accidents primitifs reparurent. En même temps persistait au niveau de la plaie une fistule biliaire.

M. Terrier diagnostiqua alors un calcul du cholédoque, et il essaya de le refouler par le cathétérisme. La sonde pénétra à 16 et 18 centimètres sans rencontrer de calcul et il ne tarda pas à s'assurer que ses tentatives étaient inutiles.

Voici alors l'opération qu'il fit : après avoir placé comme guide une sonde pénétrant par la fistule aussi loin que possible (18 centimètres), il fit la laparotomie médiane. Il constata alors un premier fait, à savoir que sa sonde s'était retournée et avait pénétré dans le canal hépatique, remontant ensuite vers les canaux biliaires, ce qui suffisait pour expliquer l'inutilité de ses tentatives de cathétérisme.

Ce premier point établi, son doigt dirigé vers la tête du pancréas sentit le calcul, mais il était complètement caché par le duodénum. Cet organe était totalement immobilisé, grâce à des adhérences développées pendant les premières périodes de la maladie, et il ne put aborder le calcul qu'après avoir fendu le duodénum. Le doigt introduit dans l'intestin put alors refouler le calcul en dehors, et il devint accessible. Il incisa à sa surface le cholédoque et il put l'extraire, non sans peine, il est vrai, en raison de sa grande irrégularité.

L'opération était terminée. Il referma l'intestin d'abord, suivant les méthodes classiques, puis la plaie du cholédoque fut suturée. Il n'y avait qu'un plan de sutures et les fils furent serrés très modérément, parce que les tissus, modifiés par l'inflammation provoquée par le calcul, se déchiraient avec la plus grande facilité. Pensant que ces fils seraient insuffisants. Il ferma le ventre en mettant un drain dans la plaie.

Les suites opératoires furent favorables. Au septième jour, il se forma une fistule biliaire, mais elle était guérie peu de jours après.

Aujourd'hui, la malade a repris ses occupations et ses accidents ont disparu; il ne lui reste plus qu'une teinte subictérique de la peau.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que les abouchements anormaux des voies biliaires résultant des opérations que l'on pratique sur ces organes, nécessitent à leur suite un traitement médical, une hygiène alimentaire qui est d'une grande importance au point de vue des suites éloignées de l'opération.

Il fera, sur ce sujet, une communication prochainement.

Traitement des grands abcès sous-péritonéaux. — M. BOUSQUET (de Clermont-Ferrand) communique deux cas d'abcès sous-péritonéaux très volumineux, guéris par l'incision franche et le drainage. Ces deux observations, à peu près identiques, ont trait à des sujets de dix-sept et dix-huit ans, atteints de mal de Pott avec volumineux abcès pointant dans l'abdomen, l'un dans la fosse iliaque, l'autre sous le thorax. Dans les deux cas, M. Bousquet incisa, décolla le péritoine et put aller ouvrir directement la poche, qu'il draina avec succès.

La fièvre typhoïde à Paris. — M. BUCQUOY, après avoir rappelé les paroles prononcées, il y a quelques semaines, par M. Rochard, sur la diminution de la fièvre typhoïde à Paris, déclare que le lendemain même, il constatait, à l'Hôtel-Dieu, un grand nombre de nouveaux malades atteints de cette maladie. Il est hors de doute aujourd'hui que nous sommes en présence d'une épidémie importante de fièvre typhoïde. Cette épidémie est bien localisée à Paris seul, la banlieue est indemne. M. Vaslin, de son côté, a

déclaré qu'il existait également un grand nombre de fièvres typhoïdes dans les hôpitaux militaires de Paris.

D'après les idées généralement admises aujourd'hui, il est à supposer que la cause de cette épidémie, ayant ainsi brusquement éclaté, réside dans l'altération des eaux potables. Il y a donc des recherches à faire dans ce sens, des précautions à prendre.

M. Bucquoy estime que, dès aujourd'hui, l'Académie doit prévenir la population et l'inviter à prendre ces précautions.

M. LANCEREAUX appuie les déclarations de M. Bucquoy. Alors que du 15 décembre au 12 février, il n'y avait eu à l'Hôtel-Dieu que 3 cas de fièvre typhoïde, depuis le 12 février jusqu'au 1er mars, il y en a eu 62 cas. On est donc en présence d'une épidémie sérieuse qui a surgi très brusquement.

Le Conseil d'hygiène a été saisi et s'occupe de rechercher l'origine de cette épidémie. M. Lancereaux fait observer que toutes les épidémies de fièvre typhoïde auxquelles il a assisté ont ainsi éclaté toujours brusquement. Il y a, dans cette brusque apparition de ces épidémies, un fait tout spécial, sur lequel on n'a peut-être pas assez insisté.

M. LEREBOULLET fait observer que l'apparition de la fièvre typhoïde a généralement lieu à l'époque æstivo-automnale de l'année. Cette fois-ci, c'est au mois de mars qu'éclate brusquement cette épidémie assez importante, puisqu'il y a plus de 200 malades en traitement, en ce moment, rien que dans les hôpitaux militaires. Cette épidémie, éclatant à cette époque de l'année, constitue un fait exceptionnel. Il semble que, du jour au lendemain, il ait été tourné un robinet qui a fourni à la population une eau infectée. En outre, il semble bien que l'eau distribuée à Paris doit être incriminée. En effet, depuis quelque temps, on remarquait que le nombre des germes avait singulièrement augmenté dans les eaux de sources. On devrait, quand pareille augmentation se produit, avertir aussitôt la population qui prendrait les précautions nécessaires. Il y a donc lieu de rechercher l'origine de cette épidémie insolite et d'indiquer à la population, dès maintenant, les précautions à prendre.

M. ROCHARD propose d'attendre le résultat de l'enquête qui se fait actuellement sur les origines de l'épidémie.

M. GAUTIER s'élève, avec énergie, contre cette proposition. Il faut immédiatement indiquer les précautions à prendre. Les eaux de la Vanne et de la Dhuis sont devenues troubles, on ne sait encore pourquoi. Il faut donc que dès aujourd'hui, la population parisienne soit avertie qu'elle doit faire bouillir son eau. L'épidémie actuelle paraît assez sérieuse et l'on ne saurait prendre trop de précautions ni les prendre trop tôt.

M. GUÉNIOT propose que l'on affiche un avis semblable à celui qui est affiché lorsque l'Administration est obligé de livrer de l'eau de Seine.

M. VASLIN demande qu'on insiste sur la nécessité de filtrer ou de bouillir l'eau.

M. GATHIER s'élève contre le conseil de filtrer l'eau. Il n'y a pas, selon lui, de filtre absolument sûr et l'ébullition seule doit être conseillée.

M. BUCQUOY propose que l'Académie émette un vœu invitant la population à faire bouillir son eau.

RAPPORTS

Chauffage des voitures. — M. LE SECRÉTAIRE PERPÉTUEL, au nom de M. Proust absent, soumet à l'Académie le vœu suivant, relativement à la proscription du chauffage des voitures par les briquettes. (Voir au Premier-Paris).

Des troubles du cœur et de l'estomac produits par l'attitude scolaire habituelle. — M. JAVAL fait un rapport sur la communication faite dans la dernière séance par M. Mottais (d'Angers) sur ce sujet.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section d'accouchements.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 78, majorité 40, M. Porak est élu par 41 voix contre 36 données à M. Ribemont-Dessaignes.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la douleur d'annoncer la mort de notre ancien collaborateur et ami, M. le docteur Victor Revillout.

Pendant près de vingt années, notre très regretté confrère a consacré à la *Gazette des hôpitaux* les qualités maîtresses de son esprit et de son cœur. Ardent amour de la science, haute culture intellectuelle, discussion toujours courtoise, tout, en lui, concourait à former le journaliste digne de ce nom.

Presque en même temps, succombait M. le docteur Auguste Ollivier, médecin de l'hôpital des Enfants-Malades. Par une triste coïncidence, Auguste Ollivier suppléa quelque temps notre éminent rédacteur en chef, Hippolyte Brochin, pendant ses séjours annuels au Mont-Dore.

— *Hôpitaux de Paris.* — Le jury du Bureau central (chirurgie) est provisoirement composé ainsi qu'il suit : MM. Marc Sée, Guéniot, Nicaise, Richelot, Bouilly, Campenon et Siredey.

— M. le docteur Jules Voisin, médecin du Dépôt, est en même temps chargé du service de la Conciergerie.

M. le docteur Le Coin reste premier médecin-adjoint, et M. le docteur Floquet, médecin du Palais de Justice, est nommé second médecin-adjoint.

— Un certain nombre de rues de Paris prennent le nom de médecins et savants. Ce sont, par arrondissements, les rues suivantes.

Ve arrondissement. — Rue Quatrefages, ancienne rue du Battoir.

Xe arrondissement. — Rue Charles-Robin, ancienne rue Claude-Vellefaux.

XIIIe arrondissement. — Des rues nouvelles, entre les rues de l'Espérance et Robillot : rue Guyton de Morveau ; entre le boulevard d'Italie et le point de rencontre des rues du Champ-de-l'Alouette et Corvisart : rue Vulpian ; entre le boulevard d'Italie et la rue Corvisart : rue Paul-Gervais ; entre la rue Vergniaud et la rue Boussingault : rue Wurtz.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique des maladies de l'enfance, par A. D'ESPINE, professeur à l'Université de Genève, correspondant à l'Académie de médecine de Paris et C. PICOT, médecin des hôpitaux de Genève, ancienne interne des hôpitaux de Paris. Cinquième édition revue et augmentée. 1 vol. in-18 jésus de 916 pages, cartonné. — Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Précis d'auscultation, par le docteur COIFFIER. Troisième édition. 1 vol. in-18 avec 98 figures coloriées, cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 30. — SAMEDI 10 MARS 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 10 MARS 1894. — N° 30.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la septicémie gazeuse.

Par H. MAYET,
Interne des hôpitaux de Paris.

Le mot de septicémie gazeuse sonne mal au milieu des progrès de l'antisepsie actuelle : les accidents infectieux des plaies se font de plus en plus rares dans les services chirurgicaux. On dirait que parler de cette affection, c'est retourner de vingt ans en arrière. Il n'en est rien : les statistiques, la pratique journalière, les discussions récentes dans les congrès, les communications aux sociétés savantes, les travaux d'ensemble nous édifient pleinement sur ce point, la septicémie gazeuse n'est même pas une affection exceptionnelle et il n'est peut-être pas de service de chirurgie où l'on n'en observe un ou deux cas par année.

En nous livrant à cette étude de la septicémie gazeuse nous poursuivrons un but plus pratique que théorique : après avoir passé rapidement en revue l'historique de sa description, après avoir noté les grands traits de son étiologie et de son anatomie pathologique, nous essaierons de décrire plus longuement sa symptomatologie; nous déduirons alors peut-être quelques conceptions plus précises des formes qu'elle affecte et le diagnostic de ses manières d'être nous conduira à poser les indications du traitement chirurgical qui convient à chacune d'elles.

La septicémie gazeuse est une entité morbide; nous la définirons « un accident infectieux des plaies, à forme extensive et gangreneuse, à évolution rapide, caractérisé par de l'érysipèle bronzé, de l'emphysème, la production de sérosité louche et de gaz dans l'intérieur des tissus. ». Livrée à elle-même, elle se termine par la mort.

Faisons un choix au milieu de sa vaste synonymie.

Les auteurs l'appellent indifféremment : septicémie gangreneuse avec emphysème, érysipèle bronzé, panphlegmon, typhus des membres, gangrène foudroyante envahissante, galopante gazeuse, septicémie à forme foudroyante, septicémie gazeuse.

Nous adopterons cette dernière dénomination : elle suffit à désigner du même coup le caractère infectieux et l'un des symptômes pathognomoniques de l'affection.

I

HISTORIQUE. — La première observation précise de septicémie gazeuse appartient à Fabrice de Hilden (1766). Mais il faut attendre jusqu'à la seconde moitié de ce siècle, pour rencontrer une étude véritablement approfondie de la question. Chassaignac, Dupuytren, Maisonneuve, décrivent alors les grands traits de l'affection. Salleron dans les « Archives militaires » de 1858 écrit la première monographie. Citons les travaux de Dolbeau, Billroth, Nepveu et du professeur Verneuil.

Puis la doctrine microbienne apporte à pareil sujet un regain d'actualité. MM. Terrillon (1874), Richelot et D. Mollière commencent à élucider la pathogénie de la septicémie gazeuse. Trifaud lui consacre un bel article dans la « Revue de chirurgie » (1883), et M. Forgues en fait le sujet d'une très remarquable thèse d'agrégation (1886).

Depuis lors un certain nombre de travaux sont venus compléter ceux que nous venons de citer, nous aurons l'occasion de les faire connaître au cours même de cette étude.

II

ETIOLOGIE, PATHOGÉNIE. — La septicémie gazeuse est une affection microbienne. Suivant donc la formule classique, nous envisagerons rapidement l'état actuel de nos connaissances sur les quatre facteurs de son développement :

1° Le milieu où elle apparaît le plus volontiers; 2° le terrain qui est favorable à son évolution; 3° le microbe qui l'engendre et 4° la porte d'entrée par où pénètre cet agent pathogène.

Du milieu nous parlerons peu; les anciens auteurs sont pleins de considérations sur l'influence de l'hôpital; cette sorte de contagion a disparu presque complètement aujourd'hui.

Semblable aux infections plus banales des plaies la septicémie gazeuse s'attaque de préférence aux tempéraments débilités ou tarés. MM. Terrillon et Trifaud ont insisté longuement sur l'influence de l'alcoolisme comme cause prédisposante; Salleron sur la fatigue et la misère physiologique.

La question de la nature du microbe pathogène mérite de nous arrêter un instant. M. Perrin et M. Blum entrevirent

les premiers le caractère infectieux de la maladie. M. Terrillon insista sur sa septicité; Daniel Mollière rattacha cette affection, cliniquement une, à un agent unique et spécifique. Le premier travail d'ensemble avec preuves bactériologiques à l'appui est présenté à l'Académie de médecine en 1884, par MM. Chauveau et Arloing. Ils concluent au vibrion septique de Pasteur comme agent pathogène. Ils précisent la technique de sa culture, s'efforcent de l'atténuer et l'étudient dans une série d'inoculations sur les animaux. A eux revient donc l'honneur d'avoir nettement indiqué le microbe de la septicémie gazeuse. M. Forques accepte leur opinion sur ce point; il va plus loin et considère que, parmi les différentes phases d'évolution de cet agent la forme en filaments courts et sporulés semble présenter l'activité virulente à son maximum. Cette virulence du reste, il la montre persistant très longtemps, et, au bout de deux ans la sérosité putride de la septicémie gazeuse, recueillie et desséchée entre 15 et 38 degrés, conserve toute sa puissance d'inoculation.

Le vibrion septique de Pasteur est un microbe anaérobie. C'est là un fait capital dans l'étude de la septicémie gazeuse. Il semble se rencontrer le plus souvent dans la poussière, la boue des rues, dans les liquides des égouts, dans les débris de matières organiques; aussi la plupart des observations se rapportent-elles à des cas de traumatisme sur la voie publique et à des individus plus exposés par leur métier à recevoir cette contamination : chiffonniers, égoutiers, balayeurs.

Ajoutons enfin que l'on tend aujourd'hui à être un peu moins affirmatif sur l'existence constante du vibrion septique. Malgré une technique minutieuse, certaines observations récentes ne font foi que du streptocoque. Il s'agissait de formes moins malignes. La porte semble donc rouverte à des recherches nouvelles. Peut-être verrons-nous, comme pour la diphtérie, l'entité clinique de la septicémie gazeuse dissociée un jour, grâce à la bactériologie.

La porte d'entrée de ce microbe est une plaie; mais presque toujours une plaie spéciale, telle que l'agent le plus fréquent puisse séjourner et pulluler dans les parties profondes à l'abri du contact de l'air. L'expérimentation et la clinique sont d'accord pour affirmer ce fait. Il suffit pour s'en convaincre de relire les expériences de Chauveau et Arloing sur les essais infructueux d'inoculation à une plaie largement exposée au contact de l'air; il suffit également de compulser les observations de septicémie gazeuse chez l'homme; elles se rapportent presque toutes ou à des plaies petites et profondes ou à des plaies étendues, mais anfractueuses. Nous ne saurions trop insister sur le caractère de la porte d'entrée : il permettra au chirurgien, comme nous le verrons, de prévoir la possibilité de la septicémie gazeuse, et d'en surveiller la première apparition. En résumé, cette redoutable affection se développera de préférence dans les plaies souillées par la poussière des rues, la boue des ruisseaux, des égouts, à la suite d'un traumatisme ayant créé des lésions anfractueuses : fractures comminutives, dilacération des muscles, arrachement des parties molles, ouverture ou destruction des gaines celluleuses.

III

Anatomie pathologique. — Ainsi pénétré dans l'organisme, le microbe y produit des lésions anatomiques que nous allons maintenant passer en revue.

Il faut d'abord examiner l'état des parties au début de l'affection. C'est ce qu'il nous a été donné d'observer dans une amputation de cuisse pratiquée d'une façon précoce par notre maître M. Campenon et dont Ardillaux a publié dans sa thèse l'observation succincte (1).

A cette période initiale, si l'on pratique une coupe à un centimètre environ au-dessus de la plaie, la surface de section apparaît humide, verdâtre, baignée dans un liquide spumeux, quelquefois légèrement rougeâtre, qui suinte parfois en grande abondance. Elle répand une odeur d'une fétidité toute spéciale, très analogue à celle des matières fécales; la peau est livide, l'épiderme se laisse aisément décoller, le tissu cellulaire semble être la couche la plus atteinte; sa couleur varie du jaune au gris fer, avec des teintes intermédiaires vertes, brunes, bleuâtres et noires. Les aponévroses sont respectées, mais elles aussi ont un aspect particulier et présentent une coloration verdâtre, analogue à celle du tissu cellulaire. Les muscles ont conservé leur teinte normale; mais, fait important, leurs fibres sont dissociées, comme si le tissu cellulaire qui réunissait leurs fibres à l'état normal, eût disparu et si la sérosité et le gaz eussent pénétré pour les écarter dans des interstices laissés par lui. Ces muscles sont comme disséqués.

Les vaisseaux et les nerfs que le traumatisme n'a pas atteints sont en général respectés; aussi la région inférieure à la plaie est-elle encore le plus souvent vascularisée et chaude. Les surfaces de la fracture osseuse, lorsqu'elle existe, ne présentent rien d'anormal, seule parfois la moelle du canal médullaire paraît bleuâtre et plus fluide.

Lorsque la septicémie gazeuse a progressé, les lésions précédentes s'appliquent à la description de la portion moyenne du membre atteint; elles se modifient dans les parties contagionnées dès le début et dans ce que l'on peut appeler la zone d'accroissement. Dans la région dont l'infection date déjà de plusieurs jours, les tissus se désagrègent, verdissent, prennent un aspect de véritable pourriture, tombent en lambeaux, suintent sans cesse la sérosité roussâtre, répandent une odeur profondément fétide.

Si la section porte au contraire sur la zone d'accroissement, on rencontre le début des lésions que nous venons de décrire. Ce qui domine, c'est l'état morbide du tissu cellulaire d'aspect bleuâtre, parfois piqueté de points noirs. Il contient de petits pelotons adipeux jaunis faisant hernie en dehors des mailles celluleuses. L'émission des gaz est discrète, mais elle n'échappe pas à un peu d'attention; il n'y a pas encore de sérosité bien nette; mais, fait important, les fibres musculaires sont déjà très nettement dissociables et comme disséquées. Cet état des muscles est pour ainsi dire à l'avant-garde. C'est à dessein que nous insistons sur ces détails; car c'est précisément l'aspect de ces parties qui apprendra au chirurgien qu'il a amputé trop bas. Le lambeau peut être taillé dans une peau d'aspect saine, mais les fibres musculaires présentent encore ce caractère de dissection spontanée; n'est-ce pas dans les interstices musculaires profonds que se montrent le plus souvent les récidives après l'amputation? Peut-être les fibres musculaires, essentiellement élastiques et contractiles, empêchent-elles l'entrée de l'air dans l'espace celluleux qui les sépare et favorisent-elles ainsi le développement du microbe anaérobie?

Terminons par un mot des lésions générales trouvées à l'autopsie. Le cœur est mou, pâle et flasque; les poumons,

(1) Ardillaux. Th. de Paris, 1894.

congestionnés, sont parfois le siège d'infarctus; dans la plèvre, le péricarde, les épanchements sont fréquents; les reins sont tuméfiés, ramollis, la rate diffluente; le sang enfin est plus fluide, plus noir, difficilement coagulable, les vaisseaux renferment souvent des gaz que Trifaud rattache à la putréfaction post-mortem.

IV

Symptomatologie. — La septicémie gazeuse présente un tableau symptomatique qui reste identique à lui-même, au moins dans ses grands traits principaux. C'est lui que nous allons d'abord esquisser.

Un malade arrive à l'hôpital avec une plaie par écrasement qui donnera lieu à la septicémie gazeuse; il a perdu du sang en quantité notable; il est dans un état de shock assez prononcé, la température est basse, 35°5. Les premiers soins sont donnés avec toutes les règles de l'antisepsie actuelle et on applique sur la plaie un pansement humide. Les premières heures sont bonnes, puis, à une époque très variable, cinq, six, vingt-quatre, quarante-huit heures, ou même deux ou trois jours après le traumatisme, une douleur intense se fait sentir très brusquement au niveau de la plaie; elle est constrictive, atroce, tellement violente, qu'on a vu des malades se précipiter sur leur pansement pour le desserrer à tout prix. Si on refait sur le membre qui se tuméfie un pansement moins serré, la douleur disparaît. Cependant un frisson intense apparaît parfois et la dyspnée l'accompagne. Ces deux derniers symptômes sont, du reste, très inconstants. A ce moment, prenez la température du malade, souvent vous ne la trouverez pas modifiée, quelquefois à 37 degrés ou bien à 38, 38°5 au plus.

On voit combien cette entrée en scène de l'affection est différente de celle de l'infection purulente sous le rapport des symptômes généraux. Supposons, comme cela se rencontre fréquemment, qu'il n'y ait pas de frisson, pas de dyspnée, que le pansement soit un peu lâche et ne comprime pas douloureusement le membre, et nous aurons un début masqué torpide, une fausse quiétude sur l'évolution du traumatisme; les signes physiques seuls peuvent dès lors nous renseigner.

Si, donc, on enlève le pansement et qu'on examine la partie malade, on n'observe, à cette période, rien de bien caractéristique : la plaie est un peu atone; le tissu cellulaire bleuâtre est boursouflé, il fait hernie et obture l'orifice lorsque la plaie est de petite dimension.

Par cet orifice, s'écoule un peu de sérosité assez claire. Les alentours sont d'apparence saine, mais le membre semble déjà augmenté de volume. La percussion permet de reconnaître un peu d'emphysème localisé à des espaces limités; pour déceler ce signe important, il faut souvent se servir du procédé de la chiquenaude.

Rapidement l'infection gagne et bientôt l'aspect du membre se modifie complètement. La plaie devient le siège d'une sérosité louche et putride, répandant une odeur nauséabonde, le tissu cellulaire est noir, puis verdit légèrement; jamais de pus, mais des bulles de gaz qui s'échappent à la pression des parties avoisinantes. La peau de la région est tendue, lisse, teintée d'une coloration spéciale, l'érysipèle bronzé; çà et là, au sein même de la teinte feuille-morte, les veines superficielles se dessinent comme de volumineux cordons bleuâtres ou même noirs; ou bien l'épiderme se trouve soulevé par quelques phlyctènes. Toute cette partie du membre est emphysémateuse et présente maintenant à la palpation, à la percussion, à la chiquenaude, une sonorité très appréciable, qui tranche avec la matité habituelle des masses musculaires. La pression fait échapper de la plaie une sorte de mousse roussâtre, mélange de sérosité et de gaz. Tout cela forme un ensemble symptomatique bien facile à reconnaître, que Chassaignac appelait le typhus des membres. A ces signes physiques, correspond une douleur presque nulle, tant il est vrai que celle du début n'était due qu'à la constriction du pansement. Bien mieux, au-dessous de la plaie, le membre est parfois tout à fait insensible et, lorsqu'il y a fracture, on peut impunément provoquer la crépitation et faire jouer les fragments les uns sur les autres. Cependant les signes généraux sont très variables, la fièvre n'offre aucun caractère absolu et la température peut ou bien s'élever rapidement ou demeurer même à cette époque entre 38 et 39 degrés. Le pouls est petit; il y a souvent un peu de prostration, d'abattement, on observe quelquefois un peu de diarrhée.

Si rien ne vient modifier la marche envahissante de l'affection, la septicémie gazeuse s'étend rapidement. En deux ou trois jours, parfois quelques heures, elle atteint la racine du membre, la dépasse, envahit alors le tronc, s'accompagnant de son cortège habituel de signes physiques.

A ce moment, il est très fréquent de voir une infection streptococcique se surajouter à la septicémie gazeuse, dans les régions inférieures, au niveau de la plaie; on peut alors observer de la suppuration, de la lymphangite, des gangrènes; à leur tour, ces lésions secondaires viennent tardivement donner un regain d'intensité à l'état général et le modifier parfois dans ses allures.

Dans tous les cas, ces symptômes généraux s'accentuent, la température s'élève à 40 ou 41 degrés, le pouls devient filiforme, la prostration augmente, une diarrhée fétide apparaît, la dyspnée est intense, c'est l'approche de la terminaison fatale et la mort survient dans l'agitation ou dans la dépression et le collapsus.

Tel est, le plus souvent, le tableau de l'évolution de la septicémie gazeuse; pour le compléter, nous devons revenir à l'étude plus approfondie de quelques-uns de ses grands symptômes.

La *dyspnée*, notée par un grand nombre d'observateurs comme un signe primordial, serait loin d'être constante, si on s'en rapporte à de récentes observations (thèse d'Ardillaux).

La *teinte bronzée*, cet important symptôme (qui fait même souvent désigner la septicémie gazeuse sous le nom d'érysipèle bronzé), apparaît un des premiers en date. Elle se révèle dans le voisinage de la plaie par des taches qu'on prendrait volontiers pour des ecchymoses rouge brun ; puis ces taches s'unissent ensemble pour former une coloration plus générale, qui occupe bientôt toute la circonférence du membre. La teinte n'en est pas uniforme, il y a des parties foncées, d'autres plus claires, les unes feuille-morte, d'autres jambonnées, d'autres semblables au bronze florentin.

La zone d'accroissement de cet érysipèle est assez nettement délimitée par un bord dont l'aspect bronzé tranche avec les parties voisines, mais, fait important, il n'est jamais surélevé comme le rebord saillant de l'érysipèle ordinaire.

La forme de ce bord varie rarement, il est le plus souvent convexe vers la racine du membre.

Enfin, dans l'une des observations qu'Ardillaux a empruntées au service de M. Campenon, le bord convexe de la teinte bronzée était précédé par une zone de 3 à 4 centimètres, à forme convexe également, à teinte différente, bleuâtre et pâle, zone dans laquelle la dissection après amputation nous a permis de constater du tissu cellulaire très nettement altéré.

L'*emphysème* doit être rapproché de l'érysipèle bronzé comme lésion du tissu cellulaire; mais, le plus souvent, le premier est avant-coureur du second, sa recherche est très importante, souvent très délicate. La percussion ordinaire renseigne quand il est bien caractérisé; la palpation par la main à plat est un procédé plus fidèle; mais le vrai moyen d'investigation est la chiquenaude : c'est le seul qui permette de rechercher un symptôme qui, dans la zone d'envahissement, est souvent inégalement réparti. Il y a, en effet, dans cette zone, des points qui, bien avant les autres, accusent ainsi la sonorité, soit qu'ils correspondent à une épaisseur plus grande de tissu cellulaire superficiel, soit qu'ils confinent à des interstices celluleux plus profondément situés. Plus tard, cet emphysème prend des proportions énormes; il déforme complètement le membre, en augmente d'une façon très extraordinaire la circonférence, envahit l'abdomen où il se propage très aisément et forme alors des poches gazeuses volumineuses, remplies d'une sanie bulleuse, où M. Terrillon, à l'aide d'un sthétoscope, a entendu un véritable bouillonnement dû au dégagement des bulles de gaz.

Il est ressorti de notre description générale que la marche de la *température* est très variable. En effet, si, compulsant les observations, on essaie de se faire une idée de la courbe thermique, on est frappé de l'extrême diversité de ce symptôme primordial. La plupart des auteurs qui ont étudié la septicémie gazeuse semblent avoir renoncé à une classification entre des modalités si disparates. Notre maître, M. Campenon, le premier, au Congrès de chirurgie de 1892, tenta de créer des catégories dans les diverses courbes thermiques; la thèse récente d'Ardillaux, qu'il a inspirée, a fait faire un pas de plus à la question, l'enseignement clinique de notre maître a précisé encore dans notre esprit les idées que nous allons exposer.

Éliminons d'abord, dans cette étude de la température, deux causes d'erreur, deux facteurs puissants qui faussent la courbe thermique : le premier est l'hypothermie du début par suite du traumatisme ou de l'hémorragie; l'autre réside dans les infections surajoutées. Cela dit, il y a deux caractères de la courbe thermique, qu'il convient d'étudier : le premier est la différence de niveau totale entre la température vespérale d'un jour et la température vespérale du lendemain, je dirais volontiers le fait brutal de l'ascension. Cette première constatation conduit à décrire deux formes de courbe thermique : celle qui débute avec des températures ne dépassant pas, pendant deux ou trois jours, 38°5 par exemple, puis qui s'élèvent rapidement à 40 ou 41 degrés; et celle qui, dès les premières vingt-quatre heures, atteint ce dernier chiffre de haute élévation.

Le second caractère de la courbe réside dans l'étendue des rémissions matinales. Là encore, deux manières d'être de la température : l'une a des rémissions matinales bien marquées, l'autre n'en a pour ainsi dire pas, la température monte alors *en escalier*. Cela fait donc en tout quatre principales formes de la courbe thermique. On comprend aisément qu'elles peuvent se greffer les unes sur les autres et qu'il peut y avoir des températures relativement basses au début, avec ou sans rémissions matinales, et, de même, pour les températures qui sont très élevées dès l'époque d'apparition de la septicémie gazeuse.

Rentrons maintenant dans la pratique, reportons-nous aux malades, comparons les courbes de température aux autres phénomènes généraux et surtout aux locaux : ce sera étudier les formes de l'affection.

V

Formes. — Les signes physiques ne progressent pas toujours parallèlement à l'élévation thermique. L'extension de ces signes règle, d'autre part, l'intervention, on doit donc essayer, en décrivant les formes de la maladie, de mettre d'accord les phénomènes généraux et les symptômes locaux afin de créer des types vraiment cliniques et possédant une valeur chirurgicale. C'est en compulsant les observations et les résultats opératoires que M. Campenon est arrivé aux conclusions suivantes. Il y a bien des septicémies gazeuses retardées et des septicémies gazeuses compliquées; ce sont là des formes anormales. Mais il y a surtout des septicémies dont la température, quelle que soit son élévation, monte avec des rémissions matinales marquées : elles sont moins graves et plus curables par l'intervention; puis il y en a d'autres sans rémission matinale; elles pardonnent rarement. Les premières hésitent, tâtonnent, les secondes sont si virulentes que toute défense de l'organisme atteint est impossible.

On ne peut s'empêcher de rapprocher ces récentes données cliniques des dernières recherches bactériologiques et l'on est tenté de dire : si le vibrion septique est l'agent des formes très graves, sa courbe thermique n'a pas de rémission matinale; si le streptocoque est le microbe des formes moins graves, sa courbe a des rémissions matinales; elle tend à prendre les caractères des grandes oscillations qui sont si familières à cet agent pathogène.

VI

Diagnostic. — Faire le diagnostic de la septicémie gazeuse à sa période d'état est chose très aisée : le cortège symptomatique est si complet, si pathognomonique, que l'hésitation est rarement possible; nous n'insisterons pas.

Ce qui importe au contraire au chirurgien, c'est d'abord de prévoir la possibilité de la septicémie gazeuse, c'est ensuite de la déceler dès ses premiers symptômes.

Le diagnostic *de la possibilité* conduit à une surveillance minutieuse. Devant un traumatisme ayant créé une plaie anfractueuse profonde, à déchirures musculaires étendues, souvent fracture comminutive, plaie souillée par la poussière, la boue des rues, plaie difficile à désinfecter complètement, on doit toujours redouter la septicémie gazeuse.

Pratiquement en face d'un traumatisme de cette nature et, malgré les soins les plus antiseptiques, faire un pansement difficile à enlever, appliquer, dès le début, un appareil plâtré qui empêchera souvent de surveiller les téguments, et de les explorer dans une notable étendue, s'endormir dans une fausse quiétude, ne pas ouvrir appareil et pansement dès la moindre élévation thermique est une conduite qui réussit à coup sûr dans la majorité des cas, mais qui, de temps à autre, se termine par une septicémie gazeuse, découverte souvent trop tard pour être opérée en

temps utile. La plupart des observations ne se rapportent-elles pas à des cas où cette redoutable affection n'a été reconnue que lorsqu'elle avait déjà atteint une notable étendue?

La septicémie est possible, probable même, il faut maintenant la diagnostiquer à peine est-elle apparue : c'est le devoir du chirurgien. Y a-t-il des phénomènes évidents qui accompagnent son entrée en scène? Ils ne sont pas constants : tels le frisson, la dyspnée, la douleur de constriction. Le chirurgien pourra les faire prévoir à l'entourage du malade, afin d'être averti au plus tôt du nouveau danger qui vient d'apparaître. Mais en leur absence sur quoi se fonder?

Il semble qu'un signe qui manque rarement, c'est une élévation thermique; aussi pendant les deux ou trois premiers jours qui suivent un traumatisme rendant redoutable la septicémie gazeuse, la température devra-t-elle être prise fréquemment. Mais ce sont là encore des symptômes peu fidèles et peu précis; force est donc de s'en remettre aux signes physiques; et, en face de la probabilité de l'éclosion de cette dangereuse affection, M. Campenon conseille de ne pas hésiter à aller de temps à autre constater de visu, pendant les premières heures, l'état des parties qui avoisinent la plaie; en cas de soupçon, d'enlever même les compresses antiseptiques qui en recouvrent les lèvres et de s'assurer de l'aspect de la solution de continuité elle-même.

Nous savons qu'elle présente des signes caractéristiques. Mais nous savons aussi qu'il est bien difficile de les rencontrer nettement marqués dans une plaie anfractueuse et saignante. Les seuls signes, toujours faciles à reconnaître, sont l'emphysème, la présence de sérosité au lieu du pus qui, dans une plaie infectée, apparaît dès le deuxième ou troisième jours, et le dégagement des bulles gazeuses qui succède à la pression des parties voisines, c'est également, quand on peut nettement la constater, la dissociation des fibres musculaires. Il y en a assez quelquefois pour affirmer que l'on a affaire à la septicémie gazeuse.

L'érysipèle bronzé pourra facilement, au début, être confondu avec ces ecchymoses récentes qui sont habituelles dans les grands traumatismes des membres. C'est même souvent une sérieuse difficulté de diagnostic. Mais l'érysipèle bronzé possède une coloration plus estompée sur les bords, une teinte plus livide se rapprochant de la feuille morte. Les ecchymoses s'étendent, progressent dans une direction parfois systématique grâce aux gaines celluleuses, aux interstices musculaires; les taches d'érysipèle bronzé sont jetées tout à fait au hasard. L'ecchymose se modifie dans son aspect, l'érysipèle bronzé s'étend dans tous les sens, sans changer notablement de coloration. On ne confondra pas non plus l'érysipèle bronzé avec l'érysipèle traumatique, le premier n'a ni la couleur, ni le bourrelet, ni l'importance des phénomènes généraux du second.

L'emphysème n'appartient pas en propre à la septicémie gazeuse, surtout dans certaines régions comme le thorax, où l'emphysème se développe très volontiers à la suite des plaies de poitrine; mais lorsqu'il accompagne une plaie anfractueuse d'un membre, c'est à coup sûr un grand signe de probabilité en faveur de l'affection qui nous occupe; la palpation, la fluctuation, la percussion le différencieront aussi de la crépitation neigeuse de l'hématome.

Nous ne citerons que pour mémoire le diagnostic avec le phlegmon diffus, le phlegmon circonscrit, la lymphangite, l'infection purulente, et nous dirons en terminant que, somme toute, ce diagnostic du début consiste moins à différencier la septicémie gazeuse d'autres affections, qu'à affirmer qu'elle débute sur une plaie qui peut passer pour suivre son évolution normale, qu'à noter son apparition dès ses premiers symptômes en la guettant pour ainsi dire à l'affût.

VII

Le PRONOSTIC de la septicémie gazeuse non traitée est fatal. Traitée la gravité de cette affection varie : 1° suivant l'époque, le siège et la nature de l'intervention; 2° suivant les formes de la maladie; 3° suivant son siège même. Elle est d'autant plus grave que le traumatisme a atteint le membre plus près de sa racine; M. Campenon a également montré que, lorsqu'elle se développe au membre supérieur, elle est plus facilement curable, même après une intervention tardive.

VIII

TRAITEMENT. — Maintes fois nous avons insisté sur son importance; nous avons pour en parler quelques nouvelles données cliniques, il nous reste à compulser les travaux des nombreux auteurs qui s'en sont occupés et à nous efforcer d'en tirer quelques conclusions précises.

Enrayer la marche de la septicémie gazeuse déclarée est déjà un résultat très appréciable; mais tendre à en empêcher l'apparition est à coup sûr la première indication.

Il faut donc s'efforcer de détruire le germe microbien s'il a pu y être déposé. La désinfection complète de la plaie est souvent chose extrêmement difficile, et les soins antiseptiques les plus minutieux sont parfois impuissants contre ce vibrion septique logé profondément dans les interstices musculaires et celluleux. Les lavages les plus étendus ne parviendront pas toujours jusque dans ces anfractuosités. Telles les fractures de jambe compliquées de plaies à la face interne et dont le péroné est fracturé au milieu de masses musculaires et aponévrotiques très éloignées de la solution de continuité. Là le microbe anaérobie se développera à son aise. Aussi la pratique d'un certain nombre de chirurgiens en face des traumatismes de ce genre, et en présence de la possibilité de la septicémie gazeuse, est-elle d'aller créer des débridements considérables, de faire de larges contre-ouvertures, qui, d'une part, permettent la désinfection plus parfaite, et, de l'autre, mettent en contact avec l'air extérieur une plus grande partie des tissus infectés. Cette ligne de conduite, qui tend à conserver le membre, qui ne s'oppose point à la consolidation, qui permet même plus de surveillance, entrera peut-être un jour davantage encore dans la pratique au fur et à mesure que les conditions pathogéniques et les origines bactériologiques de l'affection qui nous occupe seront mieux connues.

A plus forte raison, l'occlusion parfaite de la plaie est-elle une méthode qui donne trop beau jeu au microbe anaérobie; que pourrait-on faire de mieux pour favoriser son développement?

Une fois la septicémie gazeuse déclarée, quel doit être le procédé de choix? Il est essentiellement variable. Pour mémoire, énumérons tous ceux qu'on a proposés : 1° les pansements et irrigations à l'alcool, à l'eau phéniquée, au chlorure de zinc; 2° les pulvérisations de liquides antisep-

tiques; 3° les scarifications au bistouri; 4° les larges incisions au bistouri, au thermocautère; 5° enfin, l'amputation. De tous ces traitements deux sont actuellement encore fréquemment employés, c'est, d'une part, les larges incisions, les débridements profonds au bistouri, d'autre part, l'amputation avec réunion ou sans réunion. C'est entre ces deux alternatives qu'il va falloir choisir, en se fondant sur des indications variées.

Il y a d'abord un grand compte à tenir de l'importance des lésions traumatiques du membre et des services qu'il pourra rendre si on parvient à le conserver. Un bon moignon est souvent préférable à une jambe ankylosée, déviée, impuissante et gênante.

Supposons, cependant, que la conservation du membre soit désirable, il faut se décider entre les incisions et l'amputation. Si on compulse les observations et les courbes thermiques, on ne tarde pas à reconnaître que, dans un nombre très respectable de cas, les incisions ont donné d'excellents résultats. Mais c'était toujours dans des septicémies gazeuses prises de bonne heure, affectant ce que l'on pourrait appeler la *forme moins grave*, avec des rémissions matinales dans la température très évidentes. On voit de quelle importance est cette statistique. C'est dire que le diagnostic des formes de cette affection, sur lequel nous avons si longuement insisté, *commandera* le diagnostic chirurgical. Du reste, que peut-on craindre, du moment qu'on surveillera avec sollicitude l'évolution ultérieure et que l'on sera toujours prêt à amputer?

Dans les cas contraires, dans la forme très grave, avec sa courbe de température sans rémission matinale, ou bien quand l'affection est déjà très étendue, que ses signes physiques progressent avec une grande rapidité, l'amputation doit être faite. Elle doit être donc le procédé choisi souvent, dès le début même de l'affection, sitôt que le diagnostic de la forme grave est porté, et cela sans tergiverser.

Où se fera cette amputation? La règle généralement observée est précise à cet égard : il faut amputer dans le segment supérieur du membre, et tout à fait en dehors de la zone d'envahissement, si cela est encore possible.

Alors se pose une question plus délicate : l'amputation faite avec toutes les règles et les soins habituels de l'antisepsie, doit-on réunir les lambeaux? Ne sera-ce pas encore faire de l'occlusion, et permettre au microbe anaérobie de se développer à son aise s'il en reste quelques ensemencements?

Sur ce point d'intervention, la thèse d'Ardillaux renferme d'utiles renseignements. Elle montre parallèlement deux essais de réunion. Tous deux ont conduit à faire une désunion ultérieure. Mais le premier des deux cas, après une sorte d'alerte qui a fait couper les fils, s'est terminé par un affrontement et une nouvelle suture au quatrième jour et réunion par première intention. Dans le second, au contraire, on a été contraint de faire la désunion au deuxième jour, puis, l'affection progressant, on a dû créer des débridements, des drainages, et la réunion n'a eu lieu que secondairement après suppuration du moignon. Il ressort de ces faits un double enseignement. C'est que, même lorsque l'intervention a eu lieu au début de l'affection (c'était le cas), tenter la réunion immédiate est au moins téméraire. Le second, c'est que cette réunion est cependant possible. Si bien que l'on pourrait dire, que le procédé de choix, dans une amputation pour septicémie gazeuse faite dans de bonnes conditions et pour des cas d'une malignité moyenne, est de passer les fils sans rapprocher les lèvres de la plaie, de panser le moignon antiseptiquement, de surveiller minutieusement l'état des parties et si, vers le troisième jour, aucun soupçon de septicémie gazeuse n'est survenu, d'affronter alors. La prudence aura dicté cette façon d'agir et le résultat opératoire sera aussi élégant que si la réunion avait été faite sur la table d'opération.

REVUE DE MÉDECINE MENTALE

Le problème de l'assistance des aliénés (1).

Par le docteur Édouard Toulouse,
Médecin-adjoint de l'asile Saint-Yon.

III

Patronage des aliénés. — Ainsi, par le système des placements familiaux, on débarrasse les asiles de beaucoup de malades qui souffrent de la discipline de ces maisons, ou qui encombrent les quartiers, en transformant ces établissements en des lieux de refuge. Mais beaucoup d'autres pensionnaires pourraient être, non pas envoyés chez des nourriciers, mais rendus à la vie commune. Or, dans l'état actuel des choses, il estimpossible de le faire, et l'on garde ainsi des malheureux dont la séquestration prolongée n'est pas légitime.

Voici quelle est leur situation. Ce sont des imbéciles, des alcooliques invétérés, des gens âgés non encore infirmes, des malades quelconques, qui sont entrés à l'asile à l'occasion d'un accès de folie plus ou moins intense. Guéris, ils demandent à rentrer dans leurs foyers. Or, personne ne veut se charger d'eux; leurs parents sont morts ou se soucient peu de s'embarrasser de leurs personnes. D'autre part, ils sont, quoique guéris de leurs troubles mentaux, dans un état d'affaiblissement moral ou physique qui exige une existence tranquille. Que faire? Leur accorder leur sortie? Mais une fois dehors, ils vont se trouver aux prises avec les plus dures nécessités. Sans appui, sans gîte, repoussés le plus souvent partout où ils se présenteront, parce qu'ils sortent d'une maison de fous, ils seront incapables de gagner leur vie. En peu de jours la faim, le désespoir et les excès alcooliques que ces mauvais conseillers soufflent à l'esprit des désespérés, les auront fait retomber à la charge de la société et quelquefois les reconduiront à l'asile plus malades qu'ils n'en sont sortis. L'expérience est malheureusement là pour prouver que ces appréhensions sont légitimes, parce qu'elles se sont trop souvent réalisées. Aussi, les médecins hésitent, dans bien des cas, à accorder leur sortie à ces malheureux abandonnés, qui grossissent la population des asiles, tout en souffrant d'un internement qui n'est plus justifié par leur état mental.

Il faut donc que l'on s'occupe de ces infortunés, au sortir de l'établissement d'où ils partent guéris, qu'on les protège contre la misère, qu'on leur trouve du travail, qu'on lutte pour eux contre les tristes préjugés qui les font repousser de tous, qu'on les soutienne enfin jusqu'à ce qu'ils aient recouvré leur énergie antérieure et qu'ils se soient réaccoutumés au labeur quotidien. C'est là le rôle des sociétés de patronage, qui existent pour les criminels libérés et qui ne se sont pas encore occupées des aliénés guéris.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 199.

Après une étude faite par le Conseil supérieur de l'Assistance publique, qui donna lieu à un remarquable rapport de M. le docteur Bourneville, l'Administration a fait, l'an dernier, une enquête dans chaque département, sur la nécessité de créer des sociétés de ce genre et la manière dont on pourrait les organiser. En outre, cette question a été soumise au récent Congrès des médecins aliénistes de la Rochelle et a donné lieu à un très substantiel rapport de M. le docteur Giraud (1), qui, aidé de M. le docteur Ladame, a exposé ce qui a été fait dans cette voie et les résultats qu'on doit chercher à obtenir.

Ce qui a été tenté peut être exposé en peu de mots : L'idée de ce patronage aurait d'abord été exprimée par un ancien interne de la Salpêtrière, le docteur Cazauvielh, qui réclamait, pour les aliénés sortis guéris des établissements hospitaliers, un peu de cette sollicitude philanthropique qu'on accorde si généreusement aux criminels libérés. A peu près à la même époque, M. le docteur Falret, aidé de l'abbé Christophe qui fut plus tard évêque de Soissons, fonda une Société de patronage pour les aliénées sortant de son service de la Salpêtrière. Cet exemple fut suivi par les docteurs Baillarger et Mitivié, qui organisèrent une nouvelle association de bienfaisance, ayant le même but et qui se confondit bientôt avec celle de M. Falret. De cette fusion sortit la première Société de patronage des aliénés qui fonctionna en France. Elle est aujourd'hui très prospère et s'adresse indifféremment aux hommes et aux femmes. Elle est autonome et s'administre elle-même. Les sociétaires, parmi lesquels des dames, visitent les protégés, leur distribuent des secours et s'informent auprès de leur entourage, de leur genre de vie. On s'occupe aussi de les placer et de leur procurer du travail. En outre, un asile-ouvroir pour les femmes a été fondé et reçoit, pendant quelque temps, les personnes secourues qui n'ont point de domicile, ou auxquelles on n'a pu encore retrouver un emploi. Des réunions hebdomadaires réunissent les protégés, auxquels on distribue un repas. Cette société, subventionnée par le ministre de l'Intérieur et par la charité privée, a eu, en 1889, des recettes s'élevant à près de 40 000 francs, qui ont été presque intégralement dépensés. Environ 100 femmes ont été reçues, au cours de cette même année, dans l'asile-ouvroir, et plus de 800 personnes secourues à domicile.

Quelques années après l'essai heureux de M. Falret, une autre société fut fondée à Strasbourg. Elle diffère de celle de Paris en ce qu'elle se confond presque avec l'administration de l'asile. Les membres de la commission de surveillance, le directeur, le médecin en chef, les aumôniers, le receveur et l'économe en constituent le comité. Les secours en argent et en nature sont distribués aux aliénés guéris, à leur sortie, par les soins du directeur et du médecin de l'asile.

Une autre association de bienfaisance, ayant le même but, a été créée à Nancy, en 1848. Elle devait secourir tous les infirmes physiques et moraux, les aliénés, les sourds-muets, les aveugles et les orphelins. C'est probablement parce qu'elle s'adressait à trop de misères, qu'elle n'a pu réussir. Enfin, dernièrement, une société de patronage, dont l'organisation est calquée sur celle de la société de Strasbourg, a été fondée auprès de l'asile de Bailleul, dans le département du Nord.

Des associations philanthropiques, ayant le même but, ont été créées un peu partout à l'étranger, et notamment en Suisse, en Allemagne, en Italie, en Belgique et en Autriche. Il ne m'est pas possible de donner ici une analyse des différentes organisations de ces sociétés. Elles se divisent, d'ailleurs, assez naturellement en deux groupes : les unes sont indépendantes et autonomes, comme celle de Paris; les autres sont plus ou moins intimement liées à l'administration de l'asile. Le premier système semblerait, d'après M. le docteur Giraud, mieux convenir aux grands centres, et le second aux milieux ruraux. Le patronage à la campagne peut s'exercer, en effet, plus facilement et presque sans intermédiaire, de l'asile à l'aliéné sorti.

Comme conclusion, on peut établir qu'il est nécessaire et possible que des sociétés de patronage s'organisent partout, et prennent en quelque sorte à leur charge, tout au moins morale, les aliénés guéris. Ces œuvres philanthropiques devront, pour avoir une utilité réelle, contenir à la fois des éléments officiels, qui leur amèneront l'aide des pouvoirs publics, et des éléments privés, dont l'influence est plus variée et plus féconde. C'est à chaque département à organiser la société selon les ressources et les conditions du milieu. Mais on doit désirer que les médecins des asiles aient un rôle, au moins consultatif, très étendu. Mieux que toute autre personne, ils connaissent les besoins des malades qu'ils font sortir, après guérison, des établissements publics.

Recueillant les anciens malades, les aidant matériellement à vivre durant les premiers jours de leur mise en liberté, les plaçant à l'atelier ou aux champs, les protégeant contre la suspicion du public, ces sociétés philanthropiques auront aussi le grand mérite de permettre aux médecins de vider peu à peu le trop plein de leurs établissements; et cela sans danger pour les malheureux rendus à la liberté. Et l'on ne verra plus, comme à Paris cela a lieu encore trop souvent, des aliénés guéris retomber malades dans la semaine qui suit leur sortie, ou encore arrêtés comme vagabonds, presque à la porte de Sainte-Anne.

IV

J'ai essayé de montrer, au cours de cet article, l'évolution des idées en matière d'assistance des aliénés. D'abord emprisonnés avec les malfaiteurs, puis jetés dans les quartiers les plus sales et les plus laids des hospices, ces malheureux, que jusque-là on n'avait considérés que comme des êtres dangereux, ont attiré la pitié des médecins et par eux des pouvoirs publics. Élevés à la dignité de malades, on a cherché à leur donner le bien-être matériel et les soins qu'ils méritaient. L'asile a été construit spécialement pour eux ; il assurait leur sécurité et aussi la sécurité de la foule. Mais cette seconde préoccupation, héritage d'une vieille défiance envers les fous, s'est trop manifestée dans l'organisation de ces établissements, qui sont des maisons de détention autant que de santé. Cependant, des idées plus justes et plus libérales sur les aliénés se faisaient jour, et elles amenèrent dans ce siècle des réformes importantes. Les chaînes ont été à jamais brisées ; les corsets et les camisoles de force tendent aujourd'hui à disparaître ; en certains pays, les asiles ressemblent à des établissements de villégiature ; ailleurs, les malades tranquilles sont envoyés dans des familles, qui les soignent. Ici et là on s'occupe des aliénés guéris, et, en facilitant leur sortie, on leur rend

(1) GIRAUD et LADAME. Des sociétés de patronage des aliénés, rapport au Congr. des médecins aliénistes de 1893, La Rochelle.

la liberté à laquelle ils ont droit. Toutes ces réformes, tentées un peu partout, indiquent que le mode d'assistance par l'asile n'est plus le seul auquel on doive toujours tendre. Certes, à l'essai on fera, en matière de réorganisation, le décompte de ce qui est pratique et de ce qui ne l'est pas, de ce qui est réellement un progrès et de ce qui n'en est que l'apparence. Il serait téméraire d'accepter un système avec l'idée arrêtée de le généraliser, comme il serait tout aussi aventureux de rejeter absolument l'asile et de ne plus vouloir des services qu'il peut encore rendre. Mais ce que l'on est autorisé à dire dès maintenant, c'est que nos établissements d'aliénés ne doivent plus être les seuls lieux de traitement pour les malades de l'esprit, et aussi qu'il est nécessaire d'assouplir leur organisation au souffle libéral de notre époque. Il faut d'abord les transformer en hôpitaux ouverts seulement aux délirants aigus ou dangereux, et pour cela les débarrasser de tous leurs éléments étrangers, de ces débiles de corps et d'esprit, de ces infirmes, de ces incurables inoffensifs que l'on peut, sans inconvénient, placer ailleurs, dans les familles par exemple. De la sorte, les médecins, moins surchargés, pourront s'occuper des malades restants, susceptibles de guérir. Ces derniers seront répartis dans des sections différentes, où la discipline variera avec l'état mental des pensionnaires qui les habiteront. Aux agités et à ceux qui menacent la sécurité publique, des quartiers sévèrement gardés ; aux autres, une liberté plus grande; aux convalescents, la sortie garantie par les sociétés de patronage. Que chacun, enfin, soit traité selon sa lucidité, le degré d'intégrité de ses facultés de raisonnement, la force et le caractère de ses impulsions morbides. Proportionner la rigueur de la séquestration et la douceur du mode d'assistance à l'intensité des troubles intellectuels et moraux, voilà la doctrine toute moderne, qui repose sur une conception plus rationnelle des formes variées et si différentes entre elles, de ce qu'on appelle de ce mot vague et indéfini : l'aliénation mentale. L'application n'en est pas très commode au point de vue administratif, et à cet égard, l'organisation actuelle, avec son asile uniforme pour tous, était l'idéal de la simplicité. Mais c'est contre cette simplicité même, injuste et ignorante, qu'il faut aujourd'hui lutter.

N. B. — Dans la première partie de mon article publié le 15 février courant, à la page 179 (deuxième colonne), j'établis qu'un peu plus du tiers des entrantes de l'asile Saint-Yon comprennent des démentes, des hystériques et épileptiques, des idiotes et imbéciles, c'est-à-dire des malades qui, la plupart, « pouvaient être assistées ailleurs que dans des maisons d'aliénés ».

J'avais basé mon calcul sur le chiffre des malades de ces diverses catégories entrées *par premier placement* à l'asile et comparé au nombre total des premières admissions. On peut obtenir la même proportion en opérant sur toutes les entrées, y compris les réintégrations et les transfèrements. Ainsi sur 231 admissions, on trouve 37 démentes, 26 épileptiques et hystériques et 17 idiotes et imbéciles, soit 80 malades pouvant *la plupart* bénéficier d'un autre système d'assistance, c'est-à-dire *un peu plus du tiers* des entrantes de l'année — ainsi que je le déclarais dans le corps de mon article. Mon affirmation était donc exacte. J'ajoute — ce que j'ai écrit à plusieurs reprises plus haut — que ce qui se passe dans cet asile a lieu dans tous les asiles de France et notamment dans ceux de la Seine. *Les médecins de ces établissements ne peuvent agir autrement* et ils ne sont nullement responsables de l'encombrement des asiles.

Le mal est dans l'insuffisance actuelle des autres moyens de secourir les individus à cerveaux invalides, et c'est contre lui que sont dirigés les efforts généreux des médecins aliénistes aidés par l'Administration, qui a compris de bonne heure l'évolution libérale de l'assistance des aliénés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 mars 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Traumatismes cérébraux. — M. Bousquet (de Clermont-Ferrand) communique les deux faits suivants :

Un homme de quarante ans reçoit sur la partie postérieure de la tête un bloc de pierre du poids de 10 kilogrammes et tombant d'une hauteur de 15 mètres. Cet homme tombe sur le coup, est pris d'une abondante épistaxis et est transporté à l'hôpital où M. Bousquet le voit quatre heures après l'accident. Il ne présente aucun trouble sérieux, il répond assez nettement aux questions qu'on lui fait. Il porte sur la partie postérieure et latérale gauche du crâne une vaste plaie contuse, au fond de laquelle on voit une notable quantité de substance cérébrale et d'où M. Bousquet retire deux grosses esquilles. Il fait le nettoyage de la plaie. Les deux esquilles se réunissent et appartenaient au pariétal gauche et à l'occipital. Il y a donc une vaste brèche osseuse. Après avoir régularisé, nettoyé la plaie cérébrale, M. Bousquet applique un pansement iodoformé. Cet homme a guéri sans avoir présenté de troubles graves.

Le second cas a trait à un enfant de trois ans et demi qui reçoit plusieurs briques sur la tête. Il perd connaissance et est pris de paralysie du côté gauche avec contracture du membre supérieur du même côté. Cet enfant présente des fractures multiples du crâne ; on retire des esquilles, on fait le nettoyage des plaies et de la dure-mère. Malgré tous ces soins, l'enfant perd dans son pansement une grande quantité de liquide céphalo-rachidien et succombe neuf jours après l'accident.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

M. Delorme fait une communication sur l'inutilité et les dangers habituels de la recherche des balles de revolver du commerce dans les pénétrations du cerveau. (Sera publié.)

M. Terrier, dans sa première communication, n'a voulu parler que des plaies faites par des balles du commerce. Il n'a pas voulu traiter les plaies résultant des projectiles de guerre, n'ayant, sur ce sujet, aucune compétence. Les questions de balistique ne le regardent pas. Il reste uniquement chirurgien. A ce titre, il se borne à demander si en présence d'une balle de petit calibre ayant pénétré dans le cerveau, on doit se contenter de rester en contemplation devant cette blessure, sous prétexte que la recherche de cette balle peut être dangereuse ou inutile. Sans doute, il y a des difficultés, mais il appartient au chirurgien, vraiment digne de ce nom, de les surmonter. M. Terrier est d'accord avec M. Delorme sur les difficultés et les dangers du cathétérisme en pareil cas ; il serait tenté de ne faire ce cathétérisme qu'avec des sondes molles. En tous cas, il ne faut pas se servir de sondes métalliques.

Quant à l'emploi de l'explorateur de Trouvé, il le condamne, non pas à cause du courant électrique, comme semble le croire M. Delorme, mais uniquement parce que c'est un instrument métallique.

En présence d'une plaie pénétrante du crâne, M. Terrier estime qu'il faut agrandir l'ouverture cranienne pour faciliter l'exploration et qu'il faut faire celle-ci avec toute la prudence désirable, mais qu'il faut la faire et extraire les esquilles et la balle, si on peut la trouver. Il n'admet pas qu'en l'an de grâce 1894, parce que des expériences faites sur le cadavre ont montré les difficultés de l'exploration et de la recherche des corps étrangers en pareil cas, on puisse dire au chirurgien : « Tu n'iras pas plus loin. »

M. GÉRARD MARCHANT rappelle la première communication, dans laquelle il concluait à la nécessité de la trépanation, en présence d'une plaie pénétrante du crâne. M. Berger ne fut pas de son avis et, à l'appui de son opinion, cita plusieurs cas de guérisons spontanées de ces plaies. Les faits cités par M. Berger sont évidemment consolants. Mais si l'on s'appuie sur eux pour ne jamais intervenir ne laissera-t-on pas mourir des blessés qu'on pourrait sauver ? C'est parce que M. G. Marchant a été témoin d'un certain nombre de faits dans lesquels des malades ont ainsi succombé, sans avoir subi aucune intervention, qu'il a adopté une conduite toute différente et qu'il se fait une loi d'intervenir préventivement.

En 1877, étant interne de Dolbeau, M. G. Marchant reçoit un malade qui venait de se tirer un coup de revolver dans la région temporale droite. Il présentait une hémiplégie brachiale avec une paralysie faciale du même côté. M. G. Marchant fait appeler le chirurgien de service au Bureau central qui ne fut pas d'avis d'intervenir. Le malade mourut quatre jours après. On trouva la balle dans la seconde circonvolution frontale.

Il vit un autre blessé dans les mêmes conditions. On n'intervint pas ; ce blessé tomba, quelques jours après, dans le coma et succomba.

Un procureur de la République, en province, reçoit une balle dans la tête que lui avait tiré un inculpé. Trélat est appelé auprès de lui. M. G. Marchant accompagnait Trélat. Le blessé ne présentant aucun trouble, Trélat ne fut pas d'avis d'intervenir. Le malade succombait quelque temps après à une méningo-encéphalite.

En souvenir de ces faits et en raison des succès qu'a souvent donnés l'intervention, M. G. Marchant estime que, pour intervenir, il ne faut pas attendre les accidents. Tant que le cerveau reste muet, dit M. Reclus, n'intervenons pas ; attendons-nous les accidents pour faire la laparotomie dans les plaies pénétrantes de l'abdomen ? M. G. Marchant se sépare donc complètement de MM. Berger et Reclus. Il n'attend pas les accidents pour faire la trépanation. Un seul fait le guide, c'est la pénétration. Du moment qu'il est certain qu'il y a eu pénétration, il trépane. Il se servira d'une sonde cannelée pour s'assurer de la pénétration et maniera cette sonde avec la plus extrême prudence. La trépanation lui permettra d'aller plus facilement à la recherche des esquilles et du projectile. A supposer que vous ne puissiez pas enlever toutes les esquilles, vous extrayez au moins celles qui sont à votre portée. D'ailleurs vous n'insisterez pas sur la recherche des fragments de la balle ou des autres corps étrangers. Si vous ne les trouvez pas de suite, cessez de les rechercher. Mais il y aura un grand nombre de cas dans lesquels vous arriverez assez facilement à les trouver et à les extraire, ce qui sera un grand bénéfice pour le blessé.

Lorsque M. G. Marchant a pris la parole la première fois sur cette question, il n'avait avec lui que M. Chauvel. Mais aujourd'hui il est soutenu par MM. Quénu et Terrier. Aussi maintient-il la conclusion qu'il avait formulée la première fois sur les avantages de la trépanation préventive dans les plaies pénétrantes du crâne.

La séance est levée.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

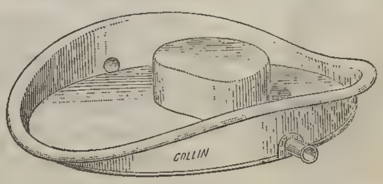
Pelvi-cuvette pour les lavages et les irrigations des plaies infectées, occupant la partie inférieure du tronc, la partie supérieure des cuisses.

Par M. le professeur A. PONCET.

Je donne le nom de « pelvi-cuvette » à un récipient de forme spéciale, qui est destiné à être placé sous le siège des malades et qui permet la désinfection facile soit des organes génitaux, soit des plaies occupant le tronc ou son voisinage.

Cet appareil, que j'ai présenté à la Société de chirurgie (séance du 7 février dernier) et à la Société de médecine de Lyon (séance du 26 février), a été construit par M. Collin, fabricant d'instruments de chirurgie. M. Collin a su, avec son habileté ordinaire, remplir les divers desiderata d'un appareil de ce genre. Il fallait, en effet, que la pelvi-cuvette fût par son poids, par ses dimensions, d'un maniement facile. Il était indispensable qu'elle pût être lavée et désinfectée aisément, sans être cependant altérée par les divers antiseptiques dont on fait journellement usage ; enfin elle devait, le malade étant commodément installé au-dessus d'elle, recueillir, sans rien perdre de sa stabilité, tous les liquides employés en plus ou moins grande abondance, et cela, bien entendu, sans que les linges du malade, sans que les pièces de literie fussent souillés.

Ces diverses indications sont remplies avec l'appareil dont nous donnons le dessin.



La pelvi-cuvette est en tôle émaillée. Le siège du malade doit reposer sur le support central qui présente une disposition et une surface telle que le malade peut rester étendu sur lui, pendant un temps plus ou moins long, sans se trouver dans une position pénible, difficile à garder. Les bords supérieur et inférieur de la cuvette sont, en outre, excavés de telle façon qu'à leur niveau la pression est nulle ou insignifiante. C'est ainsi que la région dorso-lombaire du sujet étendu porte à faux au niveau du bord supérieur de la cuvette, soit que le malade se trouve complètement horizontal, soit qu'un coussin ait été placé sous la tête et sous les épaules.

On a, dans ces dernières années, multiplié les formes de récipients, de cuvettes, destinés aux lavages, à la désinfection des plaies, ou pour telle ou telle région, et, dès 1882, j'ai publié sur cette question (1) un mémoire avec plusieurs planches.

A l'heure actuelle, je ne connais pas cependant, pour la désinfection des plaies de la partie inférieure du tronc et de la partie supérieure des cuisses, de pelvi-cuvette remplissant complètement toutes les conditions qui ont été réalisées par M. Collin avec l'instrument que je propose aujourd'hui.

Il me paraît inutile d'insister sur les services que peut rendre au lit du malade la pelvi-cuvette en question. Quel est le médecin, l'accoucheur, le chirurgien qui n'a pas, deux fois pour une, maugréé contre les récipients dont il dispo- sait, pour la toilette, pour des lavages des régions que j'ai

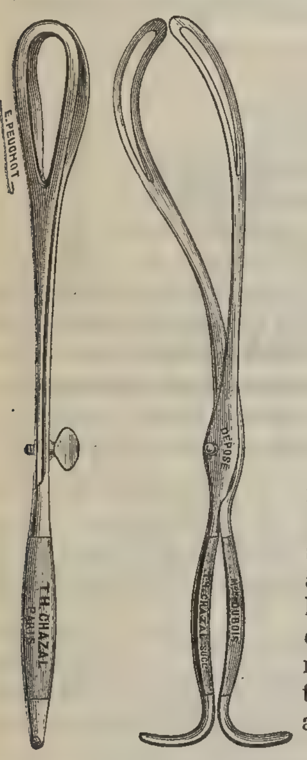
(1) A. PONCET. Nouveaux appareils pour les lavages et les irrigations des plaies, *Lyon méd.*, 1882.

précisément en vue? Je n'ignore pas qu'avec les salles d'opérations macadamisées ou cimentées que nous possédons aujourd'hui, on peut, sur des lits d'opérations également *ad hoc*, laver à grande eau et répandre des liquides antiseptiques ou autres, tout à son aise. Mais ce qui est faisable, à la rigueur, dans un hôpital, ne l'est pas à domicile; et puis, il est telles circonstances, et elles sont nombreuses, où des lavages constituent pour certaines plaies infectées : infiltration urineuse, phlegmon péri-anal, suppuration du pelvis, etc., le principal pansement qui doit être répété plusieurs fois dans les vingt-quatre heures, faudra-t-il chaque fois transporter le malade dans une salle d'opération, souvent éloignée? Ne sera-t-il pas à tous égards préférable de la désinfecter à son lit? La réponse paraît fort simple, mais à une condition, c'est que cette désinfection puisse être facilement obtenue dans la salle, c'est le desideratum que remplit précisément la pelvi-cuvette.

Je lui ai trouvé des avantages inappréciables après mes cystostomies sus-pubiennes pour accidents urinaires d'origine prostatique, alors que dans les deux à trois premières semaines après la création d'un urèthre contre nature les urines s'écoulent constamment au dehors.

Forceps du docteur Pénoyée.

M. le docteur Pénoyée vient de faire construire, par M. Chazal, un forceps dont chaque cuiller doit être appliquée au détroit supérieur, l'une devant le promontoire, l'autre derrière le pubis.



Les deux cuillers ont une courbure céphalique différente. Elles n'offrent pas de courbure sur le champ, la cuiller postérieure présente une courbure plus accusée que l'antérieure, qui lui permet de s'adapter à la concavité sacrée et de s'appliquer avec plus de facilité sur le pariétal postérieur.

La branche postérieure, déjà au-dessus de l'articulation, se courbe légèrement en arrière. Cette disposition ménage le périnée et permet de rapprocher les tractions de l'axe du détroit supérieur. La cuiller antérieure, à pivot, a une courbure céphalique moins accusée et sa branche, comme la branche postérieure, subit la même incurvation qui porte le manche en arrière.

Que l'occiput soit à droite ou à gauche, on applique la première, la branche postérieure à mortaise; puis la branche antérieure à pivot est appliquée, la seconde, et l'on articule.

L'application de ce forceps est des plus faciles, les cuillers étant moins épaisses que tout autre, il tient moins de place.

Grâce à sa courbure sacrée, il ne refoule pas la tête vers le pubis, et il doit à l'inclinaison des manches en arrière de pouvoir rapprocher les tractions de l'axe du détroit supérieur, tout en ménageant le périnée.

La tête une fois dans l'excavation sur le plancher du bassin, on opère la rotation et l'on dégage les bosses occipitales l'une après l'autre.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 5 mars 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Lasserre, Romane, Peschier, Garnier, Mochez, Lionnet, Bon, Redouté, Sallé, Triboulet, Joullié, Hervouët, Vaissade, Duprat, Brisson, Marot, Maupâte, Hézard, Decornet, Achalme, Villepraud, Callen, Luys, Frèche, Bula-Lafont, Guillemet, Revel, Semet, Villequey, Gauthier, Labrit, Giral, Le Guern, Heim, Bacri et Lagasquié.

— Par arrêté ministériel, en date du 5 mars 1894, un concours s'ouvrira le 5 novembre 1894, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Besançon.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux sont prévenus que les cours de médecine opératoire commenceront à Clamart, le lundi 2 avril 1894.

Les séries devant être reconstituées pour la médecine opératoire, MM. les élèves sont prévenus que leurs cartes seront reçues à l'amphithéâtre d'anatomie à partir du 10 mars.

Des conférences d'histologie pathologique continueront à être faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. DIGESTIONS DIFFICILES. DYSPEPSIE. | LIENTÉRIE. GASTRALGIE. GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES: **Pancréatine Defresne** : 2 à 4 cuillerettes. **Pilules digestives Defresne** : 2 à 4 pilules. **Élixir et Sirop.**

Détail : Ph^ie^, 2, rue des Lombards, Paris. DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

CRÉOSOTE SOLUBLE

VIZERN, pharmacien de 1re classe, Marseille.

Créosote de hêtre pure, rendue soluble à la faveur du savon médicinal. Nouvelle forme médicamenteuse rendant pratique l'emploi de la créosote en boissons et en lavements. Chaque cuillerée à soupe contient 1gr de créosote, la cuillerée à café en représente 0gr30cg. La dissolution dans l'eau ou la tisane est instantanée, quelle que soit la dose prescrite.

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.

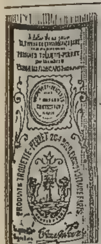
Entrepos. : E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

VÉRITABLES GRAINS de Santé du docteur FRANCK

(Formule du Codex N° 603) ALOÈS & GOMME-GUTTE

Le plus commode des PURGATIFS très imités et contrefaits. L'étiquette ci-jointe imprimée en 4 COULEURS sur des BOITES BLEUES est la Marque des véritables.

Dépôt, Ph^ie^ LEROY, 2, r. Daunou. ET TOUTES LES PHARMACIES



GOUTTES LIVONIENNES

de TROUETTE-PERRET

(Créosote, Goudron et Tolu)

LE REMÈDE LE PLUS PUISSANT contre les **Affections des voies respiratoires.**

4 capsules par jour aux repas.

E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels, Paris.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète**, **l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^ien^, 41, B^ard^ Haussmann, et t^tes^ ph^ies^.

THERMES DE DAX

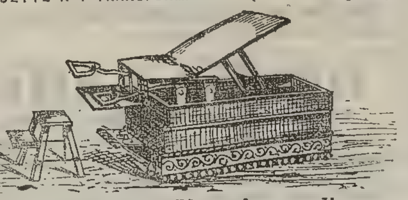
et Grand Hôtel des Thermes.—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, ex associé de la Maison du *Canapé-lit Leroux*, s'étant retiré, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G. **Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.**

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fab^t^ ces meubles bon marché (garantis).

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris. COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies^.

DIGESTIF CLIN

A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

M^on^ **CLIN et Cie**, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

HAMAMELINE ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA

Ph^ie^ LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS

HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

ÉLIXIR VIN SACCHARURE EUPEPTIQUE KOLA-MONAVON

Médica^t^ cardio-vasculaire, Tonique reconstituant, quintup. les forces, *Aliment d'épargne* contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

ELIXIR dosé à 1 gr. 20 Noix de Kola vraie par cuillerée à bouche.
SACCHARURE dosé à 1 gr. 20 à café.

PHARMACIE MONAVON, 10, RUE DE TRION, LYON, ET TOUTES PHARMACIES.

PILULES DE QUASSINE FREMINT

TONIQUES — DIGESTIVES — DIURÉTIQUES

Très efficaces contre **Dyspepsie atonique, Débilité générale, Inappétence, Vomissements, Constipation, Coliques hépatiques et néphrétiques, Hydropisie, Cystites, etc.**

Ces Pilules sont dosées à 0gr 02 de **Quassine amorphe.** — Doses : 1 à 3 avant chaque repas.

3 fr. le Flacon. 18, r. d'Assas, Paris & les Pharmacies

CAPSULES DE MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE MYRRHE)

TONIQUE, STIMULANT, BALSAMIQUE

Contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES DE MYRRHOLINE CRÉOSOTÉE

Contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

Préparées par **H. KUENEMANN**, pharmacien de première classe, lauréat des hôpitaux, **28, rue de Grammont, Paris.**

Envoi GRATIS ET FRANCO à MM. les Médecins qui en feront la demande pour expérimenter.

SOLUTION COIRRE

AU CHLORHYDRO-PHOSPHATE DE CHAUX

PHTISIE, ANÉMIE, RACHITISME, MALADIES DES OS, CACHEXIES, SCROFULES, INAPPÉTENCE, DYSPEPSIE, ÉTAT NERVEUX

DOSES : 1 cuill. à bouche chez les adultes ; 1 cuill. à café chez les enfants du 1er âge ; 2 cuill. à café de 6 à 12 ans, au moment des deux principaux repas, dans de l'eau sucrée ou coupée de vin. PRIX : 2 fr. 50 le flacon.

N° 31. — MARDI 13 MARS 1894. 67e ANNÉE. MARDI 13 MARS 1894. — N° 31.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE, 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 mars 1894.

Le ministre de l'Instruction publique vient d'adresser aux recteurs la circulaire suivante relative aux nouveaux règlements des études médicales qui doivent entrer en vigueur le 1er novembre 1895 (v. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 841, et 1894, p. 29):

Paris, le 9 mars 1894.

Monsieur le recteur, J'ai l'honneur de vous adresser les nouveaux règlements des études médicales, qui entreront en vigueur le 1er novembre 1895. J'y joins le décret qui a institué, corrélativement, dans les Facultés des sciences un certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, et l'arrêté qui détermine les programmes de l'examen dudit certificat.

La réforme, à laquelle le conseil supérieur a donné, après la majorité des Facultés, une pleine adhésion, réalise des idées depuis trop longtemps agitées dans l'enseignement supérieur pour qu'il soit nécessaire de la commenter ici; vous en trouverez d'ailleurs les raisons dans les deux rapports présentés au Conseil supérieur, au nom de ses commissions, par MM. les doyens de la Faculté de médecine et de la Faculté des sciences de Paris.

L'objet de la présente circulaire est d'appeler votre attention, celle des corps enseignants et surtout celle des familles, sur deux questions relatives à l'application de ces nouveaux règlements. Tout d'abord, la date d'application. Aux termes des décrets, le nouveau régime des études médicales doit commencer à fonctionner à partir de l'année scolaire 1895-1896, et l'enseignement préparatoire au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, exigible à partir du 1er novembre 1895, des aspirants au doctorat en médecine, doit être organisé, dans les Facultés des sciences et près les écoles de médecine de plein exercice et les écoles préparatoires de médecine réorganisées situées dans des villes dépourvues de Facultés des sciences, à partir du 1er novembre 1894.

Il en résulte que, pour l'année 1894-1895, les aspirants au doctorat en médecine seront admis à prendre leur première inscription à la date réglementaire en justifiant du baccalauréat ès lettres ou du baccalauréat de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie) et du baccalauréat ès sciences restreint pour la partie mathématique, et feront leurs études médicales sous le régime du décret de 1878.

Par suite, il sera ouvert pour ledit baccalauréat restreint des sessions d'examen en juillet et en novembre 1894.

Par là sera ménagée, dans la mesure la plus large, la transition entre les deux régimes. Mais il serait impossible d'aller plus loin. Les candidats au baccalauréat restreint qui n'auraient pas réussi, au plus tard, à la session de novembre 1894, devront suivre, à partir de cette date, l'année préparatoire des sciences physiques, chimiques et naturelles, et se pourvoir, s'ils veulent être admis à prendre plus tard inscription en vue du doctorat en médecine, du certificat d'études institué par le décret du 31 juillet 1893.

J'appelle maintenant l'attention toute particulière des familles sur un des effets qu'avec le Conseil supérieur de l'instruction publique j'attends de la nouvelle organisation.

Le nombre des étudiants en médecine s'est beaucoup accru en ces trois dernières années. J'ai la conviction que ce fait résulte en grande partie de la loi de 1892 sur l'exercice de la médecine, qui a supprimé l'officiat de santé, tout en permettant de prendre inscription en vue de l'officiat jusqu'au 1er décembre 1893, autrement je ne serais pas sans concevoir quelque alarme d'un accroissement disproportionné avec les besoins du pays : quoi qu'il en soit, l'accroissement constaté, et c'est là le point sur lequel je crois devoir insister, ne s'est pas produit partout dans les mêmes proportions. Très sensible dans les Facultés de Lyon, de Bordeaux et de Montpellier, il a été véritablement excessif à la Faculté de Paris. Il en résulte pour les étudiants de cette Faculté des inconvénients divers, sur lesquels mon attention vient d'être tout récemment appelée par le Conseil général des facultés de Paris. Si considérables, si variées que soient les ressources, elles sont fatalement insuffisantes pour les 5 000 étudiants de la Faculté.

Le nouveau régime d'études, en organisant, dans un assez grand nombre de départements, l'année d'études scientifiques préparatoires aux études médicales proprement dites, pourra, si les familles comprennent les vrais intérêts de leurs enfants, remédier en grande partie à ce fâcheux état de choses. Pourquoi, au sortir du collège, venir, par exemple, de la Côte-d'Or, du Calvados ou de la Loire-Inférieure, chercher à Paris cet enseignement préparatoire, quand on l'aura, donné dans d'excellentes conditions, par des maîtres d'élite, à Dijon, à Caen ou à Nantes? Et pourquoi, une fois achevée cette année préparatoire, ne pas faire aux mêmes lieux, dans des conditions plus avantageuses pour le travail et le progrès que dans des centres pléthoriques, quelques années d'études médicales? Il en résulterait, sans dommage pour personne, au profit de tous, une décentralisation indispensable. La loi, l'administration de l'instruction publique et les municipalités ont tout fait pour que les écoles de médecine répondissent à leur destination. Les familles ne le savent pas assez.

J'aurai à vous adresser prochainement, pour les Facultés des sciences, des instructions spéciales touchant le certificat d'études physiques, chimiques et naturelles. Elles seront l'objet d'une autre circulaire. J'ai voulu me borner aujourd'hui à des indications de nature à répondre aux préoccupations des familles.

Vous voudrez bien, outre les communications ordinaires, adresser la présente circulaire aux chefs des établissements d'enseignement secondaire de votre ressort et les prier d'en donner lecture dans les classes de rhétorique et de philosophie.

Recevez, Monsieur le recteur, l'assurance de ma considération très distinguée.

Le ministre de l'Instruction publique, des Beaux-Arts et des Cultes,
E. Spuller.

M. Catrin (du Val-de-Grâce) rapporte un cas de pyopneumothorax dans lequel la thoracentèse plusieurs fois répétée a produit un excellent résultat (Société médicale des hôpitaux, séance du 9 mars 1894). Le malade, qui était menacé d'asphyxie immédiate, a survécu pendant trois mois; il a fini par succomber, emporté par les progrès de sa tuberculose pulmonaire.

Dans des cas de cet ordre, il ne faut pas, en tout cas, comme le fait remarquer M. Rendu, pousser l'aspiration trop loin, de façon à ne pas rouvrir une fistule pleurobronchique incomplètement fermée.

M. Ferrand a vu des accidents cérébraux graves se produire chez un malade qui venait d'avoir les oreillons compliqués d'épididymite. Comme la fièvre n'était pas intense (38 degrés), que le malade était un marchand de vin, adonné aux excès alcooliques, M. Ferrand pensa qu'il devait s'agir non de ces accidents cérébraux graves que l'on a vus quelquefois survenir en même temps que l'orchite ourlienne, mais de manifestations d'alcoolisme. L'événement justifia ce diagnostic, car le malade qui était tombé dans l'état comateux, après avoir présenté un délire intense, guérit en quelques jours. On lui avait, comme traitement, donné de l'alcool, de l'opium et un peu de digitale. M. Laveran, qui connaît très bien l'histoire clinique des oreillons, insiste du reste sur ce fait que les accidents cérébraux, observés pendant l'orchite ourlienne, débutent en même temps que cette orchite, au moment même où la température atteint un degré élevé.

M. Albert Robin, très compétent, on le sait, en urologie, a étudié les urines des tuberculeux. D'après ses recherches, la polyurie n'est pas rare au début de la phtisie pulmonaire; plus tard, le volume de l'urine devient normal, plus tard encore, il y a diminution, oligurie.

La polyurie s'observe même avant qu'on puisse reconnaître l'existence des lésions locales : c'est un phénomène pré-tuberculeux. Elle résulterait de la réaction de l'organisme en présence de l'infection bacillaire. Elle serait un des premiers signes de cette réaction. Elle serait assez fréquente et se pourrait constater environ 20 fois sur 100. Elle s'accompagne souvent de phosphaturie ; suivant son évolution, on peut distinguer des formes permanentes ou transitoires. A une période plus avancée de la maladie, on constate ordinairement que les urines sont normales ; lorsque les lésions sont étendues, qu'il y a de la diarrhée, de la fièvre, des sueurs abondantes, il y a souvent oligurie. L'anurie est tout à fait exceptionnelle.

La polyurie du début peut être très accentuée ; elle peut atteindre et dépasser 10 litres. On la combattra par l'antipyrine, l'ergotine et l'acide gallique. Contre l'oligurie, le lait sera particulièrement indiqué.

Une polyurie de ce genre fait volontiers penser à la polyurie névropathique, plus particulièrement encore à la polyurie hystérique. Il n'y a rien d'étonnant, du reste, à ce que les bacilles de la tuberculose provoquent la production de toxines susceptibles de déterminer un état névropathique plus ou moins accentué, et sous l'influence de cet état, de la polyurie. Dans les mêmes conditions, on observe aussi d'autres accidents d'origine nerveuse, de la dyspepsie par exemple.

M. Albert Mathieu recommande vivement un nouveau mode de palpation de la région épigastrique et du foie. Voici en quoi il consiste :

Le malade étant dans le décubitus dorsal complet, les parois abdominales aussi relâchées que possible, le médecin s'asseoit près de lui sur le bord du lit, à la hauteur de la tête. Il palpe alors l'abdomen de bas en haut, avec l'extrémité digitale des deux mains rapprochées, cherchant ainsi en quelque sorte à sentir et à accrocher au passage les saillies qui peuvent se rencontrer sous la paroi abdominale.

Le palper se faisant avec la pulpe des doigts légèrement recourbés en crochet, on perçoit, avec une netteté beaucoup plus grande, les limites et la dureté des tumeurs épigastriques, le bord inférieur du foie et ses nodosités, la vésicule biliaire dilatée ou remplie de calculs. Les renseignements obtenus de cette façon sont beaucoup plus précis que ceux que fournit l'exploration faite par les procédés ordinaires.

A la Société de dermatologie (8 mars), M. Brocq a présenté un malade atteint d'une éruption médicamenteuse attribuable à l'antipyrine et non encore décrite. Il s'agit de larges taches arrondies qui, d'abord érythémateuses, ne tardent pas à devenir pigmentées, d'un bleu noirâtre. Elles durent ainsi pendant des mois, subissant des poussées à chaque prise d'antipyrine, mais persistant pendant très longtemps après que l'usage de cette poudre a été suspendu. Ce n'est pas la première fois que M. Brocq rencontre ces taches pigmentées, et chez ce dernier malade, il a pu faire le diagnostic d'emblée.

M. Wickham montre de son côté une malade du service de M. Fournier qui avait, sous l'influence de l'antipyrine, une éruption simulant complètement la roséole syphilitique. Dans un autre cas de MM. Fournier et Besnier, l'aspect de l'éruption était tout à fait celui de la rougeole. Quelle singulière chose que la variété de ces éruptions médicamenteuses chez des individus différents !

M. du Castel montre un malade qu'il croit atteint de tuberculose de la langue à forme de gomme profonde. Il base son diagnostic sur l'existence d'une ulcération linguale, et d'une infiltration du voile du palais avec un semis de petits points jaunes qui lui semblent être des tubercules. Quant à la masse interstitielle, son aspect est tout à fait celui d'une gomme syphilitique.

Ce diagnostic des lésions linguales est toujours d'une extrême difficulté. M. Thibierge ayant, il y a quelque temps,

fait faire l'examen histologique, par biopsie, de cette même langue, on a conclu à l'épithélioma! Dans les faits de ce genre, le traitement antisyphilitique est souvent sans action, de telle sorte que, dans le cas particulier, la recherche des bacilles tuberculeux s'impose : si on les rencontre, le diagnostic de M. du Castel se trouvera confirmé.

M. Gastou présente un malade atteint d'un panaris du doigt d'apparence banale; en réalité, il s'agit d'un chancre mou du doigt par auto-inoculation. Ces panaris chancreux ne sont pas extrêmement rares; M. Balzer qui les rencontre quelquefois au Midi les traite par le mélange suivant :

Chlorure de zinc	1 gramme.
Oxyde de zinc	10 grammes.
Eau	Q. S.

L'eau est en quantité suffisante pour que le mélange prenne une consistance pâteuse. L'ulcération digitale est recouverte de cette pâte et enveloppée d'un appareil fixe, résistant, qu'on n'enlève que plusieurs jours plus tard; les résultats de ce traitement seraient excellents.

M. Brocq fait voir, au nom de M. Niclot, médecin militaire, un dragon atteint d'une pelade remarquable parce que les aires dépouillées de leurs cheveux ont un aspect lissé, poli, cicatriciel. Il ne faudrait pas en conclure, d'après M. Besnier, à l'impossibilité de la repousse des cheveux. Dans ces conditions, il ne faut pas désespérer trop tôt de la guérison et conclure *a priori* à la disparition des bulbes pileux.

Un malade de M. Terson, syphilitique depuis seulement quelques mois, a la vision et le globe de l'œil lui-même fortement compromis par des gommes qui, développées au niveau du corps ciliaire, viennent faire saillie au dehors à travers la sclérotique. Il a, en même temps, une gomme de la jambe, au niveau du tibia : c'est un exemple rare et curieux de syphilis maligne précoce, à localisation oculaire prédominante.

Signalons seulement les autres communications faites à la même séance :

Xanthomes énormes, de la forme juvénile, chez deux frères, par M. Thibierge;

Nævi multiples de la langue et de la cavité buccale, par M. Mendel;

Syphilis héréditaire avec destruction du nez, par le même;

Dermatite exfoliatrice (?) généralisée par M. Wickham;

Morphée d'aspect vitiligineux constituée par deux plaques symétriques au-devant des clavicules, par MM. Hallopeau et Brodier;

Énorme épithélioma végétant greffé sur un lupus de la face, par M. Hallopeau;

Syphilides tertiaires symétriques des bras, par M. Julien.

On voit que les séances continuent à être bien remplies dans cette active société.

DE L'INUTILITÉ ET DES DANGERS HABITUELS

DE LA RECHERCHE DES BALLES DE REVOLVER DU COMMERCE DANS LES PÉNÉTRATIONS DU CERVEAU

Par M. le professeur Delorme (du Val-de-Grâce).

J'avais, de quelques expériences, tiré des conclusions qui me paraissaient rigoureuses sur l'inutilité et les dangers d'une exploration profonde dans les plaies pénétrantes de l'encéphale par balles de revolver. Quelques points de ma communication ayant été l'objet d'observations et de critiques de la part de notre collègue M. Terrier, je saisis l'occasion nouvelle qui m'est offerte de revenir sur le même sujet, et de préciser quelques données nouvelles, liées directement ou indirectement à la question en discussion.

Tout d'abord, dans sa communication, M. Terrier juge le trépan inapplicable aux traumatismes de guerre; il appuie son assertion de l'autorité d'Otis et de celle des chirurgiens allemands de la guerre de 1870-1871. Pour lui, la gravité exceptionnelle des traumatismes de guerre contre-indique cette intervention.

Cependant, les balles actuelles, malgré leur grande force vive, peuvent très bien déterminer des plaies pénétrantes qui réclament des excisions craniennes; enfin, des lésions craniennes peuvent encore imposer ces opérations. Mais, je me contente de cette simple réserve, de cette seule remarque, ne voulant pas détourner l'attention du sujet actuellement discuté.

Notre collègue s'étonne que, dans ma communication et mes expériences, j'aie tenu à séparer aussi nettement les effets produits par les balles de revolver du commerce ou de poche, de ceux que déterminent les projectiles des revolvers d'ordonnance. Cette distinction était absolument essentielle à établir et c'est pour l'avoir bien senti que j'ai reconnu la nécessité de recourir à des expériences avec les balles de revolver du commerce.

Il est impossible, en effet, de confondre des projectiles si différents, les uns d'un type toujours le même dans chaque pays au moins, d'un poids relativement élevé, souvent cuirassés, lancés par une charge de poudre assez grande, explosible, qui leur imprime une vitesse initiale élevée (200 mètres pour notre revolver, soit près du tiers de la vitesse des fusils actuels); et les autres, de calibre variable, de poids bien plus faible, de plomb mou, lancés par des charges de poudre également faibles. Les qualités balistiques de ces projectiles qui, comme l'on sait, dépendent surtout de leur poids et de leur vitesse, ne pouvaient donc être assimilées. Si, pour les revolvers du commerce, nous possédions des tables de vitesse, il serait facile d'établir les différences du coefficient balistique, pour me servir de l'expression consacrée, mais ces tables manquent; force est donc de recourir à l'expérience pour apprécier les différences d'effets des deux variétés de projectiles. La démonstration n'en sera que plus frappante.

J'ai tiré à sept pas, dans cette planche de bois blanc (peuplier) de 18 millimètres d'épaisseur, quatre balles du revolver qui m'avait déjà servi. Une seule a traversé cette planche; les autres se sont arrêtées au milieu de l'épaisseur de la planche à 8, 9 millimètres. Quatre balles du revolver d'ordonnance français ont traversé cinq planches de sapin superposées de 10 centimètres d'épaisseur totale et trois ont fait une forte impression sur la sixième.

A un pas, j'avais sur le crâne d'un homme de quarante ans, très robuste, tiré trois balles du revolver de poche utilisé; une seule s'était encastrée dans un des rebords orbitaires sans le perforer; les deux autres s'étaient aplaties sur le frontal. Une balle du revolver d'ordonnance, à sept pas, atteint le frontal du même crâne obliquement, s'y creuse une longue perforation oblique, soulève un volet triangulaire d'os de 8 centimètres de longueur, de 4 de large, fêle ce crâne à la base du volet et après avoir traversé le cerveau, s'arrête contre le point symétrique du crâne.

A sept pas, la balle du même revolver de poche s'aplatit

contre un fémur du même cadavre sans produire autre chose qu'un contact. A la même distance, une balle du revolver d'ordonnance produit une fracture des plus comminutives avec subdivision des deux esquilles latérales longues de 12 centimètres et production d'esquilles libres, petites et très nombreuses; en somme, elle a déterminé une fracture analogue à celle que ferait la balle du fusil Lebel à une distance moyenne (1).

Ces expériences sont, je pense, suffisantes pour démontrer les grandes différences des deux projectiles.

Ici, je crois devoir placer une remarque. Dans les observations de traumatisme par balle de revolver qu'on a publiées, on tient trop compte du calibre du projectile. C'est le poids et la vitesse de la balle qu'il serait, au contraire, essentiel de déterminer, car c'est d'eux que dépend la quantité de mouvement du projectile. La longueur de ce dernier est encore utile à fournir; à égalité de vitesse, de poids et avec des formes similaires, la force de pénétration d'une balle étant surtout liée à cette longueur (unité de poids par unité de section).

M. Terrier m'a reproché de m'être servi, dans mes explorations, d'instruments métalliques au lieu d'instruments flexibles, de sondes de gomme. Avec ces dernières, d'après lui, les fausses routes sont moins faciles et moins dangereuses.

Il me permettra de lui faire observer, que déjà le fait, à bien des points de vue intéressant, qu'il a communiqué vient précisément à l'encontre de son assertion. Chez son blessé qui avait subi une perforation des deux lobes frontaux près de leur surface, notre collègue sonde la plaie avec une bougie uréthrale et à peine a-t-il dépassé les limites de l'orifice d'entrée cranien qu'il la dirige obliquement et profondément vers la base du cerveau.

Si, sur des cadavres à cerveau consistant, on explore avec une bougie molle à bout olivaire et surtout avec une bougie à boule un long trajet parcouru par une balle de revolver du commerce, on constate que cet explorateur expose, comme les autres, aux fausses routes, qu'il peut en créer de spéciales lorsque, l'extrémité terminale de la sonde butant contre une cloison dure-mérienne ou la paroi opposée du crâne, on continue à exercer une pression sur son extrémité manuelle. Cette extrémité se recourbe alors. Le corps même de la bougie peut subir, dans les mêmes conditions, de longues courbures qui agrandissent le diamètre du trajet parcouru par le projectile. Et il n'est pas nécessaire que le cathétérisme soit brutal pour qu'on observe ces déviations. Enfin, pas plus que l'instrument métallique, la sonde de gomme ne fournit de renseignements sur les balles déviées ou les esquilles projetées. La partie du trajet que peut suivre un explorateur étant directe, il me semble indifférent qu'on emploie un explorateur mou antiseptisé ou un instrument métallique flambé. L'essentiel, pour moi, serait qu'il fût conduit bien délicatement, retenu plutôt que poussé, qu'il s'engageât, pour ainsi dire, de lui-même et peu profondément. J'ai dit à une distance de quelques centimètres pour préciser et pour éviter que, dans une plaie latérale, on ouvrît et l'on pût infecter un ventricule latéral.

L'appareil Trouvé a paru dangereux. Il ne peut qu'être inoffensif si le courant a le faible degré d'intensité habituel. On peut en faire l'expérience en faisant marcher l'appareil et en plaçant ses aiguilles au contact d'une balle. Ni la pulpe des doigts mouillés, ni la langue ne reçoit d'impression. Il en serait sans doute de même pour le cerveau.

Aujourd'hui, d'ailleurs, après le rappel des belles expériences de MM. Delbet et Dagron sur la déviation habituelle des balles qui atteignent la paroi opposée du crâne et que ma conviction est bien faite sur l'inutilité et les dangers d'une exploration profonde, je n'aurai plus recours à cet appareil pour mes recherches. Quand, en effet, dans un trajet court, les seuls dont je crois le cathétérisme permis, l'explorateur rencontre un corps dur, qu'importe de savoir si ce corps est constitué par la balle ou une esquille : il est à enlever.

M. Terrier est un partisan si déclaré de la trépanation dans les plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver, qu'il va jusqu'à conseiller de trépaner — c'est du moins le sens de ses paroles — quand on a la certitude que la balle a pénétré dans l'intérieur du cerveau, car, pour lui, les accidents qui ressortent de la présence de ce projectile sont toujours pressants. Que si, après avoir ouvert la boîte cranienne, on ne trouve pas ce que l'on cherche, la trépanation sera exploratrice au même titre et sans plus de dangers qu'une laparotomie exploratrice faite pour un traumatisme de l'abdomen. Notre collègue me permettra de ne pas partager son opinion ; il m'excusera de lui dire que si ses conseils étaient suivis, nous en arriverions bientôt à un abus réel et regrettable du trépan. J'estime que, dans les pénétrations du crâne par les balles de revolver, les tentatives de recherches des corps étrangers n'ont que rarement besoin d'être précédées de l'ouverture d'une large brèche cranienne pour fournir les renseignements qu'elles sont appelées à nous donner. L'orifice d'entrée de la perforation est bien suffisant pour permettre le passage d'un instrument explorateur et ce n'est pas la découverte d'une surface plus ou moins étendue du cerveau qui renseignera d'une façon plus précise sur la direction du trajet, qui diminuera le danger des fausses routes, qui guidera la sonde dans le trajet anguleux d'un projectile réfléchi, qui permettra de découvrir des esquilles projetées ou qui, au contraire, nous fera tomber plus vite et plus sûrement sur un projectile ou des esquilles cachées dans un cul-de-sac peu profond. Ou l'exploration de l'orifice cranien pur et simple est suffisante, et c'est après l'avoir pratiquée qu'il faut avoir recours, si son utilité s'impose, au trépan curatif, ou elle est suffisante et le trépan explorateur sera lui-même inutile. Or, comme cette exploration est le plus souvent insuffisante, pour les trajets profonds, le trépan qu'on voudrait lui substituer serait abusivement employé.

L'analogie entre une laparotomie exploratrice et une trépanation exploratrice est éminemment trompeuse. Tandis que la première opération met à découvert des organes à parenchyme consistant, qu'on peut sonder sans faire de fausses routes, ou des cavités à parois résistantes qu'on déplace, qu'on palpe, qu'on examine à volonté et avec plus de sécurité, par une grande que par une petite ouverture, la brèche cranienne faite, on ne découvre qu'une surface cérébrale peu étendue et le trépan explorateur est d'un bien faible secours pour l'examen d'un trajet plus ou moins profond.

Pour notre collègue, la septicité de la balle de revolver est la condition qui milite le plus puissamment en faveur de son ablation. Il ne pense pas, comme M. Berger, que le projectile soit aseptique. Des expériences faites jusqu'ici en vue d'établir le degré de septicité d'une balle, par Messner

(1) Ces pièces ont été présentées à la Société de chirurgie.

(de Wiesbaden), par Habart et Lagarde, ont donné des résultats contradictoires. Pour le premier de ces auteurs, des balles, même stérilisées, tirées dans des boîtes de gélatine peptonisée, donnent naissance à des colonies microbiennes, peu nombreuses il est vrai, et l'infection franche n'a lieu que quand la balle traverse des flanelles infectées avant d'atteindre la boîte de gélatine. Il semble ressortir de ces expériences que la balle pourrait se charger de microbes au contact de l'arme ou de l'air. Pour Habart, les balles tirées directement sur des boîtes de gélatine sont stériles; elles ne donnent lieu à des cultures que si elles traversent des vêtements ou des tissus infectés. Enfin Lagarde conclut d'expériences analogues que la plupart des blessures par coup de feu sont aseptiques.

Des expériences que nous avons entreprises avec M. le professeur Laveran en vue de cette communication, et dont je me contente, pour le moment, de fournir les résultats, il résulte :

Que les balles de revolvers extraites des boîtes qui les renferment et non tirées sont tantôt septiques, tantôt aseptiques; que tirées presque à bout portant dans des manchons d'ouate, tassée, aseptique, elles sont le plus souvent septiques mais qu'elles peuvent être aseptiques; que l'action du gaz de la poudre ne détruit pas la septicité d'une balle infectée par culture.

Mais, qu'en accordant à cette septicité primitive de la balle (c'est-à-dire déjà acquise avant le tir), à celle qui peut résulter de son contact avec la coiffure, avec la peau et les cheveux; en accordant à cette septicité une valeur qui n'est pas toujours en concordance avec les constatations cliniques, lesquelles montrent des guérisons si fréquentes sans intervention; en faisant bon marché, d'un autre côté, des conditions bien connues de tolérance des petites balles; en oubliant les si remarquables expériences de Flourens qui, sans précautions spéciales, introduit des balles dans le cerveau d'animaux sans produire de troubles fonctionnels ni d'abcès, si ce n'est quand la balle est grosse ou qu'il y en a plusieurs; sans tenir compte de ces données, on revient forcément à ce point qui, à mon sens, domine toute la question, à savoir que les inconvénients, les dangers et surtout les incertitudes, les difficultés de la recherche d'une balle profondément engagée forcent le chirurgien à ne pas en tenter l'ablation, quelque désirable que celle-ci puisse être quand elle est profonde. Non seulement l'incertitude des recherches est affirmée et par les expériences intéressantes de MM. Delbet et Dagron qui en ont trouvé l'explication dans les déviations si fréquentes du projectile et par les miennes, mais elles sont affirmées aussi, comme il fallait s'y attendre, par les faits cliniques. Faut-il rappeler que, dans plusieurs cas de Verneuil et de Trélat, un médecin enfonce une sonde à 10 centimètres et plus sans rien découvrir, que Parisse en pousse une à 16 centimètres avec le même insuccès, que Folet bute contre la faux du cerveau, que Berra s'arrête contre la sphénoïde? Faut-il faire appel au fait de Bodet qui enfonce une sonde à 6 centimètres sans rien trouver, à celui de Lebourdelles, etc.? Dans un autre ordre de cas, M. Peyrot, guidé par un signe local, trépane au point opposé du crâne, sans trouver le balle; M. Cerné (de Rouen) suit la même conduite et ne peut la saisir.

A quoi servirait de multiplier ces exemples? Il est plus intéressant de faire remarquer qu'on compterait *par unités* les observations de blessés chez lesquels une balle de revolver profondément engagée a pu être décelée par une sonde, et, pourtant, on sait l'abus qu'on a fait et qu'on fait encore de ces recherches! Je n'ai pu trouver un cas de recherches fructueuses dans les thèses récentes et riches d'observations de Le Doze, de Dèche, d'Esprit, de Cordes et dans les dix derniers tomes de la *Revue des sciences médicales* de Hayem.

Mais, à supposer qu'on ait découvert la balle septique, au point de vue de l'infection de la plaie, le semis de cheveux qui tapisse les longs trajets dont l'orifice d'entrée ne répond pas au front, ce semis qui adhère à la pulpe cérébrale, les débris de coiffure entraînés sont bien plus nocifs que la balle, et leur détachement et leur désinfection sont presque impossibles. Enfin les foyers esquilleux qu'on ne peut atteindre quand le trajet est profond peuvent, eux aussi, être rendus septiques par le contact de ces cheveux.

Chercher et extraire la balle septique dans un long trajet est donc une pratique insuffisante au point de vue de l'antisepsie complète et rigoureuse de la plaie. Et, si la recherche de ce projectile avec un instrument aseptique est sans danger, au point de vue de l'infection de cette plaie, elle n'en reste pas moins, d'une façon générale, dangereuse au point de vue mécanique.

L'antisepsie des foyers superficiels ou peu profonds me semble donc seule possible et avantageuse. Elle pourra être, sans grands inconvénients, suivie d'une tentative des plus prudentes d'extraction de la balle et des esquilles non ou peu projetées.

Je voudrais encore présenter une remarque au sujet de l'emploi du trépan dans les perforations craniennes par les balles. J'ai pendant cinq ans dirigé des exercices opératoires et j'ai été frappé de la fréquence relative avec laquelle la couronne éraille les méninges et le cerveau, quand elle est maniée par des mains peu exercées, lesquelles pourtant sont appelées à pratiquer cette chirurgie d'urgence. Dans les fractures avec dépression d'esquilles, plus ou moins libres, provenant de la table interne, la couronne peut les propulser et augmenter l'étendue et la profondeur de la contusion cérébrale. Aussi, me fondant sur cette observation, je conseille de remplacer, chaque fois qu'on le peut, le trépan par la pince-gouge à laquelle une voie est ici tout ouverte par la perforation cranienne.

Cet instrument est de marche plus rapide, plus facile, et surtout plus sûre, que le trépan, dont je réserve l'emploi pour le cas où le crâne n'a pas subi de solution de continuité ou ne présente qu'une brèche insuffisante.

A ces remarques j'ajoute l'exposé des recherches bactériologiques de M. le professeur Laveran.

Les balles de revolver sont-elles aseptiques ou non au moment de leur pénétration dans les tissus?

(Note de M. Laveran, professeur au Val-de-Grâce.)

Première expérience. — Le 1er mars 1894. Sept balles de revolver de moyen calibre sont tirées dans un paquet d'ouate stérilisée. Le paquet est ensuite défait, les balles sont recherchées, isolées avec des pinces flambées, chaque balle est ensuite placée dans un tube renfermant du bouillon peptonisé.

Le 3 mars le bouillon s'est fortement troublé dans cinq tubes sur sept (1); il est resté limpide dans deux tubes. Le

(1) Cultures impures. On y trouve des microcoques et des bacilles. Le bacillus subtilis domine.

7 mars le bouillon est encore limpide dans ces deux derniers tubes. On peut donc admettre que, sur les 7 balles, deux seulement étaient aseptiques.

Quatre balles qui n'avaient pas été tirées et qui ont été placées dans du bouillon peptonisé, comme les balles tirées, ont toutes donné lieu à des cultures déjà abondantes au bout de 24 heures.

Deuxième expérience. — Quatre balles de révolver de moyen calibre sont souillées le 4 mars 1894 avec une culture de B. pyocyaneus; à cet effet, je plonge un fil de platine stérilisé dans la culture et je barbouille l'extrémité conique de chaque balle avec le fil de platine ainsi chargé; cela est d'autant plus facile qu'il existe à la surface de la culture du B. pyocyaneus une pellicule qui adhère au fil de platine et dont il est facile de déposer des débris à la surface des balles. Je laisse sécher 24 heures.

Le 5 mars, les balles souillées le 4 sont tirées dans un paquet d'ouate stérilisée; chaque balle est ensuite extraite de l'ouate avec des pinces stérilisées et placée dans un tube renfermant du bouillon peptonisé.

Le 7 mars sur les quatre tubes qui ont reçu chacun une des balles, trois renferment des cultures tout à fait caractéristiques de B. pyocyaneus. Le bouillon s'est légèrement troublé dans le quatrième tube, mais il n'y a pas encore de réactions caractéristiques du B. pyocyaneus.

Il résulte de ces expériences que les balles de revolver sont rarement stérilisées à leur sortie de l'arme et que ces balles peuvent transporter des microbes pathogènes.

REVUE DE LA PRESSE

Chloroma. — M. le docteur Gustave Long résume ainsi une étude du chloroma, publiée dans les « Archives de médecine » :

« Le chloroma, sarcome périostique métastasiant, remarquable par sa coloration verte toute spéciale, propre surtout à l'enfance et à l'âge adulte, mérite certainement, sinon peut-être par ses caractères cliniques, pronostiques, thérapeutiques, qui n'ont rien de bien spécial, du moins par ses caractères étiologiques, morphologiques, anatomo-pathologiques (microscopiques et microchimiques surtout) tout particuliers, une place bien distincte et toute spéciale dans le cadre des dyscrasies néoplasiques en général et plus particulièrement des dyscrasies sarcomateuses; et, à ce titre, cette affection méritait vraiment qu'on y consacrât ces quelques lignes, ne fût-ce que pour éclairer ceux à qui l'occasion pourra être donnée un jour d'en observer de nouveaux cas et contribuer ainsi à en faire connaître la nature intime et, par là même, les moyens de la combattre, but final vers lequel doivent tendre tous nos efforts. »

Traitement de la tuberculose. — M. le docteur Chaumier, président de l'Œuvre des enfants tuberculeux de Touraine, signale tout le coteau de la rive droite de la Loire, dans les environs de Tours, comme une situation exceptionnelle pour un sanatorium. Le coteau de Saint-Cyr, de Saint-Symphorien, de Sainte-Radegonde, de Rochecorbon, de Vouvray, est merveilleux pour faire, toute l'année, la cure d'air.

Tænias. — M. le docteur Giard rapporte, dans la « Gazette médicale de Picardie », l'observation d'un ouvrier, âgé de quarante-sept ans, qui a rendu en une fois cinq tænias, mesurant ensemble 30 mètres environ. Rien dans l'alimentation ou la boisson de ce malade n'a pu dévoiler la cause de la présence de ces parasites. Cette évacuation eut lieu après l'absorption à jeun et 24 heures de diète, de 94 grammes d'écorce de racine de grenadier, aussi fraîches que possible, en décoction dans un demi-litre d'eau, réduit à un verre par l'ébullition.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'assemblée générale de l'association Gallet-Lagoguey a eu lieu hier dimanche dans le grand amphithéâtre de la Faculté.

Cette société, fondée par le regretté Lagoguey il y a huit ans, compte aujourd'hui plus de 300 adhérents. Son avoir, au 31 décembre 1893, était de 106 905 fr. 25. Elle a payé, dans l'année qui vient de s'écouler, 985 jours de maladie, soit 9 850 francs.

Le succès de cette association paraît donc aujourd'hui bien définitivement acquis.

— Par décret, en date du 8 mars 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Badour, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins principaux de l'armée active retraités Vincent, Liénard, Eichinger et Boncour.

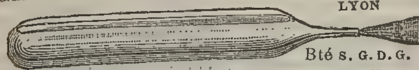
Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Bucquoy, Taquoy, Thomas, Hintzy, Desprez, Ramonet et Lelorrain.

— Le carnet à souches du service des épidémies est mis actuellement en distribution à Paris, par les soins de la Préfecture de police.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR
Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.
PRÉPARÉ PAR
GILLIARD, P. MONNET & CARTIER
LYON



Bté S. G. D. G.
(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle.)
Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.
DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES
Prix : 9 fr. *la boîte de 10 tubes.*

ANTIPYRINE DU Dr KNORR
Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de 50 et 100gr.
Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.
Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline,
31, rue des Petites-Écuries, Paris

BENZONAPHTOL FRAUDIN
Antiseptique granulé, Saveur douce
CACHET DE GARANTIE

Valérianate PIERLOT

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT, GUBLER, TROUSSEAU
le **Valérianate d'Ammoniaque Pierlot** est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.
Le **Valérianate de Pierlot** doit être pris par cuillerée à café, matin et soir, dans un peu d'eau sucrée.
Une instruction accompagne chaque flacon.
Prescrire le VÉRITABLE VALÉRIANATE PIERLOT, de la Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés St-Jacques, PARIS.

BROMIDIA

Chaque cuillerée à café contient :

Bromure de potassium. . . .	āā 1 gramme.
Chloral pur.	
Extrait de Chanvre indien. .	1 centigramme.
Extrait de Jusquiame	

DOSE. — *Une demi-cuillerée à café ou une cuillerée à café entière* JUSQU'À SOMMEIL, dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée.

LE BROMIDIA

est l'hypnotique par excellence. Il procure un sommeil réparateur et convient admirablement dans l'insomnie, le nevrosisme, les convulsions, les névralgies. Il réussit dans les cas où l'opium échoue. Dans les fièvres accompagnées de délire, il est souverain. Contrairement à ce qui a lieu pour l'opium, il ne supprime pas les sécrétions.

BATTLE & Co., St-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE **BROMIDIA** seront envoyés franco sur demande aux Médecins.

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET SES COLONIES :
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

PRIX AU PUBLIC : 5 FRANCS

AVEC LE
Sirop de Chloral de Freyssinge,
le goût du médicament est à peine appréciable et l'on en obtient tous les bons effets. — Ce sirop contient 1 gr. de Chloral chimiquement pur par cuillerée à soupe. Le flacon 2 fr.
105, rue de Rennes, Paris et les pharmacies.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites et les Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
SIROP CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX
au goudron et monosulfure de sodium inaltérable
Phtisie, Bronchites chroniques, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.
Paris, 21, rue Vieille-du-Temple, et phies.

RHUMATISMES. GUÉRISON
par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

KOLA ROY
Donne la force aux débilités.
2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
Th. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

CARBONATE DE CRÉOSOTE "HEYDEN" *(Créosotal)*

CACHET DE GARANTIE
CONTIENT 92 % DE CRÉOSOTE DE HÊTRE PURE ET 8 % D'ACIDE CARBONIQUE.
De 2 à 3 Cuillerées à Café par Jour.
CHEZ TOUS LES PHARMACIENS

ÉLIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine
PEPTONE CATILLON
en **POUDRE**, produit *supérieur, pur, inaltérable, représentant* **10** *fois son poids de viande assimilable.*
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.
Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
2 à 4 cuillerées par jour dans un grog ou du lait sucré.
Lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum.

CAPSULES HEYDEN au CARBONATE de CRÉOSOTE
à 50 centigrammes. 6 à 8 Capsules par jour. **TUBERCULOSE.** 3, Rue Sévigné, 3, PARIS

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.
Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.
Le vin de Saint Raphaël est un vin fort agréable à boire.
DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies. — Vente en gros chez tous les droguistes.

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.
GRANULES DE BAUMÉ
(Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.)
Phie FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

FER QUEVENNE Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0,05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

VIN DE PEPTONE CATILLON
30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les FORCES, l'APPÉTIT, les DIGESTIONS
Très utile à tous les débilités : enfants, convalescents, maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, etc.
Eviter les imitations plus ou moins actives.
EXIGER NOTRE MARQUE. — Paris, 3, Boulevd St-Martin et Phies.
MÉDAILLE EXPOSIT. UNIVERS. 1878 1889

N° 32. — JEUDI 15 MARS 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 15 MARS 1894. — N° 32

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'épidémie de fièvre typhoïde suit son cours. Un fait intéressant a été signalé à l'Académie par M. Bucquoy. En même temps qu'éclatait, à Paris, l'épidémie actuelle, les médecins de Sens constataient, dans cette ville, un nombre insolite de fièvres typhoïdes. Or, Sens, comme certains quartiers de Paris, est alimentée par l'eau de la Vanne. Celle-ci semble donc bien devoir être incriminée. Malheureusement jusqu'ici, ainsi que l'a justement fait observer M. Dujardin-Beaumetz, on n'a raisonné et discuté que sur des hypothèses. L'eau de la Vanne contient-elle le bacille d'Eberth? Les quartiers les plus atteints dans Paris sont-ils précisément ceux qui sont alimentés par l'eau de la Vanne? Quel est le foyer primitif, le foyer d'origine de l'épidémie? Faut-il lui attribuer d'autres causes? Faut-il faire jouer un rôle quelconque à la constitution médicale? Ce sont là autant de questions qu'aura à résoudre l'enquête à laquelle se livre en ce moment le conseil d'hygiène. Attendons donc les résultats de cette enquête.

Voilà bien longtemps que les conseils d'hygiène, les académies, les sociétés médicales de toute sorte signalent aux populations les dangers des appareils de chauffage donnant lieu au dégagement d'oxyde de carbone. Les voix si autorisées de MM. Moissan et Gautier seront-elles mieux écoutées? La nouvelle campagne entreprise par l'Académie contre les dangers des intoxications lentes par l'oxyde de carbone arrivera-t-elle à un résultat? Nous n'osons guère l'espérer en voyant la persévérance avec laquelle le public continue à chauffer ses appartements avec les poêles mobiles et ses voitures avec des chaufferettes à briquettes, malgré tous les avertissements qu'on lui donne. La communication que M. Moissan vient de faire sur ce sujet est pourtant bien démonstrative. Il a fait des analyses de gaz provenant de la combustion de poêles mobiles et il a constaté jusqu'à 16 p. 100 d'oxyde de carbone dans les produits de cette combustion. Pour M. Moissan le poêle mobile constitue l'idéal du moyen de production de l'oxyde de carbone.

M. Dujardin-Beaumetz a fait une intéressante communication sur l'hygiène alimentaire qu'il convient d'appliquer chez les sujets ayant subi une opération sur les voies biliaires, en particulier chez ceux auxquels on a fait une fistule biliaire intestinale. Mieux placé que personne pour connaître à fond cette question, notre éminent confrère a donné, à ce sujet, d'excellents conseils. Pour M. Dujardin-Beaumetz, tout malade atteint d'un ictère par rétention qui a résisté aux médications rationnelles doit être opéré et, à ce propos, il a rendu hommage aux progrès de la chirurgie. Cet éloge, assez rare dans la bouche d'un médecin, est bon à retenir.

M. Péan a présenté un malade qui était atteint d'une tuberculose très étendue de l'articulation scapulo-humérale. Il semblait qu'il n'y eût plus qu'à pratiquer la désarticulation. Le malade s'y étant refusé, M. Péan fit la résection et remplaça l'extrémité supérieure de l'humérus par un appareil construit par M. Michaels sur les indications formulées par Glück. Le résultat obtenu est des plus encourageants. Nous donnons plus loin l'intéressante communication de M. Péan.

L'Académie a élu M. Duclaux membre associé libre, puis elle s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Perier sur les titres des candidats dans la section de pathologie chirurgicale. Voici la liste de classement : en première ligne, M. Nicaise; en deuxième ligne, M. Terrillon; en troisième ligne, M. Championnière; en quatrième ligne, M. Reclus; en cinquième ligne, M. Delens; en sixième ligne, M. Monod.

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. PÉAN.

Des moyens prothétiques destinés à obtenir la réparation de parties osseuses.

Dans ces dernières années, les chirurgiens se sont efforcés de trouver des moyens prothétiques destinés à obtenir la réparation et la cicatrisation des parties dures de l'organisme, par des moyens dont l'ingéniosité n'est pas contestable. Il suffit de voir avec quelle facilité on peut maintenir des extrémités osseuses réséquées ou fracturées à la suite de causes accidentelles ou chirurgicales, pour voir tout le parti que l'on peut tirer d'agents extérieurs tels que plaques et vis d'aluminium appliquées de chaque côté des os, de fils d'argent tordus passés à travers leur lame compacte et leur

diploë. On trouvera des exemples semblables dans notre pratique en lisant les volumes de clinique dans lesquels sont publiées les observations des malades que nous avons traités à l'hôpital Saint-Louis. Comme Ollier et quelques-uns de ses collègues de Lyon, nous sommes parvenus à remplacer le squelette osseux du nez par des plaques minces et fenêtrées de platine, et le résultat a été satisfaisant chez plusieurs malades dont le dos du nez n'aurait pu être soutenu par d'autres moyens, comme l'indique l'observation suivante :

Un ouvrier-mécanicien, âgé de trente-cinq ans, atteint de nécrose syphilitique des os du nez, avait été opéré une première fois par nous en juin 1892; à l'aide d'un lambeau doublé de périoste, pris sur le front et rabattu sur le dos du nez, nous avions réussi à reconstituer cet organe et à lui rendre sa forme normale. De nouveaux accidents syphilitiques du squelette de la région firent perdre en grande partie le bénéfice que le malade avait retiré de cette opération. En avril 1893 il vint nous consulter à nouveau à l'hôpital International, où nous l'opérâmes en présence de

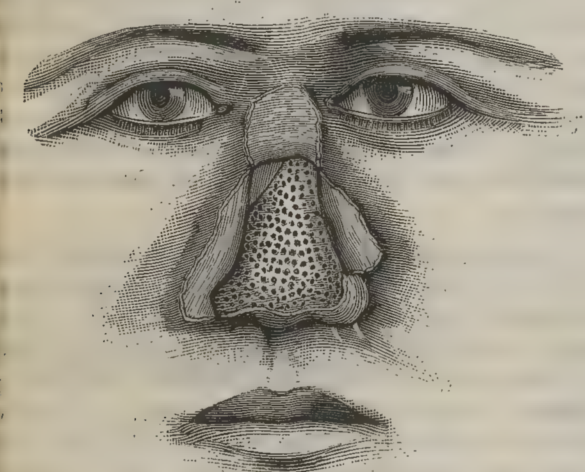


Fig. 1.

M. Ollier (de Lyon), qui nous avait fait ce jour-là l'honneur d'assister à nos opérations. Après avoir disséqué avec soin les téguments du dos du nez qui provenaient du lambeau pris sur le front lors de notre première intervention, nous plaçâmes au-dessous d'eux une plaque en platine fenêtrée au-dessus de laquelle les téguments furent suturés. La réunion eut lieu par première intention et le malade nous quittait quelques jours après complètement guéri (fig. 1).

D'autres fois, à la suite de pertes de substances osseuses, nous avons pu, au moyen de plaques métalliques analogues, empêcher la peau de se souder avec les organes sous-jacents, en se déprimant d'une façon irrémédiable, ce résultat est important dans les régions visibles comme la face, surtout chez les enfants et les jeunes femmes. En pareil cas, ce petit squelette artificiel peut être enlevé après un certain temps s'il n'est pas toléré, lorsque la perte de substance a été comblée par le bourgeonnement des parties sous-jacentes, comme on le voit par l'exemple suivant :

Une fillette de quatre ans, affectée de carie tuberculeuse de l'os malaire et de la moitié inférieure de l'orbite, nous avait été adressée il y a un an par le docteur Bernheim, au moment où la peau était presque détruite par un vaste foyer purulent. Après avoir mis à nu ce foyer par une incision semi-elliptique, faite au niveau du pourtour osseux de l'orbite, et enlevé par grattage les parois fongueuses de ce foyer, nous constatâmes que le squelette était détruit sur une profondeur de cinq à dix centimètres. Toutes les parties malades furent enlevées à l'emporte-pièce; il en résulta une de ces pertes de substance dont tous les chirurgiens connaissent le danger parce qu'elles entraînent l'affaissement et la soudure de la peau aux parois profondes de l'excavation anormale, et en outre, dans la région où avait

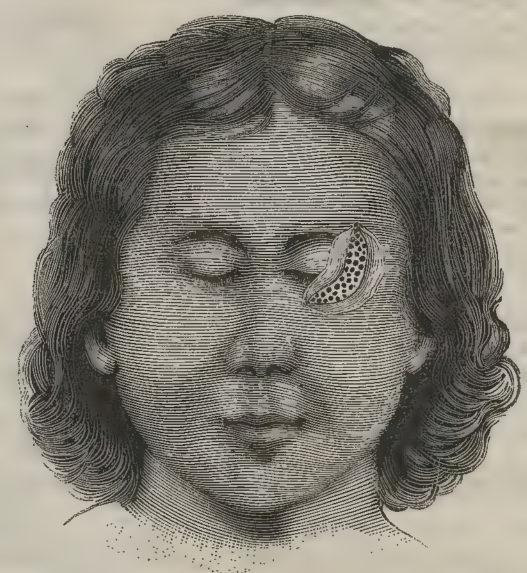


Fig. 2.

porté notre intervention, un ectropion difficile à guérir. Pour prévenir cet enfoncement et ces adhérences profondes de la peau, nous plaçâmes au-dessous d'elle une lamelle d'aluminium fenêtrée à la surface de laquelle nous réunîmes la peau. Quelques semaines plus tard, un petit abcès déterminé par la présence de cette lamelle s'étant formé, nous en profitâmes pour nous convaincre que la perte de substance osseuse s'était complètement comblée, et pour retirer la petite pièce prothétique. Du même coup l'ectropion avait été évité et le corps étranger avait été retiré (fig. 2).

Nous ne parlerons que pour mémoire de la prothèse des maxillaires et principalement du maxillaire inférieur qui donne de si beaux résultats dans les fractures et les pertes de substance de cet os. Nous voulons surtout insister aujourd'hui sur la valeur d'appareils prothétiques plus compliqués, vantés par Glück il y a quelques années, valeur à tort ou à raison niée par la plupart des chirurgiens, qui ont déclaré qu'il ne serait guère possible de tirer parti de ces appareils au cours des résections étendues du squelette des membres.

Il y a un an, chez un malade qui nous fut conduit presque mourant à l'hôpital International, pour une tuberculose de l'humérus propagée à l'articulation de l'épaule, compliquée de vastes abcès sous-musculaires et de désordres tellement graves que nous crûmes qu'il n'y avait plus d'autre ressource que de désarticuler, nous nous trouvâmes embarrassé en présence du refus formel qu'il nous opposait. L'étendue du mal était telle que l'articulation et l'humérus semblaient pris en totalité; une résection aussi étendue ne semblait pas devoir donner dans la suite des résultats satisfaisants au point de vue fonctionnel. C'est alors que nous pensâmes à la prothèse. Pour bien mesurer l'étendue des désordres et pouvoir enlever toutes les parties malades, tout en ménageant les parties saines, nous fîmes à la partie antérieure du bras une incision verticale partant à un travers de doigt en dedans de l'acromion et descen-

dant verticalement jusqu'à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur du bras, en passant par les fistules et le trajet d'une incision faite précédemment pour ouvrir un abcès. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et pénètre dans l'interstice musculaire qui sépare le deltoïde du biceps et met à nu la face antérieure de l'os et de l'articulation scapulo-humérale, en donnant issue à une quantité considérable de pus fétide et grumeleux.

Les vaisseaux étant pincés et les lèvres de la plaie rétractées, le périoste est incisé avec la rugine sur toute la hauteur de l'os malade, depuis l'articulation jusqu'à la

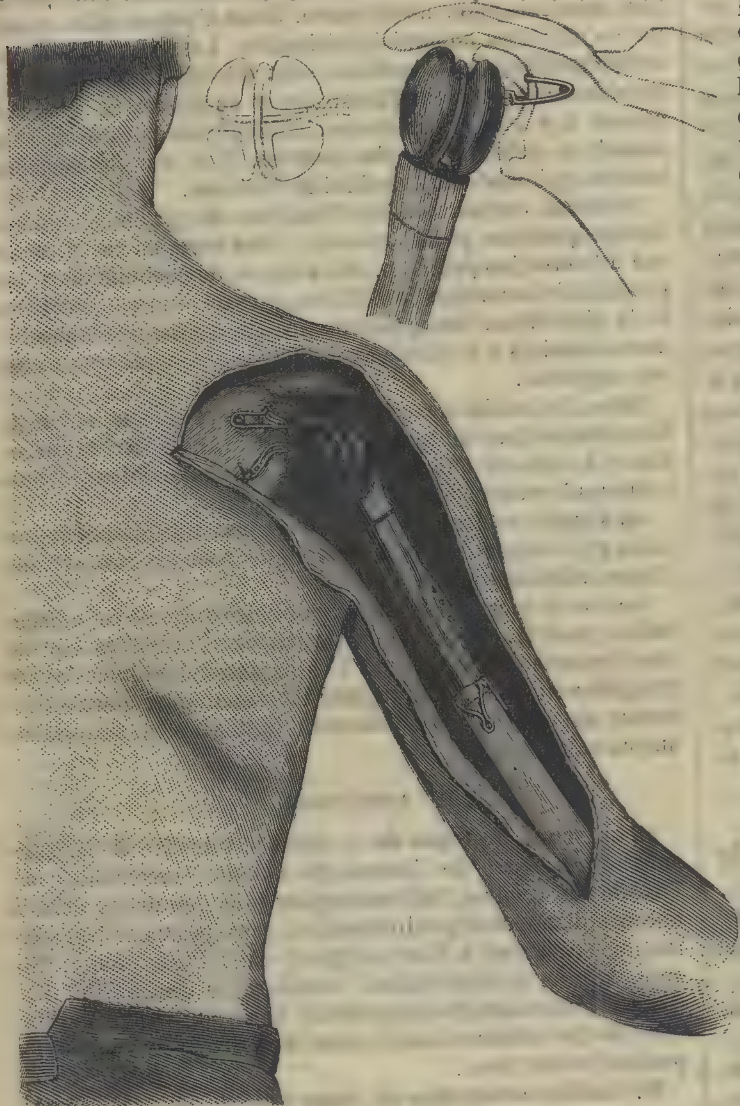


FIG. 3 et 4.

partie moyenne de l'os. L'ouverture de la capsule montre que l'articulation est remplie de pus, que la tête de l'humérus est hypertrophiée, détruite par places, que la synoviale est tapissée de fongosités épaisses qui s'étendent jusqu'à la cavité glénoïde. Celle-ci est peu altérée, sauf en quelques points où son cartilage d'encroûtement est légèrement raréfié. Autour de l'articulation et du périoste de l'extrémité supérieure de l'humérus, de nombreux foyers de suppuration sous-musculaire sont tapissés également de fongosités luxuriantes. Toutes ces fongosités sont enlevées par grattage avec des curettes à bords tranchants, puis nous pratiquons l'ablation de l'extrémité supérieure de l'humérus à l'aide de nos pinces emporte-pièces, et voyant que le tissu osseux est infiltré de tubercules jaunâtres et ramollis, nous poursuivons cette ablation de haut en bas jusqu'à ce que nous rencontrions des parties saines. La moitié supérieure de l'humérus a ainsi disparu. La synoviale est réséquée, il ne reste plus de l'ancienne articulation que la cavité glénoïde, la capsule fibreuse et le périoste en forme de manchon dans tous les points où il n'a pas été détruit.

Bien que la perte de substance fût assez vaste pour que l'on pût explorer largement la plupart des foyers de suppuration, une incision dut être faite à la face postérieure de l'articulation pour évacuer le pus et gratter les parois d'un abcès qui se prolongeait sous la face profonde du deltoïde et du grand dorsal, vers l'épine de l'omoplate.

Les résections du squelette avaient été trop importantes pour que la cicatrisation de la plaie et les fonctions du membre n'en fussent pas compromises. Nous nous décidâmes alors à employer un appareil construit sur les indications formulées par Glück; nous priâmes d'abord M. Mathieu, notre habile fabricant, de construire une articulation énarthrodiale artificielle à l'extrémité d'une tige assez longue pour combler la perte de substance de l'humérus, tandis que la portion articulaire devait être réunie à la cavité glénoïde par un mécanisme permettant tous les mouvements. Il se contenta de nous présenter l'un des appareils de Glück. Cet appareil était trop faible, construit en ivoire, substance trop facilement résorbable, et avait une articulation peu mobile. Nous priâmes alors le docteur Michaëls, qui avait été assez habile pour construire l'appareil ingénieux destiné à remplacer les trois maxillaires chez une malade que nous avons présentée à l'Académie, le 14 janvier 1890, de vouloir bien s'occuper avec nous d'un appareil prothétique formé de substances inaltérables et capable de laisser à l'articulation artificielle tous ses mouvements (fig. 3 et 4). Cet appareil, dont nous présentons aujourd'hui un modèle à l'Académie, a été construit par lui avec une rapidité et une facilité dignes d'éloges. Dans la construction de cet appareil, dont la figure est ci-jointe, le caoutchouc durci et le platine iridié sont les seules substances dont on se soit servi. Et pour rendre le caoutchouc inaltérable au contact des liquides de l'organisme, les pièces qui en sont formées ont bouilli pendant vingt-quatre heures dans la paraffine. Lorsque l'appareil prothétique eût été fixé assez solidement pour qu'on fût assuré de sa stabilité, le périoste et la capsule articulaire furent fixés autour de l'appareil. Des points de suture au catgut enfermèrent l'humérus dans cette sorte d'étui périostique. La plaie fut fermée ensuite à l'aide d'anses séparées de crins de Florence. Un tube de caoutchouc en anse fut placé en arrière pour assurer l'écoulement des liquides par la partie déclive. Un pansement iodoformé, ouaté, légèrement compressif, maintint l'immobilisation du bras et de l'épaule.

Il était à craindre qu'un appareil aussi compliqué ne fût mal toléré par des tissus qui avaient été eux-mêmes le siège de désordres graves, et qu'il ne devînt le point de départ d'une phlegmasie aiguë qui se serait surajoutée à la phlegmasie chronique qui avait mis les jours de notre malade en danger. Il n'en fut rien. Non seulement au bout de quelques jours il était soulagé, mais la fièvre tombait, l'appétit renaissait en même temps que les forces, il se levait et pouvait aller et venir dans les salles, douze jours après avoir été opéré, et, au vingtième jour, il allait passer la journée dans sa famille aux environs de Paris. Enfin, depuis cette époque, il a gagné 35 livres de poids, et sa santé eût été irréprochable si elle n'avait été troublée à plusieurs reprises par le retour d'un petit foyer purulent qui se forme toujours à la même place, au-dessus de l'épicondyle. Nous avons dû ouvrir ce petit abcès à quatre reprises différentes, ce qui suffit pour obtenir l'accolement de ses parois en quelques jours, mais, malgré tous les soins

que nous avons pris, et les injections successivement tentées : eau phéniquée, sublimé, chloral, eau oxygénée, permanganate de potasse, naphtol camphré, etc., nous n'avons pu tarir complètement la fistule.

Telle est l'observation que nous vous soumettons.

Est-elle de nature à faire croire, comme l'a dit Glück, que les corps étrangers aussi volumineux que ceux dont nous nous sommes servi peuvent suppléer d'une façon définitive à des pertes de substance aussi considérables du squelette ? Nous serions autorisé à répondre par l'affirmative, après avoir vu le résultat vraiment surprenant obtenu chez ce malade, s'il n'y avait pas chez lui de temps en temps la formation d'un petit abcès, se reproduisant encore douze mois après l'opération. Il est vrai qu'à ce point de vue on ne peut accuser exclusivement l'appareil, puisque nous voyons journellement, à la suite de simples évidements osseux, faits chez des tuberculeux, de petits abcès, des fistules se produire, attestant que la manifestation locale de la diathèse n'est pas complètement éteinte. Tout au moins est-il remarquable de voir que, quelques semaines après son opération, le malade avait retrouvé la santé, que les anciens foyers avaient disparu, qu'il avait récupéré des mouvements dans son articulation, qu'il pouvait se servir de son membre pour la plupart des usages habituels de la vie. A ceux qui considèrent qu'en pareil cas, il aurait été préférable de faire la désarticulation immédiate de l'épaule, au moment où le malade s'est présenté à nous, nous répondrons d'abord, qu'il s'y est entièrement opposé ; que son état de faiblesse à cette époque était tel qu'il aurait peut-être succombé à une opération aussi sérieuse que l'amputation du membre entier. En second lieu, que des résections aussi étendues que celles que nous avons pratiquées n'auraient pas été suivies de guérison et qu'elles n'auraient pas permis au malade de se servir de son membre. Enfin, que si la désarticulation devait être pratiquée, il serait toujours temps et avec bien moins de danger aujourd'hui de recourir à une pareille mutilation.

Concluons donc de l'observation qui précède que :

1° Il est possible de remplacer une portion importante du squelette et même une articulation énartrodiale ;

2° Que ces appareils, pour être bien tolérés, doivent être non seulement aseptiques, mais encore construits avec des substances non résorbables ;

3° Qu'ils sont tolérés par l'organisme lorsque l'on prend les précautions voulues ;

4° Qu'ils permettent de suppléer à l'ablation immédiate du membre, lorsque les malades refusent ce mode d'intervention ;

5° Qu'ils ont l'avantage sur les grandes résections ordinaires d'empêcher le tassement immédiat des parties molles ;

6° Enfin, qu'ils peuvent être pourvus d'un mécanisme permettant aux articulations de conserver leurs mouvements.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 mars 1894. — Présidence de M. Rochard.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre dans la section des associés libres.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 80, majorité 41, M. Duclaux obtient 43 suffrages, M. Blache 16, M. Commenge 8, M. Corlieu 7, M. Galezowski 5, M. Bertillon 1.

En conséquence, M. Duclaux est proclamé élu.

COMMUNICATIONS

Des dangers des intoxications lentes par l'oxyde de carbone. — M. Moissan, à propos de la récente discussion sur les dangers du chauffage des voitures par des briquettes, fait observer que le danger résultant de la production d'oxyde de carbone est beaucoup plus étendu, plus large, plus général qu'on ne le pense. Il est d'autant plus grand qu'il s'agit d'un ennemi insaisissable. Les causes d'intoxication par l'oxyde de carbone sont très nombreuses. Indépendamment du gaz d'éclairage et de beaucoup d'autres causes, il y a les appareils de chauffage, les calorifères à air chaud, et surtout les poêles mobiles. C'est sur ces derniers surtout qu'insiste aujourd'hui M. Moissan.

Il cite un certain nombre d'analyses de gaz de la combustion de quelques poêles mobiles. Dans certains cas M. Moissan a trouvé jusqu'à 16 p. 100 d'oxyde de carbone dans les produits de la combustion. Il démontre de plus que, par suite de la disposition des appareils, les gaz se trouvent absolument refroidis à la sortie du poêle, de façon que tout tirage est supprimé.

Enfin, la densité de ce mélange gazeux si riche en oxyde de carbone étant un peu supérieure, grâce à l'acide carbonique, à celle de l'air, on s'explique que ce mélange tende toujours à rentrer dans les appartements.

On s'explique aussi ces empoisonnements à distance produits par les gaz provenant de poêles mobiles placés à des étages inférieurs d'une maison.

Les cas de mort ont été assez nombreux pour être indiscutables, mais M. Moissan appelle surtout l'attention sur les cas d'empoisonnement lent. L'intoxication lente par l'oxyde de carbone devient aujourd'hui extrêmement générale. L'orateur appelle tout spécialement l'attention de l'Académie sur ce sujet.

DISCUSSION

M. Gautier, à propos de ce que vient de dire M. Moissan sur la fréquence de l'intoxication lente, insensible, par l'oxyde de carbone, fait remarquer que depuis un certain nombre d'années la production de forces (pour des transformations diverses) a lieu en grand dans Paris même. Elle suppose une consommation considérable de houille, d'où résulte forcément un dégagement non moins considérable d'oxyde de carbone dans la zone avoisinant ces centres de production de force.

M. Gautier a entrepris de doser l'oxyde de carbone qui, dans ces conditions, se trouve mélangé à l'air, et par une méthode qu'il fera connaître ultérieurement, il est arrivé à pouvoir déceler un dix-millième d'oxyde de carbone.

M. Bergeron rappelle que l'Académie s'est déjà prononcée sur les dangers des poêles mobiles, mais avec une certaine réserve. Après les communications de MM. Moissan et Gautier, elle ne pourra que confirmer ses premiers vœux.

M. Javal dit que l'intoxication lente par l'oxyde de carbone n'est pas seule à examiner au point de vue de l'hygiène des habitants des villes. Du fait de la conservation des eaux de source dans des réservoirs en zinc placés dans les habitations ou de leur distribution par des conduites de plomb, un empoisonnement lent peut se produire chez ceux qui consomment ces eaux.

M. Le Roy de Méricourt dit que tous les progrès réalisés de notre temps ont entraîné quelques inconvénients, parfois même des dangers. Ce n'est pas une raison pour être trop sévère en matière de prescriptions hygiéniques. Pour

les briquettes de chauffage des voitures, en particulier, il ne conteste pas leurs dangers, mais elles représentent un moyen pratique, économique, de chauffage des voitures; si on ne l'avait plus on aurait alors les dangers autrement grands des refroidissements.

M. MOISSAN répond à M. Le Roy de Méricourt que la Commission d'hygiène n'a jamais proposé de bannir le chauffage des voitures par les briquettes. Elle a demandé simplement — et cette modification est à la fois simple et peu coûteuse — que les produits de la combustion de ces briquettes s'échappent au dehors du véhicule et non au dedans. Quand les compagnies auront réalisé cette transformation, personne ne sera plus intoxiqué et on aura les pieds chauds.

Des opérations sur les voies biliaires. Du traitement et du régime qui convient aux opérés. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait une communication sur ce sujet.

Chez tout individu porteur d'ictère par rétention, lorsque tous les efforts de la médecine auront échoué, il est indispensable d'intervenir chirurgicalement. Je ne discuterai pas le mode d'intervention; je suppose le malade guéri. Dans quelles conditions se trouve-t-il au point de vue de la nutrition?

Trois points sont à considérer : l'infection biliaire, les troubles hépatiques et enfin les modifications apportées au fonctionnement de la digestion.

A l'état physiologique, quoique le canal cholédoque s'abouche dans l'intestin où pullulent les microbes, son contenu n'en renferme cependant pas. Il n'en est plus de même lorsqu'il existe une fistule biliaire et l'on comprend facilement la possibilité de cette pénétration microbienne par l'ouverture fistuleuse et par suite l'infection du foie; elle se traduit par des accès de fièvre qui apparaissent à des époques plus ou moins éloignées.

Quant aux phénomènes intestinaux, ils résultent de ce fait que la fistule biliaire s'ouvre à une distance variable et qui peut être assez grande de l'ampoule de Water. Ce défaut de concordance de la sécrétion pancréatique et de la sécrétion biliaire entraîne de la dyspepsie intestinale qui ne tarde pas à provoquer de la dyspepsie stomacale.

Contre les phénomènes d'infection du foie et les symptômes fébriles qui en résultent, l'antisepsie intestinale à l'aide du salol et la quinine produisent de bons effets. Lorsqu'il existe de l'hyperchlorhydrie, le meilleur traitement consiste dans l'usage de 50 centigrammes à 1 gramme de bicarbonate de soude une heure après le repas, mais ce qui est encore préférable, c'est le régime végétarien. Il n'est pas moins nécessaire de faire fonctionner très activement la peau au moyen de lotions et de frictions avec le gant de crin.

Ces préceptes, applicables aux malades porteurs de fistules biliaires, ne peuvent que remédier, d'ailleurs, aux nouvelles conditions qui leur sont imposées. Il ne faut jamais, en effet, espérer revoir chez eux la nutrition reprendre l'activité d'autrefois; mais, quoi qu'on en ait dit, ils peuvent vivre et même dans des conditions relativement favorables, grâce aux bénéfices considérables qu'ils ont retirés de l'intervention chirurgicale.

PRÉSENTATION

Des moyens prothétiques destinés à remplacer des parties osseuses. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet et présente un malade chez lequel il a remplacé l'extrémité supérieure de l'humérus par une pièce artificielle. (Voir plus haut, p. 288.)

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BUCQUOY, d'après des renseignements qu'il vient de recevoir, pense que l'origine de cette épidémie devrait être cherchée non pas dans Paris, mais aux sources mêmes de la Vanne.

On sait, en effet, que ces sources se trouvent dans le voisinage de la ville de Sens et qu'une partie de la Vanne est dérivée pour alimenter cette ville d'eau potable. Or, deux médecins distingués de Sens, MM. Lorne et René Moreau, déclarent que la fièvre typhoïde est apparue dans cette ville du 10 au 20 février dernier, c'est-à-dire un peu avant qu'elle ne se montrât à Paris. Il semble donc que les deux épidémies de Sens et de Paris ont une même origine, à savoir la contamination de la Vanne à ses sources. C'est donc de ce côté que doit se porter l'enquête administrative.

M. LÉON COLIN ajoute qu'un médecin en garnison à Sens lui a transmis des renseignements qui confirment ceux des docteurs Lorne et Moreau. Il est certain, du reste, que le danger pour Paris, au point de vue de la fièvre typhoïde, se résume presque uniquement, à l'heure actuelle, dans l'eau de la Vanne.

On a dit que l'épidémie avait commencé dans nos casernes pour se propager de là à la population civile. C'est une erreur. Le développement s'est fait parallèlement.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ déclare, au nom du Comité permanent des épidémies du département de la Seine, que l'on n'a pas attendu la discussion engagée à l'Académie pour commencer une enquête. On la poursuit activement et on compte en apporter prochainement les résultats. Jusque-là, on ne peut discuter que sur des hypothèses et il eût été préférable d'attendre.

M. BUCQUOY rappelle que, s'il a porté la question à l'Académie, c'est qu'il lui paraissait indispensable de mettre la population sur ses gardes et de l'engager à faire bouillir son eau. Il a, du reste, été le premier à annoncer qu'une enquête se poursuivait, et c'est dans la pensée de la faciliter qu'il a communiqué les renseignements fournis par les médecins de Sens.

L'Académie se forme en comité secret.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

101. M. CREPEL. Contribution à l'étude des plaies des nerfs. — 102. Mlle BIELOUSOFF. Le diabète sucré chez les enfants. — 103. M. BAILLET. Résection de l'anse iléo-colique. — 104. M. DANET. Des hémorragies du larynx. — 105. M. FILLEUL. Traitement des brûlures superficielles par la solution saturée d'acide picrique. — 106. M. PERRUCHET. Manuel opératoire de la laryngectomie sans trachéotomie préalable. — 106. M. DELMAS. Étude sur les mouvements de roue de l'œil pendant l'inclinaison latérale de la tête. — 107. M. ALTMAN. Contribution à l'étude de la rétention des règles par suite de l'oblitération congénitale du vagin et de son traitement. — 108. M. CHIRON. De la position élevée du bassin en chirurgie abdominale. — 109. M. CASSOUTE. Rôle de l'eau dans la transmission du choléra. — 110. M. COULOMPIS. Troubles respiratoires dans la neurasthénie. — 111. M. PERCEAU. Étude sur le chancre syphilitique du rectum. — 112. M. BOUYSSON. De l'aphasie pneumonique passagère. — 113. M. MORESTIN. Opérations qui se pratiquent par la voie sacrée. — 114. M. GAGEY. Du traitement des pseudarthroses par les injections irritantes. — 115. M. CAUTRU. De l'emploi des agents physiques et en particulier du massage dans le traitement des dyspepsies. Massage de l'estomac dans ses rapports avec le chimisme stomacal. — 116. M. LAFOLLEY. De l'hypertrophie simple des glandes parotides. — 117. M. DESROSIERS. Ruptures des voies biliaires par contusion de l'abdomen. — 118. M. LE ROUX. Étude sur les calculs de l'urèthre. — 118. M. BLAISE. Canal inguinal chez l'adulte. Cure radicale de la hernie inguinale (procédé de M. Paul Berger).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Paris. — M. le docteur Brodier est institué chef de clinique chirurgicale.

— *École de médecine d'Amiens.* — M. Moynier est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires de physique et de chimie.

— La date extrême de l'inscription à l'École du service de santé militaire est fixée au 25 juin au soir.

— Un concours pour la nomination à deux places d'internes en médecine à l'hôpital de Berck-sur-Mer et un concours pour deux places d'internes en médecine à l'hospice de Brévannes s'ouvriront le lundi 16 avril 1894, à une heure, à l'amphithéâtre de l'Assistance publique. Le registre d'inscription sera ouvert de onze à trois heures, du lundi 19 mars au lundi 2 avril 1894.

— L'Académie a procédé à la nomination des Commissions des prix pour l'année 1894. Voici quelle est la composition de ces Commissions :

Prix de l'Académie. — MM. Hérard, G. Sée et Kelsch.
Prix Alvarenga. — MM. Riche, Lereboullet et Berger.
Prix Amussat. — MM. le baron Larrey, Verneuil et Terrier.
Prix Baillarger. — MM. Potain, Luys et Duguet.
Prix Barbier. — MM. Duval, Chatin (Joannès) et Mégnin.
Prix Bourceret. — MM. Hayem, Trasbot et Cadet de Gassicourt.
Prix Buignet. — MM. Bouchard, d'Arsonval et Moissan.
Prix Capuron. — MM. Tarnier, Robin et Pinard.
Prix Civrieux. — MM. Empis, Lancereaux et Magnan.
Prix Daudet. — MM. Guéniot, Péan et Perier.
Prix Desportes. — MM. Laboulbène, Grancher et Laveran.
Prix Falret. — MM. Besnier et Mesnet.
Prix Godard. — MM. Le Dentu, Magitot et Landouzy.
Prix de l'Hygiène de l'enfance. — MM. Lagneau, Budin et Charpentier.
Prix Herpin. — MM. Cornil, Ranvier et Hallopeau.
Prix Itard. — MM. Polaillon, Bucquoy et Chauveau.
Prix Laborie. — MM. Tillaux, Labbé et Chauvel.
Prix Laval. — MM. Brouardel, Bouchardat et Gautier.
Prix Meynot. — MM. Jaccoud, Duplay et Fournier.
Prix Monbinne. — MM. Panas, Javal et Weber.
Prix Nativelle. — MM. Jungfleisch, Prunier et Marty.
Prix Orfila. — MM. Caventou, Le Roy de Méricourt et Dumontpallier.
Prix Portal. — MM. Guyon, Sée (Marc) et Straus.
Prix Pourat. — MM. Marey, Laborde et François-Franck.
Prix Saintour. — MM. Colin (Léon), Lannelongue et Debove.
Prix Stanski. — MM. Schützenberger, Leblanc et Worms.
Prix Vernois. — MM. Vallin, Nocard et Blanchard.

— L'Association Gallet-Lagoguey a renouvelé son bureau et son conseil pour l'année 1894. Ont été élus :

Président : M. Rondeau ; vice-présidents : MM. Letulle et Descouts ; secrétaire général : M. Signez ; secrétaires : MM. Malbec et Thomas ; trésoriers : MM. Fissiaux et Hénocque ; administrateurs : MM. Picqué, Linarix, Naudet, Gorecki, Briguet, Socquet, Colson, Calandreau, Bérillon et Fabre.

L'Association abaisse la limite d'âge d'admission à quarante ans et fixe le droit d'entrée à 1 franc par année d'âge.

— M. le docteur Byasson, médecin-adjoint au lycée de Guéret, est nommé médecin dudit lycée.

— M. le docteur Gomot est nommé médecin-adjoint au lycée de Guéret.

— M. le docteur Fabre est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Valognes.

— Un congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine aura lieu à Boulogne-sur-Mer, du 25 au 29 juillet 1894. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur G. Houzel, à Boulogne-sur-Mer.

— Encore une victime de notre devoir professionnel. Henri Hérisson, externe des hôpitaux, vient de succomber aux suites de la diphtérie contractée dans l'exercice de ses fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boursin (de Nantes); Loppe (de Boulogne-sur-Mer); Pitti-Ferrandi, sénateur de la Corse ; Pujos (de Paris) ; Régis (d'Auterive) ; et Thiébault, ancien médecin militaire.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre d'inscriptions du troisième trimestre de l'année scolaire 1893-1894, ouvert le mercredi 4 avril 1894, sera clos le samedi 28 avril 1894, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Inscriptions de première et deuxième années de doctorat et de première année d'officiat : les mercredi 4, jeudi 5, vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, samedi 14 et mercredi 18 avril.

2° Inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, deuxième, troisième et quatrième années d'officiat : les jeudi 19, vendredi 20, samedi 21, mercredi 25, jeudi 26, vendredi 27 et samedi 28 avril.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté ; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription. Les numéros d'ordre pour les inscriptions de troisième et de quatrième année de doctorat, et de deuxième, de troisième et de quatrième année d'officiat, soumises au stage, ne seront distribués qu'à partir du mercredi 18 avril 1894.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le premier trimestre de l'année scolaire 1893-1894. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur : les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

— M. Milne-Edwards, professeur, membre de l'Institut, commencera son cours de zoologie (mammifères et oiseaux) le lundi 2 avril 1894, à deux heures, dans l'amphithéâtre de la galerie de Zoologie, Muséum d'histoire naturelle, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis, à la même heure.

Le professeur traitera de l'organisation, de la classification et de la distribution géographique des oiseaux.

A partir du 7 mai, la leçon du lundi aura lieu à dix heures du matin, dans les galeries de Zoologie, dans le laboratoire ou dans la ménagerie.

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* n° 5 (15 mars). — I. M. S. Ramon y Cajal : Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux. — II. M. C. Guillaume : Les rayons lumineux curvilignes. — III. M. L. Leroux : Les essais de la locomotive J.-J. Heilmann. — IV. MM. A. Binet et V. Henri : Le développement de la mémoire visuelle chez les enfants.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 33. — SAMEDI 17 MARS 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 17 MARS 1894. — N° 33.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des coryzas à fausses membranes.

Par le docteur Paul Tissier,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

L'histoire des angines à fausses membranes a été, depuis les progrès de nos connaissances bactériologiques, l'objet d'une revision méthodique. Au classement inexact fondé sur l'aspect extérieur et la structure des fausses membranes s'est substitué peu à peu le classement rationnel basé sur l'idée de cause.

Le moment nous semble venu d'essayer, en groupant les recherches nouvelles et en suivant la même voie, de dégager, parmi les coryzas à fausses membranes, un certain nombre d'espèces nosologiques distinctes.

Comme pour la gorge, la première place doit être réservée à la diphtérie parmi les rhinites pseudo-membraneuses. Sans entrer dans de grands détails, nous allons résumer les notions déjà anciennes, mais, pour une raison qui nous échappe, assez négligées, que nous possédons sur le coryza diphtéritique.

II

A. Coryza diphtéritique. — La *diphtérie nasale* peut accompagner ou compliquer la diphtérie de la gorge ou du larynx : c'est la diphtérie *secondaire* réputée de beaucoup la plus commune ; elle est parfois, plus souvent qu'on ne l'a admis jusqu'ici, *primitive*, les déterminations pharyngo-laryngées étant *contingentes* et n'apparaissant que secondairement. La diphtérie nasale qui reste *localisée* aux fosses nasales présente souvent des caractères particuliers et une évolution spéciale.

Il est superflu de revenir ici sur la spécificité du bacille de Klebs-Lœffler : pour ce qui concerne sa morphologie et sa biologie, nous renverrons le lecteur aux mémoires de MM. Roux et Yersin, reproduits d'ailleurs nombre de fois depuis leur publication.

Rappelons seulement que le bacille diphtéritique persiste longtemps au niveau des points atteints (Roux et Yersin, Bard, Tobiesen, etc.), de telle sorte que les malades, guéris depuis des semaines, des mois même, peuvent être une source de contagion.

Enfin, et nous en trouverons la preuve clinique plus loin, lorsque nous étudierons le coryza diphtéritique à évolution prolongée, il ne faut pas oublier que la virulence du bacille de Lœffler est variable et qu'il existe, entre le bacille très virulent tuant le cobaye en trente heures et le bacille dépourvu de virulence (bacille pseudo-diphtéritique), toute une série de bacilles à virulences intermédiaires. Cette notion de bacille à virulence atténuée nous expliquera les formes bénignes, traînantes, de la diphtérie nasale.

III

Dans les fosses nasales, comme au niveau des autres muqueuses, le bacille diphtéritique détermine la production de fausses membranes, constituées par un réseau fibrineux, à mailles plus ou moins larges, contenant des leucocytes, quelques globules rouges et des cellules épithéliales modifiées. En général, on trouve à l'autopsie la muqueuse tuméfiée, fortement congestionnée, présentant, par places, des îlots ou des stries grisâtres, restes des fausses membranes et habituellement de petites suffusions sanguines. Quelquefois, au contraire, les fausses membranes persistent et moulent exactement toutes les anfractuosités des parois nasales.

Sur le vivant, l'exsudat blanc jaunâtre est parfois assez adhérent à la muqueuse, d'épaisseur variable, pouvant atteindre plusieurs millimètres ; parfois, au contraire, la fausse membrane, par suite d'un processus de nécrose, se désagrège et forme une couche crémeuse, jaune sale, au-dessous de laquelle la muqueuse, plus ou moins exulcérée, offre une couleur grisâtre ou gris noirâtre.

Plus souvent peut-être encore, les fausses membranes peu adhérentes sont épaisses et résistantes ; lorsqu'on les a détachées, on trouve leur face profonde, souvent ecchymosée, hérissée de papilles analogues, comme aspect, à celles de la langue (Bretonneau) et qu'on a attribuées au prolongement de la fausse membrane dans les glandes mucipares de la muqueuse.

Ces lésions s'observent indifféremment sur les cornets, la cloison ou le plancher. L'envahissement se fait (forme secondaire) d'arrière en avant.

Sanné déclare n'avoir jamais vu de véritables ulcérations. Au contraire, la plupart des rhinologistes, Moldenhauer entre autres, ont constaté leur existence; parfois même, ajoute ce dernier, les ulcérations prennent un caractère destructif et amènent des pertes de substance dans la charpente osseuse ou cartilagineuse du nez.

L'infection peut gagner les sinus et alors leur revêtement muqueux se gonfle, s'œdématie et se marbre d'extravasations sanguines. Y a-t-il aussi formation de fausses membranes? Zuckerkandl, en raison de la structure de la muqueuse, incline vers la négative; mais nous savons aujourd'hui qu'on peut y rencontrer des exsudats pseudomembraneux dans d'autres infections (Weichselbaum), de sorte qu'on est en droit d'admettre qu'ici encore l'expression pathologique du bacille de Lœffler sur la muqueuse du sinus se réalise sous l'aspect pseudo-membraneux. D'ailleurs le fait a été vérifié un certain nombre de fois (Sanné).

Nous ne faisons que signaler l'extension des lésions au canal nasal et à la conjonctive, aux trompes et à la caisse.

Lorsqu'il y a guérison, les surfaces ulcérées se détergent, mais il reste parfois, comme vestiges de la lésion nasale, des synéchies, réunissant, le plus habituellement, la muqueuse de la cloison à celle des cornets.

IV

Décrivons d'abord la Forme secondaire.

On a cherché, avec raison, à distinguer plusieurs variétés de diphtérie, suivant qu'on y trouve le bacille de Lœffler seul (diphtérie mono-microbienne) ou associé à d'autres microbes (diphtérie poly-microbienne).

Sans méconnaître l'intérêt considérable qui s'attache à la notion des associations microbiennes du bacille diphtéritique, étudiées avec soin par l'école française (Bourges, Grancher et Barbier), nous croyons prématuré de vouloir fonder, à l'heure actuelle, une classification nosologique définitive sur la nature des microbes associés : diphtérie bacillaire, bacillo-coccique, bacillo-streptococcique.

Dans la diphtérie habituelle, *franche* des vieux auteurs, l'envahissement des fausses membranes se fait par les choanes; de la face supérieure du voile du palais, l'exsudat s'étend au plancher des fosses nasales, à la cloison et aux cornets. Il est rare qu'il atteigne le segment antérieur du nez et le vestibule. Les fausses membranes épaisses, résistantes, obstruent plus ou moins complètement les fosses nasales, en général envahies simultanément. Il y a enchifrènement, mais pas ou peu d'écoulement qui n'est jamais purulent, muco-purulent ou séro-sanguinolent; en d'autres termes, il n'y a pas de *jetage* (Grancher et Barbier). Lorsqu'il existe un écoulement muco-purulent, il y aurait, d'après MM. Grancher et Barbier, association d'un coque spécial, déjà signalé par MM. Roux et Yersin, au bacille diphtéritique.

A l'examen rhinoscopique, la muqueuse est tuméfiée, congestionnée et, à la partie postérieure des fosses nasales, on voit des fausses membranes épaisses, résistantes, d'une coloration blanc jaunâtre.

Dans la diphtérie infectieuse, septique (bacillo-streptococcique de MM. Grancher et Barbier), les fausses membranes tendent à envahir toute l'étendue des fosses nasales; elles s'étendent au vestibule, débordent l'orifice externe des narines et viennent s'étaler jusque sur la lèvre supérieure Elles sont épaisses, putrilagineuses, non consistantes, brunâtres; l'écoulement, qui n'est au début qu'un suintement léger, incolore, muqueux ou séro-fibrineux, devient bientôt très abondant, sanieux, brun noirâtre, d'odeur fade, à fétidité spéciale, distincte de celle de la gangrène et de l'ozène. Le jetage est plus ou moins mélangé de sang. Il irrite, excorie et inocule le vestibule et la lèvre supérieure.

Le *jetage* est toujours un symptôme grave (Trousseau), surtout lorsqu'il revêt les caractères que nous venons d'énumérer. Il est rarement bilatéral d'emblée; d'autre part, il ne reste pour ainsi dire jamais limité à un seul côté; il est fréquent de voir l'écoulement être plus abondant, tantôt d'un côté, tantôt de l'autre.

Les conséquences de la sténose nasale produite par le gonflement de la muqueuse et les fausses membranes sont le nasonnement de la parole et le caractère exclusivement buccal de la respiration : sécheresse de la bouche, enduit noirâtre, épais, des lèvres, des dents, etc.; sommeil agité, ronflement, etc. Lorsque les malades, en faisant des efforts pour se moucher, réussissent à entraîner une partie des fausses membranes, la respiration ne redevient que très rarement possible, en raison du gonflement de la muqueuse.

Ces efforts entraînent souvent des *épistaxis*, parfois abondantes, qui auraient, dans certains cas, amené la mort (Sanné).

Très souvent, c'est une *épistaxis* qui annonce l'envahissement des fosses nasales et nous avons déjà signalé la fréquence de petites hémorragies dans le coryza diphtéritique.

Dans la forme infectieuse, les lésions du vestibule et de la lèvre supérieure sont parfois assez douloureuses.

La muqueuse du nez, examinée au spéculum, apparaît boursouflée, rouge sombre, recouverte d'un exsudat d'abord mince, résistant, puis putrilagineux, blanc grisâtre. Au niveau des narines fissurées, du vestibule et de la lèvre supérieure érodés, tuméfiés et hyperémiés, on trouve des fausses membranes grisâtres adhérentes.

Les ailes du nez sont tuméfiées et la rougeur d'abord limitée aux bords de l'orifice des narines peut envahir la peau du nez qui se présente tendue, luisante, d'aspect érysipélateux.

Il est fréquent, en pareil cas, d'observer des lésions tuboauriculaires et conjonctivales. L'envahissement du canal nasal se traduit par un larmoiement abondant; puis l'on voit les fausses membranes apparaître au niveau des points lacrymaux et s'épanouir sur la conjonctive.

Les ganglions pré-auriculaires sont ordinairement tuméfiés.

Nous laissons de côté volontairement les *symptômes généraux* qui sont ceux de la diphtérie de la gorge.

Lorsqu'il y a guérison, le jetage diminue peu à peu et change de caractères. L'écoulement perd son odeur fade spéciale et devient franchement muco-purulent.

Dans la diphtérie *post-scarlatineuse*, l'envahissement du nez, lorsqu'il a lieu, est habituellement secondaire; il peut être primitif dans la diphtérie qui vient compliquer la *rougeole*.

La diphtérie nasale se traduit, alors, pour ainsi dire régulièrement par les symptômes que nous avons décrits à propos de la forme grave, septique.

V

La FORME PRIMITIVE de la diphtérie nasale est généralement tenue pour rare. Ici les fausses membranes n'envahissent la gorge que secondairement, la marche du processus est inverse de celle qu'on rencontre dans la forme précédente.

Les auteurs français qui se sont spécialement occupés de la diphtérie, Schech, Rethi, Moldenhauer, Rosenthal, à l'étranger, sont unanimes pour penser que la diphtérie primitive du nez est exceptionnelle chez l'adulte. Cependant, et contrairement à l'opinion générale de nos classiques, Schech et Rosenthal font remarquer qu'il n'en va pas de même pour les enfants. Dans certaines épidémies (Rosenthal), le début nasal fut assez fréquent et d'ailleurs, comme le dit Schech, bien des diphtéries débutent par un coryza en apparence vulgaire qui, la plupart du temps, passe inaperçu ou méconnu.

Il faut, en réalité, tenir comme sujette à revision l'opinion des nosologistes qui ne s'occupent guère de la diphtérie nasale que d'une façon incidente.

M. Bretonneau, le grand initiateur de nos connaissances sur la diphtérie, envisageait tout autrement les choses. Pour l'illustre médecin de Tours, les déterminations nasales précéderaient toujours l'angine et le croup. Les fosses nasales étaient pour lui le *nid* d'où sort la diphtérie.

Il suffit d'interroger avec soin l'entourage des malades pour reconnaître que, dans plus d'un tiers des cas, ils ont remarqué chez les enfants, quelques jours avant l'apparition des manifestations pharyngées ou laryngées, de l'enchifrènement, un écoulement nasal, de petites épistaxis répétées, etc.

Chez l'adulte, il faudrait, pour que la diphtérie atteignît primitivement la muqueuse nasale, des circonstances exceptionnelles : érosions, ulcérations, etc. Johnston (1) a publié une observation concernant une femme qui, à la suite de l'extirpation de polypes du nez, fut atteinte de diphtérie nasale, puis pharyngée, contractée d'une personne de son entourage. Ce fait, où nous connaissons la source et la porte d'entrée de l'affection, a été rapporté, un peu à la légère, par Raulin, Lieven et d'autres, à la rhinite pseudomembraneuse non diphtéritique.

La rareté réelle de la diphtérie nasale primitive chez l'adulte, sa rareté relative chez l'enfant ne sont certainement pas imputables à une insuffisance d'observations. Y a-t-il une résistance du terrain à l'infection comme pourrait le faire penser le rôle physiologique de protection que remplit le nez? On l'a admis (B. Franekel), et peut-être faut-il invoquer pour l'expliquer, moins l'existence des cils vibratiles, comme l'a fait cet auteur, que les propriétés bactéricides du mucus nasal (Wurtz et Lermoyez).

Chez l'enfant, la diphtérie nasale primitive se traduit par une altération de l'état général, de l'abattement, de la fièvre; l'enfant est enchifrené, son sommeil est agité; il dort la bouche ouverte et ronfle d'une façon anormale.

Bientôt l'écoulement nasal, le plus souvent d'abord unilatéral, devient séro-purulent, fétide (jetage); les épistaxis sont fréquentes, habituellement peu abondantes; l'orifice des narines et la lèvre supérieure rougissent, s'excorient et se recouvrent de croûtes; la peau du nez, des joues, parfois même les paupières, se tuméfient, les ganglions sterno-mastoïdiens, dans quelques cas pré-auriculaires, sont tuméfiés, etc.

(1) JOHNSTON. A case of primary nasal diphteria, *Arch. of laryngol.*, juillet 1882, p. 247, New-York.

Les fausses membranes s'étendent en dehors des cavités nasales (conjonctive, pharynx) à une époque variable.

E. Holt (1) a vu un écoulement nasal profus précéder de quinze jours l'apparition de plaques amygdaliennes. Chez un autre malade, le seul symptôme constaté pendant vingt-neuf jours fut le jetage : le malade ayant succombé, on trouva à l'autopsie un paquet de fausses membranes dans le segment postérieur des fosses nasales.

Le diagnostic de la diphtérie aiguë, à début nasal, n'est donc pas sans présenter parfois de grandes difficultés. Les fausses membranes peuvent d'ailleurs ne pas exister au début sur la muqueuse nasale simplement tuméfiée et injectée : Holt les a vues apparaître le vingtième jour seulement.

Toutes les fois que, dans le voisinage d'un diphtéritique, un sujet, un enfant surtout, présentera un écoulement nasal, un coryza, en apparence vulgaire, il faudra songer à la diphtérie et la probabilité deviendra plus grande lorsque les manifestations nasales seront limitées à un seul côté et, en outre, que de temps en temps se produiront de petites hémorragies.

C'est dans ces conditions que l'examen bactériologique présente une importance pratique de premier ordre. Lui seul permettra de prendre de bonne heure les mesures prophylactiques et thérapeutiques dont le succès dépend, dans une large mesure, de leur institution précoce.

Le microbe diphtéritique agissant par ses toxines, un traitement approprié, prescrit à temps, pourra réussir à diminuer leur production et la pullulation, peut-être aussi la virulence du bacille.

Le *diagnostic* de la diphtérie ascendante, secondaire, est, en général, facile; il n'en est pas toujours de même pour la diphtérie à début nasal; nous avons donné les éléments qui permettront de la reconnaître dans la plupart des cas : notion du milieu, écoulement nasal d'abord unilatéral, petites hémorragies répétées, détérioration de l'état général, constatation des fausses membranes à l'aide du spéculum, enfin, examen bactériologique.

VI

B. DES CORYZAS A FAUSSES MEMBRANES, NE S'ÉTENDANT PAS OU S'ÉTENDANT TARDIVEMENT AUX MUQUEUSES VOISINES. — Après les travaux de Bretonneau, de Trousseau et de l'École française, toute lésion s'accompagnant de la production de fausses membranes fut rapportée à la diphtérie, maladie infectieuse particulière. En Allemagne, au contraire, on désigna sous le nom de diphtérie « toute mortification de tissus provoquée par des micro-organismes, non nécessairement pathogènes, réservant le nom de *diphtérite* à la diphtérie des auteurs français, maladie dans laquelle la participation des microphytes non pathogènes est tout à fait secondaire et où l'escharification et la nécrose des tissus doivent être rapportées tout entières à l'action d'un microbe spécifique (2) ». L'inflammation *croupale*, caractérisée par des exsudats composés de fibrine et de mucine concrétée

(1) E. HOLT. Diphtérie nasale à diagnostic difficile chez l'enfant, *New-York Med. Journ.*, 31 mai 1890.

(2) RINDFLEISCH. *Traité d'histologie pathologique*, p. 121.

englobant des éléments cellulaires, est une variété anatomique d'inflammation spécifique qui n'est nullement fonction de la diphtérie des auteurs français.

La découverte du bacille spécifique de la diphtérie, confirmant les doctrines de l'École française, est venue dissiper les obscurités résultant de cette confusion de dénominations.

A côté de la diphtérie, maladie causée par le bacille de Klebs-Lœffler, il existe d'autres affections à fausses membranes relevant de microbes différents.

Le *pneumocoque* provoque dans le poumon des exsudats fibrineux, il peut aussi en produire sur les muqueuses des voies aériennes supérieures. A côté du pneumocoque, il faut citer le *streptocoque*, le *staphylocoque* et un certain nombre d'autres microbes.

Enfin certains agents chimiques et thermiques peuvent déterminer l'apparition de fausses membranes, en particulier sur la muqueuse nasale.

VII

a. Rhinite fibrineuse opératoire. — A la suite des interventions opératoires sur la muqueuse nasale (résection d'un fragment de muqueuse, galvanocaustie, cautérisation chimique : chlorure de zinc, acide trichloracitique, acide chromique, etc.), voici ce qu'on observe très fréquemment; il se développe un coryza aigu avec enchifrènement et écoulement muco-purulent plus ou moins abondant. Au bout de quelques jours se détachent de très épaisses fausses membranes, souvent tachées de sang. Ces fausses membranes se reproduisent plusieurs fois, de moins en moins épaisses. Nous les avons vues persister pendant plus de quinze jours dans certains cas. Il est habituel aussi qu'il y ait de petites hémorragies répétées.

Si l'on examine le nez au spéculum, après avoir réséqué à l'anse froide ou au couteau un fragment de la muqueuse nasale, on voit, dès le lendemain, la surface de section recouverte par places d'exsudats blanchâtres ou, plus souvent, d'une fausse membrane, dépassant parfois les limites de la surface de section; assez adhérente au début, elle se laisse facilement enlever vers le troisième jour. Elle se montre très épaisse, assez résistante, humide, plus ou moins infiltrée de sang. Son ablation, non douloureuse, détermine une hémorragie en général légère. Cette fausse membrane se reproduit rapidement et, dès le lendemain, on peut la retrouver, quoique moins épaisse et moins résistante. Pour peu que les malades fassent quelques efforts, ils arrivent à l'expulser en se mouchant. Jusqu'à la cicatrisation, les fausses membranes se reproduisent de plus en plus ténues.

Comme complication assez fréquente, signalons l'irritation du vestibule et de la lèvre supérieure.

L'évolution est la même à la suite des cautérisations, seulement l'aspect de l'exsudat est modifié au début et la fausse membrane n'apparaît nettement qu'après la chute de l'eschare.

Dans l'exsudat fibrineux consécutif aux cautérisations galvaniques, Maggiore et Gradenigo (1) ont trouvé le staphylococcus pyogenes aureus, qu'ils considèrent comme l'agent pathogène de la rhinite fibrineuse.

(1) Maggiore et Gradenigo. *Centralbl. f. Bakter. und Parasit.*, 1890, s. 641.

Lieven (1) a trouvé, de son côté, des staphylocoques réunis par petit nombre de grains, se colorant facilement par la méthode de Grams, donnant, en vingt-quatre heures, sur glycérine, agar, d'abondantes colonies de la grosseur d'une tête d'épingle, blanc jaunâtre. Porté sur la muqueuse nasale saine, ce coque fut sans action. Il en fut de même sur la muqueuse congestionnée par l'administration préalable d'iodure de potassium ; au contraire, celle-ci est-elle lésée (rhinite vaso-motrice, cautérisation avec l'acide bichloracétique), l'inoculation est positive. Lieven conclut de ses recherches bactériologiques et de ses inoculations que le coque qu'il décrit est susceptible de provoquer une rhinite fibrineuse dans certaines conditions. Il ne nie pas pour cela que le staphylocoque pyogène doré ne puisse, lui aussi, être en cause et il se demande si d'autres microbes ne peuvent pas avoir la même action.

D'où proviennent ces microbes ? Ils existent très fréquemment dans le mucus nasal, à l'état de saprophytes susceptibles de devenir virulents sous des influences diverses. D'autre part, on peut admettre dans certains cas la contagion opératoire ou non que Lieven a saisie sur le fait chez un de ses malades.

VIII

b. Rhinite pseudo-membraneuse des nouveau-nés. — Monti déclare avoir assez fréquemment observé chez les nouveau-nés, dans les premières semaines de la vie, des fausses membranes sur la muqueuse nasale, n'ayant aucun rapport avec la diphtérie proprement dite. Pour Monti, il s'agit d'une lésion infectieuse dont il faut chercher l'origine dans l'existence d'une affection puerpérale chez la mère. Il y a contagion directe au passage comme pour la conjonctivite des nouveau-nés. Il est permis de supposer, *a priori*, que le microbe en cause ici est celui de l'infection puerpérale, le streptocoque pyogène. On sait que, parmi les formes d'infection puerpérale streptococcique, existe une forme caractérisée par la production de fausses membranes.

Les faits sur lesquels Monti a appelé l'attention étaient connus, en France, depuis de longues années : 5 fois sur 40 autopsies, Billard (2) a trouvé sur la muqueuse nasale épaissie, rouge vif, très friable, des concrétions légèrement adhérentes, fibrineuses, débordant parfois vers le pharynx. D'autres fois, le muco-pus, qui remplit les fosses nasales, tient en suspension des débris de fausses membranes. Il s'agissait donc, pour Billard, d'une lésion assez commune. Elle a été revue par Depaul à plusieurs reprises et par West. Contrairement à ce dernier auteur, Depaul repousse l'idée de la diphtérie pour admettre un processus local, plastique.

IX

c. Rhinite pseudo-membraneuse ou fibrineuse. — La rhinite pseudo-membraneuse ou fibrineuse a été isolée récemment et c'est à Hartmann (3), si l'on en croit les auteurs,

(1) Lieven. Zur Ætiologie der Rhinite fibrinosa, *Münch. Med. Wochens.*, 1er déc. 1891, nº 49, p. 830.

(2) Billard. *Arch. gén. de méd.*, 1837, t. XIII, p. 210, et *Traité des maladies des enfants*, 1837.

(3) Hartmann. Ueber Croup der Nasenschleimhaut (rhinitis fibrinosa), *Deuts. Med. Wochens.*, 1887, nº 29, p. 641.

que l'on en doit la première description d'ensemble. Schüller (1), Henoch et Major (2) avaient publié antérieurement des observations. Depuis, cette affection a fait l'objet de nombreuses publications : Seifert, Schech, Moldenhauer, Bischofswerder, Bresgen, Eulenstein, Sendziak, etc., en Allemagne; Potter, en Amérique; Raulin, en France; Monti, en Italie, etc.

Mais avant d'aller plus loin, il nous faut refaire un peu cet historique de fantaisie, et montrer que bien avant les travaux étrangers, des médecins français avaient signalé et donné une description complète de l'affection qui nous occupe.

Billard, Rilliet et Barthez, Bouchut ont décrit des productions pseudo-membraneuses ne relevant pas de la diphtérie. M. Laboulbène, dans son remarquable travail (3), s'est efforcé de les différencier. Les pseudo-membranes non diphtéritiques sont plus jaunâtres, moins humides que celles de la diphtérie. Elles ont de la tendance à rester limitées à quelques points de la muqueuse nasale. Elles présentent souvent du sang à leur surface. Au microscope, le réticulum fibrineux est moins fourni, la matière granuleuse amorphe plus abondante et les globules purulents plus nombreux.

Sous le nom de rhinites pseudo-membraneuses, on a publié une assez grande quantité de faits d'étiologie variable, mais ayant un certain nombre de traits cliniques communs, ce qui a suffi pour les grouper sous le même chef : présence de fausses membranes fibrineuses sur la muqueuse nasale ayant une très faible tendance à s'étendre sur les muqueuses voisines; état fébrile, passager et peu marqué; retentissement assez peu notable sur l'état général, etc.

Le début échappe souvent : les malades racontent avoir été pris d'un coryza vulgaire avec un peu de lassitude, de malaise général prémonitoire. Le coryza s'installe d'une façon brusque et s'accompagne d'une poussée fébrile, la fièvre survenant par accès et restant, en général, modérée.

A ce moment, l'état objectif de la muqueuse nasale est celui que l'on observe dans le coryza vulgaire (muqueuse rouge, tendue, tuméfiée).

Bientôt le coryza prend une marche spéciale, ce n'est plus un simple rhume : l'enchifrènement est marqué, parfois absolu d'un seul côté ou des deux à la fois. Il a pour conséquence une tension frontale et sus-orbitaire et les symptômes habituels de l'obstruction nasale (voix nasonnée, respiration buccale, etc.). L'écoulement augmente d'abondance et devient muco-purulent (quatrième à sixième jour en moyenne) : il a une odeur fade, parfois fétide, et par son contact avec le revêtement cutané du vestibule et de la lèvre supérieure y détermine de la rougeur et souvent des excoriations plus ou moins douloureuses.

L'examen direct des fosses nasales montre alors un exsudat fibrineux recouvrant la muqueuse. Cet exsudat est uni ou bilatéral, il envahit rarement le segment supérieur des fosses nasales, ne dépassant guère le cornet moyen. Il peut être généralisé à tout le segment respiratoire : cloison, plancher, méat et cornet inférieur et moyen ou limité à une ou plusieurs de ces parties.

Ses caractères sont assez variables d'un cas à l'autre et chez le même individu, suivant la période où on pratique l'examen : au début, blanc grisâtre, laiteuses, les fausses membranes prennent ensuite une teinte plus jaunâtre. L'inhalation de poussières, l'existence d'extravasations sanguines modifient naturellement leur couleur.

Épaisses, résistantes, au début, elles deviennent plus minces et plus molles.

Assez difficiles à enlever, pendant les premiers jours, elles se détachent avec moins de peine ensuite et peuvent ainsi être éliminées, lors des efforts des malades pour se moucher.

L'enlèvement des fausses membranes est suivi d'un écoulement sanguin d'abondance variable. Au-dessous de l'exsudat, la muqueuse très gonflée, se laissant à peine déprimer par la sonde, résistant à l'action constrictive de la cocaïne, est légèrement exulcérée.

Les fausses membranes se reproduisent rapidement; dès le lendemain, on les trouve reformées et progressivement elles reprennent leur épaisseur.

La tendance de la rhinite fibrineuse à rester limitée au nez a été notée par tous les observateurs. Cependant, l'existence de pharyngite fibrineuse [Bamberger, Strümpell, Henoch, Schech, Onodi, Hajek (1)], analogue à la rhinite fibrineuse, pouvait faire penser à la possibilité de l'extension des fausses membranes vers le pharynx. Moldenhauer et M. Moure sont les seuls auteurs qui en aient signalé des cas (sans examens bactériologiques). Hunt, Seifert et Sendziak ont noté de l'amygdalite lacunaire dont la durée fut passagère; l'on ne trouve pas noté, par les auteurs, l'existence de retentissement ganglionnaire ni de symptômes généraux, du côté des reins en particulier.

Seifert (2) a publié, d'autre part, un cas de rhinite fibrineuse développée secondairement à une bronchite fibrineuse qui se termina par la mort.

La durée moyennne de la maladie est variable : elle oscille entre une et plusieurs (deux à trois) semaines. La guérison est la règle. Les fausses membranes disparaissent; l'écoulement, qui reste d'abord purulent, devient plus rare et prend un caractère muqueux.

On n'a pas signalé de complications du côté de l'oreille. Seifert a trouvé des adhérences entre la muqueuse des cornets et celle de la cloison de l'oreille. Moldenhauer, Hunt, Potter, Raulin, Jurasz, Sendziak, etc. ont vu la maladie rester unilatérale pendant tout le cours de son évolution.

Le pronostic est donc bénin et ne présente de gravité que chez les nouveau-nés qui prennent le sein (Schüller), par suite de la gêne qu'apporte, à leur alimentation, l'obstruction nasale.

Anatomiquement la fausse membrane de la rhinite fibrineuse est constituée par un réticulum de fibrine renfermant des leucocytes dans ses aréoles. D'après Seifert il n'y aurait pas de nécrose épithéliale, mais seulement infiltration de la muqueuse et de la sous-muqueuse par des cellules rondes et diapédèse abondante de ces cellules à travers les interstices des cellules épithéliales. L'examen de Seifert se rapporte au cas de rhinite fibrineuse secondaire que nous avons déjà mentionné.

(1) Schuller. *Jahrbuch fur Kinderheilkunde*, 1882, p. 43.
(2) Major. *New-York Med. Journ.*, 1886.
(3) Laboulbène. *Recherches cliniques et anatomiques sur les affections pseudo-membraneuses.*

(1) Hajek. Zur Kenntniss der Pharingitis fibrinosa, *Intern. Centralbl. f. Laryngol.*, 1892, nº 4.
(2) Seifert. Ueber rhinitis fibrinosa. Bericht ueber die Verhandlungen des VIII Kongresses für innere Medicin. Beilage zur, *Centralbl. f. klin. Med.*, 1889.

L'étiologie mérite de nous arrêter un instant :

La rhinite fibrineuse est une maladie de l'enfance; très rare dans l'adolescence, elle l'est encore davantage à un âge plus avancé. Raulin (1) n'en a trouvé que trois cas concernant des adultes.

Elle est plus fréquente chez les filles, 18 p. 100.

La maladie serait plus commune en été (Raulin); elle se montre d'une façon sporadique [Bischofswerder (2)]; Moldenhauer (3) et Chapin (4) l'ont vu atteindre deux membres d'une même famille.

Elle est peu contagieuse : cas d'Hartmann, observé dans un pensionnat, resté isolé.

C'est une maladie rare : Raulin en a réuni vingt-huit cas; Abel quarante-cinq cas; Potter (5) la croit, au contraire, commune (2 p. 100 des rhinites aiguës).

Il nous reste maintenant à rechercher la nature de la rhinite fibrineuse en nous basant sur les examens bactériologiques publiés par les auteurs et sur les caractères cliniques de la maladie.

Tout d'abord, on nia résolument qu'il existât un rapport entre la diphtérie et la rhinite fibrineuse. Schech et Bischofswerder ne voyaient même dans la production de fausses membranes, qu'une forme plus intense de l'inflammation simple. B. Frænkel, Scheinmann, Leyden, Hunt, Seifert, Lieven n'ont jamais trouvé de bacilles diphtéritiques dans les cultures, mais un coque spécial, qui semble analogue à celui de Lieven que nous avons signalé plus haut. Seifert a trouvé les cocci dans l'exsudat et aussi dans les espaces lymphatiques de la couche sous-muqueuse. Sendziak (6) n'a pas davantage (cultures) décelé de bacilles de Klebs-Lœffler; dans un cas où la maladie était le résultat d'une inoculation secondaire, sans doute, par les doigts (plaie du menton produite par le rasoir), cet auteur ne trouva que le staphylococcus pyogenes aureus.

R. Abel (7), dans un autre, trouva dans les fausses membranes de nombreux pneumocoques peu virulents (cultures, inoculations) et pas de bacilles diphtéritiques. Il échoua en cherchant à reproduire la maladie chez le cobaye. Il en conclut que le pneumocoque peut produire la rhinite fibrineuse. Il n'est pas le seul, ajoute-t-il, car on a, d'autre part, assez souvent trouvé le bacille diphtéritique dans la rhinite fibrineuse (Stamm, Park, etc.),

Stamm (8) a trouvé, dans trois cas de rhinite fibrineuse, le bacille diphtéritique. D'autre part, Park a fait des constatations positives analogues. En Italie, Concetti (9) s'est aussi particulièrement attaché à prouver la nature diphtéritique de la rhinite fibrineuse. En 1886, il publia un cas de rhinite diphtéritique qui dura trois mois. La nature diphtéritique de l'affection était indiscutable. Le malade contagionna, en effet, trois enfants et un domestique dans la même famille et, en outre, après la guérison de la rhinite, se développa une paralysie des muscles pharyngo-laryngés. Le second cas (rhinite avec sécrétions sanieuses et pellicules blanchâtres sur la muqueuse nasale, ayant évolué sans manifestations générales et sans fièvre) est particulièrement instructif. Les premières recherches du bacille de Klebs-Lœffler restèrent négatives. Ce ne fut qu'au quinzième jour qu'il réussit à obtenir des cultures caractéristiques.

Plus récemment, Concetti (1) est revenu sur cette question et il a rapporté cinq observations personnelles tendant à démontrer que le coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse) n'est autre chose qu'une diphtérie nasale, à forme *prolongée*, suivant une dénomination proposée par M. Cadet de Gassicourt.

Dans un cas, il y eut propagation au larynx; dans trois, paralysie consécutive; dans deux, examen bactériologique positif.

Or, chez tous les malades (chez le premier, tant que le nez seul fut envahi), l'affection présenta une allure particulièrement bénigne.

A quoi tient, dans ces cas, cette bénignité d'une maladie généralement si grave? On ne saurait invoquer le défaut d'absorption au niveau de la muqueuse nasale (Concetti), pas plus d'ailleurs que l'action bactéricide du mucus nasal démontrée par MM. Lermoyez et Wurtz, car, dans d'autres cas, la rhinite diphtéritique détermine des symptômes généraux autrement sérieux.

Des recherches précises que nous venons de citer, il ressort cette conclusion que l'on s'était laissé aller à une généralisation hâtive en voulant séparer, d'une façon absolue, la rhinite fibrineuse de la diphtérie. Les signes distinctifs indiqués étaient d'ailleurs peu solides : comme la diphtérie elle atteint de préférence les enfants; l'aspect des fausses membranes, la nature irritante, l'aspect de l'écoulement diffèrent bien peu; les hémorragies sont également fréquentes dans les deux cas et il n'est pas jusqu'à la formation possible par synéchies qui n'ait été observée dans la rhinite fibrineuse comme dans la diphtérie. Le peu d'intensité de la fièvre, l'absence de retentissement sur l'état général, le peu de tendance à l'extension se peuvent observer dans certaines formes bénignes de diphtérie.

Baginsky insiste sur la forme bénigne limitée de la diphtérie nasale : c'est un simple coryza chronique qui s'installe insidieusement, surtout chez les enfants atteints d'eczéma des narines. L'écoulement est jaune grisâtre ou légèrement rose, la respiration nasale gênée ou impossible. Il n'y a qu'une fièvre insignifiante et les enfants conservent leur gaieté habituelle.

M. Cadet de Gassicourt a, d'autre part, cité le peu de contagiosité de la diphtérie *prolongée*.

Il y a déjà longtemps, Isambert avait signalé l'existence de diphtérie bénigne prolongée du nez et, dans certains cas, cet auteur avait vu les fausses membranes nasales persister plusieurs mois.

Est-ce à dire qu'il faille généraliser et considérer la rhi-

---

(1) Raulin. Du coryza pseudo-membraneux (rhinite fibrineuse, croupale), *Rev. de laryngol., d'otol. et de rhinol.*, 1890, n° 9.

(2) Bischofswerder. Ueber primære Rhinitis pseudo-membranose, *Arch. f. Kinderheilk.*, 1888, Bd. X.

(3) Moldenhauer. Ueber croupöse Eutzündung der Nasenschleimhaut, *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1885, n° 9, p. 522.

(4) Chapin. Pseudo-membranous rhinitis, *Intern. Centralbl. f. Laryngol.*, 1890, p. 234.

(5) Potter. On membranous Rhinitis, *Journ. of Laryngol.*, 1894, n° 3.

(6) Lendziak. Croup oder Diphteritis der Nase? (rhinitis fibrinosa aut diphteritica?), *Monats. f. Ohrenheilk.*, 1893, n° 2 et 3.

(7) Abel. Zur Ætiologie der rhinitis fibrinosa, *Centralbl. f. Bakter.*, 1892, Bd. XII, n° 24.

(8) Stamm, cité par Baginsky. Zur Ætiol. der Diphterie, *Berlin. Klin. Gessels.*, 1892.

(9) Concetti. Untersuchungen ueber die chronische Diphterie der Nase vom bakteriologischen Standpunkte aus, *Intern. Centralbl. f. Laryngol.*, 1892, n° 4.

(1) L. Concetti. Diphtérie chronique du nez, XIVe Congr. de l'Ass. méd. ital., section de laryngologie, rhinologie et otologie, séance du 19 août 1891; — Sur la diphtérie primitive chronique du nez, *Arch. ital. de laryngol.*, 1892, fasc. II, p. 57.

nite fibrineuse, malgré ses allures bénignes, comme étant toujours de nature diphtéritique?

Il ne faut pas se dissimuler que le cas de Concetti, dans lequel cet auteur ne trouva le bacille de Lœffler qu'au bout de quinze jours, après des examens antérieurs infructueux, permet de considérer comme non probante toutes les observations où l'examen bactériologique ne fut pratiqué qu'une fois.

Mais, d'autre part, ce que nous savons des formes opératoires de la rhinite fibrineuse, les examens répétés, faits dans quelques cas, permettent d'accepter à côté de la rhinite fibrineuse, expression de la diphtérie atténuée, des rhinites fibrineuses relevant d'autres microbes : pneumocoque (Abel), staphylococcus pyogenes aureus (J. Sendziak) et streptocoque pyogène.

La fausse membrane n'est pas un produit spécifique, elle résulte de la coagulation de la fibrine exsudée, coagulation qui se produit toutes les fois que la substance fibrinogène qu'elle contient se trouve en présence de substance fibrino-plastique. Cette coagulation peut se produire sous des influences microbiennes diverses (bacille diphtéritique, pneumocoque, staphylocoque, etc.), et peut-être aussi directement (Eulenstein), sous l'action de certains agents thermiques, chimiques ou même d'une simple intervention opératoire, mais dans ces derniers cas, nous croyons, contrairement à Eulenstein (1), que l'on ne peut toujours éliminer *a priori* une influence bactérienne secondaire. Car, comment expliquer alors que l'exsudat fibrineux ne se produise pas toujours?

Le *diagnostic* de la nature de la rhinite fibrineuse est, d'après ce que nous venons de dire, fort délicat. Les éléments de diagnostic fournis par les auteurs sont loin d'être probants, comme nous l'avons montré. Il est possible qu'entre les diverses variétés microbiennes, il existe des différences symptomatiques ou évolutives. Il nous faut pour les établir appeler de nouvelles observations. En attendant, il faudra se guider sur les circonstances extérieures et soupçonner toujours la diphtérie, si l'on ne veut pas s'exposer à des mécomptes. C'est ici qu'apparaît la nécessité absolue de recourir à l'examen bactériologique et cela en se plaçant sur le terrain du diagnostic et surtout du pronostic et des mesures prophylactiques et thérapeutiques à instituer. Car, si l'extension de la maladie est rare elle est possible : pharynx (Hunt, Seifert, Sendziak, Moldenhauer, Moure), larynx (Concetti).

Il nous reste à mentionner une autre variété de rhinite fibrineuse : elle évolue comme la rhinite que nous venons de décrire, mais elle serait l'expression d'une manifestation de la syphilis héréditaire. Schmithuisen, qui a soutenu cette opinion, pense que, dans un grand nombre de cas (moitié), la rhinite fibrineuse doit être rattachée à la syphilis. Cette opinion n'a guère trouvé de défenseurs. Cependant, M. Moure (cité par Raulin) a signalé un cas de coryza pseudo-membraneux observé chez une enfant de huit ans, atteinte de coryza syphilitique (héréditaire tardif). Enfin, dans quelques cas, le chancre syphilitique des fosses nasales est recouvert, comme celui des amygdales, d'un exsudat pseudo-membraneux.

(1) H. Eulenstein. Ueber fibrinöse Exsudati auf der Nasenschleinhaut, *Deuts. Med. Wochens.*, 7 sept. 1893, n° 26, p. 862.

D'après Schmithuisen (1), la rhinite fibrineuse constituerait une prédisposition à l'ozène.

X

Lorsque des enfants se trouvent en contact avec un diphtéritique, il importe de comprendre le nez parmi les organes susceptibles de recevoir le germe infectieux et de prescrire des *mesures prophylactiques* en conséquence : lavages ou simplement insufflations, en très petite quantité, de poudres antiseptiques non irritantes :

Salol	1 gramme.
Acide borique	19 grammes.

Ces mesures seront plus sévères encore s'il existe un coryza encore léger, s'il y a eu des épistaxis : lavages boriqués ou phéniqués faibles (1 p. 100) associés à l'insufflation de poudre.

Le coryza diphtéritique, une fois constaté, le *traitement* est le même, qu'il soit secondaire ou primitif, mais c'est dans ce dernier cas qu'il acquiert toute son importance.

Les indications locales (nous négligeons à dessein celles ressortissant à l'état général) sont : 1° d'évacuer les fausses membranes, réceptacles de bacilles virulents et de toxines; 2° de s'opposer à leur reproduction en atténuant la virulence du bacille ou sa vitalité.

Les dissolvants ne sont plus guère employés bien qu'on ait encore, récemment, vanté, en Allemagne, la papayotine (Schech).

Papayotine	50 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.
Acide chlorhydrique officinal .	Q. S. pour réaction acide; à employer en attouchement.

Il est beaucoup plus logique de s'adresser aux irrigations. L'eau *salée* (une cuillerée à soupe de sel gris pour un demi-litre d'eau), l'eau de chaux et l'eau chloratée (1 à 3 p. 100) sont les agents qui répondent le mieux à la première indication.

Pour remplir la seconde, on se sert de lavages antiseptiques, de pulvérisations liquides, d'insufflations de poudres, d'instillations, d'attouchements directs.

Parmi les lavages médicamenteux, il convient de n'avoir qu'une médiocre confiance aux lavages boriqués. L'acide salicylique à 2 p. 1000 nous a donné de bons résultats ainsi que l'acide phénique à 1 p. 100. On peut additionner l'eau de chaux d'acide phénique et remplir ainsi à la fois les deux indications énoncées.

On a employé beaucoup d'autres antiseptiques, sublimé 0,20 p. 1000, créoline 0,50 p. 1000, permanganate de potasse 0,10 p. 1000, etc., ce dernier lorsqu'il y a fétidité très marquée.

En pulvérisations, on se sert des mêmes solutions. Les poudres sont un complément utile des lavages, en voici une formule :

Iodol	1 gramme.
Menthol	50 centigr.
Acide borique pulvérisé. . }	*àâ* 10 grammes.
Poudre de sucre . . . . . }	

(1) Schmithuisen. *Naturforscher Versammlung*, 1887, et *Intern. Centralbl. f. Laryngol.*, 1890, t. IV, p. 170.

On a encore vanté le calomel, le sozo-iodol, etc.

Les attouchements ont été conseillés avec l'acide phénique en solution glycérinée à 1/10, avec le sublimé à 0,50 p. 1000. Nous leur préférons le salol et le naphtol camphrés.

En résumé, la marche à suivre, dans la diphtérie nasale, est assez simple : instituer le traitement général ; irrigations nasales tièdes, toutes les trois heures à l'eau de chaux phéniquée au centième, alternées avec les lavages à l'eau salicylée (2 p. 1000) ; insufflations de poudres antiseptiques.

Il est bon, en outre, de faire, trois à quatre fois par jour, une instillation de quelques gouttes d'huile mentholée à 1/10 ou 1/20, dans chaque narine, et, s'il existe de la rougeur ou des excoriations du vestibule et de la lèvre supérieure, de prescrire une pommade isolante, destinée à protéger la peau contre l'action irritante des liquides qui s'écoulent des fosses nasales.

XI

Le traitement de la rhinite fibrineuse doit être purement local étant donné l'absence de retentissement marqué sur l'état général ; chez l'enfant nourri au sein, on devra cependant songer à la difficulté apportée à l'alimentation par l'obstruction nasale. Les deux indications capitales sont, ici comme pour les formes de la diphtérie nasale que nous avons étudiées plus haut : enlever les fausses membranes et s'opposer à leur reproduction.

Les moyens à employer dans ce but diffèrent peu de ceux déjà indiqués. L'ablation des fausses membranes avec la pince ou le stylet est à rejeter : outre l'écoulement sanguin et la douleur qu'elle provoque, elle apporte peu de soulagement, la muqueuse tuméfiée continuant à obstruer les fosses nasales (Raulin).

Hartmann et la plupart des auteurs conseillent les irrigations nasales tièdes (acide borique, borate de soude) et les pulvérisations.

Seifert a proposé des attouchements avec la papayotine (voir diphtérie), sans en retirer grand avantage.

Pour empêcher la reproduction de l'exsudat, Gluck (1) a eu recours à l'*atropine* employée localement ; elle ne donne pas de résultats bien favorables. Il en est de même de la *cocaïne*.

Potter s'est adressé au *menthol* en solution huileuse. Il laissait à demeure dans les fosses nasales des tampons imbibés d'huile mentholée. C'est un des procédés le plus recommandables.

M. Moure s'est bien trouvé des badigeonnages avec la solution de Mandl modifiée (glycérine, acide phénique, iode)

Acide phénique floconneux . .	50 centigr.
Iode métallique.	10 —
Iodure de potassium	15 —
Laudanum de Sydenham	1 gramme.
Glycérine neutre.	45 grammes.

et de glycérine lacto-phéniquée :

Acide lactique	1 gramme.
Acide phénique.	1gr50
Glycérine neutre	15 grammes.

pour toucher les parties détergées des fausses membranes.

(1) Gluck. Membranous rhinitis, *The Med. Rec.*, 27 avril 1889.

Les auteurs allemands ont surtout conseillé les poudres : iodoforme, iodol, aristol, acide borique, etc.

Eulenstein pratique le tamponnement avec la gaze iodoformée et il attribue une plus grande importance au tamponnement en lui-même, qu'à la nature de la gaze employée.

Pour la rhinite fibrineuse post-opératoire, nous employons, d'une façon habituelle, comme moyen prophylactique et curatif, le tamponnement des fosses nasales avec la gaze salolée ou iodoformée, suivant en cela la pratique de M. Gouguenheim.

Il faut éviter les cautérisations chimiques ou même galvaniques qui, par l'irritation qu'elles provoquent, ne font qu'augmenter la durée de la maladie [cas de Major (1)]. Pour éviter l'irritation du vestibule et de la lèvre supérieure par le fait de l'écoulement, on prescrira une pommade isolante.

Voici une formule recommandée par Bresgen.

Oxyde jaune de mercure.	1 gramme.
Lanoline anhydre.	7 grammes.
Paraffine liquide	2 —

XII

Il est encore une autre affection rare, le *pemphigus*, susceptible de produire sur la muqueuse nasale des exsudats fibrineux.

D'après Zwillinger (2), le pemphigus de la muqueuse du nez serait moins rare qu'on ne l'admet généralement. Il est tantôt limité à cette muqueuse (Seifert), tantôt il existe à la fois sur plusieurs muqueuses : lèvres, bouche, palais, pharynx, conjonctives et sur la peau [Mosler (3), Neumann (4), Landgraf (5)], tantôt, enfin, après s'être montré d'abord sur la muqueuse du nez, il se généralise tardivement (Parjesy). Il a été étudié récemment avec soin par Seifert.

Il se produit sur la muqueuse nasale des vésicules remplies de sang, de grosseur variable : celles-ci se rompent bientôt et laissent une surface indurée et qui se recouvre d'un exsudat fibrineux disposé en couches membraneuses grisâtres ou jaunâtres. La muqueuse nasale est tuméfiée et saigne facilement.

Ces altérations de la muqueuse sont l'expression des lésions histologiques intenses que Seifert (6) y a constatées : transformation cubique de l'épithélium cylindrique, prolifération du tissu conjonctif, infiltration embryonnaire des glandes et des tuniques artérielles des petits vaisseaux.

Le traitement doit être purement symptomatique.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 mars 1894. — Présidence de M. Championnière.

RAPPORT

Traitement des hernies gangrenées. — M. Chaput.

M. Martinet (de Sainte-Foy-la-Grande) nous a communiqué deux observations très intéressantes de hernies gangrenées.

(1) Major. *New-York Med. Jonrn.*, 20 mars 1886. — Les fausses membranes se reproduisirent pendant trois mois.
(2) Zwillinger, *Pester. med.-chir. Presse*, 1889.
(3) Mosler. *Deuts. med. Wochens.*, 1890.
(4) Neumann. *Wien. med. Blætt.*, 1886, nos 9, 10, 11.
(5) Landgraf. *Berlin. klin. Wochens.*, janv. 1891, no 1, p. 13.
(6) Seifert. *Rev. de laryngol.*, 1er fév. 1891, p. 65.

Dans la première (hernie ombilicale), l'anse étranglée, très distendue, présentait sur son bord convexe une plaque de gangrène mesurant 9 centimètres de long et 2 centimètres de large. L'opérateur a enterré cette lésion au fond d'un pli fixé par une suture continue au catgut.

M. Piéchaud (de Bordeaux) propose de donner à cette opération le nom de Martinet, mais il s'agit d'une manœuvre entrée depuis longtemps dans la pratique et qui a été décrite antérieurement par Daviers en 1869, par Bœckel en 1875, par Dayot en 1891. On la connaît, en Allemagne, sous le nom de méthode de Lindner (1891).

M. Chaput pense qu'il est préférable, en pareil cas, d'employer la soie plutôt que le catgut, qui peut s'infecter au voisinage d'une gangrène. Il recommande également un double étage de sutures, pour être sûr qu'il n'y aura pas de désunion.

Dans la seconde observation, M. Martinet a été appelé le cinquième jour d'un étranglement (hernie crurale) qui avait déjà subi plusieurs tentatives de taxis. La hernie étant gangrenée, l'auteur fit la résection et la suture de Lembert. Il y eut, pendant la convalescence, des abcès métastatiques à distance qui guérirent complètement.

M. Chaput s'élève contre les tentatives réitérées de taxis; il rappelle qu'on ne fait plus le taxis après vingt-quatre heures, qu'on ne doit l'exécuter que sous chloroforme et qu'il faut être prêt à opérer immédiatement en cas d'insuccès.

Une observation de M. Chaput tendrait à proscrire le taxis dans tous les cas. Il a observé à Cochin, chez M. Schwartz, un malade présentant une hernie très peu tendue; il la réduisit avec beaucoup de facilité. Le lendemain, la tumeur s'était reproduite sous le spica, et M. Rieffel, opérant, trouva une anse gangrénée et fit un anus contre nature. Il est probable qu'il s'est agi d'une hernie pro-péritonéale avec réduction apparente.

M. Chaput fait alors un parallèle entre l'anus contre nature et la suture intestinale.

L'opération de l'anus contre nature est simple, courte et facile: elle vide très facilement le bout supérieur.

Elle a l'inconvénient d'occasionner un phlegmon herniaire grave, résultant du passage des matières; ce phlegmon peut encore se propager au péritoine. La déperdition excessive des matières fait mourir d'épuisement un grand nombre de malades.

Dans plusieurs observations, l'anus contre nature a été suivi de gangrène, de perforation, de coudure du bout supérieur ayant amené la mort.

La mortalité de l'opération est considérable; elle s'élève à 88 p. 100 (Lockwood), 80 p. 100 (Franks), 76 p. 100 (Mikulicz), et il ne semble pas possible de l'améliorer.

Enfin, l'anus artificiel constitue une infirmité dégoûtante qui réclame pour sa guérison des opérations graves et répétées.

La suture intestinale guérit les malades complètement et en quelques jours; elle n'expose ni au phlegmon herniaire, ni à l'épuisement; enfin elle donne une mortalité beaucoup moindre que l'anus contre nature. En réunissant les statistiques de Czerny, Riedel, Kocher, Hagedorn, Hahn, Poulsen et Mikulicz, on a un total de 64 cas avec 32 morts (50 p. 100).

Il faut cependant faire quelques réserves. Ces résultats ne sont aussi brillants que parce que les opérateurs réservent, en général, leurs plus mauvais cas à l'anus contre nature.

La suture présente plusieurs inconvénients: elle expose à l'occlusion par rétrécissement ou par coudure; la mort est souvent le résultat de la perforation spontanée du bout supérieur, de l'insuffisance des sutures, de la gangrène secondaire de l'intestin.

Pour supprimer tous les inconvénients qu'on reproche à la suture, M. Chaput conseille de faire une longue incision empiétant sur l'abdomen qui permet de laver, de drainer le péritoine et de débrider de dehors en dedans, à ciel ouvert. La résection remontera suffisamment haut pour porter sur des tissus absolument sains. On évitera les inconvénients de la suture circulaire classique, en exécutant la suture circulaire avec fente de l'auteur, qui ne donne aucun rétrécissement.

L'anse suturée sera maintenue au dehors entre deux couches de gaze iodoformée. Le péritoine sera drainé et la plaie herniaire bourrée de gaze.

Si l'anse reste saine après quarante-huit heures, on la réduit et on suture l'abdomen; si elle se perfore ou se gangrène, cet accident n'a pas d'inconvénients pour le péritoine. En cas de désunion de la suture, il ne se produit qu'une fistule insignifiante, car la section de l'éperon se trouve réalisée par avance avec la fente préconisée par l'auteur.

La suture est contre-indiquée lorsqu'il existe du collapsus ou une péritonite grave, ou lorsque l'opérateur ne possède pas une habitude suffisante des sutures intestinales.

Dans les cas de gangrène n'atteignant pas toute la circonférence de l'anse et entourée de tissus sains, M. Chaput conseille une excision losangique emportant la plaque gangrenée, suivie de la suture des bords contigus du losange, afin de ne pas rétrécir l'intestin.

COMMUNICATION

Trachéotomie. — M. GOUGUENHEIM fait une communication sur la trachéotomie. Il a abandonné la laryngotomie inter-crico-thyroïdienne en raison des dangers qu'elle présente chez les tuberculeux, dont le larynx peut être atteint de carie, et en raison des troubles persistants de la phonation qu'elle entraîne souvent après elle. M. Gouguenheim pratique donc la trachéotomie chez l'adulte. Il a apporté quelques légères modifications dans le manuel opératoire. Comme anesthésique, il a recours à la cocaïne. Il fait l'incision très petite et ponctionne l'aponévrose avec le thermocautère. (Comm. : M. Richelot.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

M. TUFFIER communique quatre cas de plaies pénétrantes du crâne par balle de revolver.

Le 12 septembre 1890, alors qu'il remplaçait le professeur Le Fort, il trouve, dans le service, un homme de quarante ans qui, entré la veille au soir, s'était tiré une balle de revolver de 9 millimètres dans la région temporale droite. Il avait une hémiplégie du côté gauche et était dans le coma. Le lendemain matin, M. Tuffier le voit pour la première fois, pratique la trépanation, agrandit l'ouverture, explore le trajet, ne trouve pas la balle. Le blessé succombait vingt-quatre heures après.

Dans un autre cas, il s'agissait d'un homme qui s'était tiré une balle de 6 millimètres dans la région temporale droite. Il n'y a pas de paralysie, mais le blessé est dans un état comateux. M. Tuffier, en l'absence d'accidents, se contente de faire l'asepsie externe de la plaie. Au troisième jour, la température monte à 38 degrés, le lendemain à 39 degrés. Le malade se plaint d'une vive douleur au niveau de la plaie; M. Tuffier trépane, introduit un stylet dans la plaie, donne issue à un verre à bordeaux de pus; il agrandit alors l'ouverture, incise la dure-mère et tombe sur un abcès du cerveau au fond duquel il trouve le projectile qu'il extrait. Ce malade succomba à ces accidents infectieux. Dans ce cas, M. Tuffier regretta vivement de n'être pas intervenu plus tôt.

Dans le troisième cas, observé à Baujon, il s'agissait aussi d'un coup de feu dans la région temporale; plaie

pénétrante, aucun trouble pendant les trois premiers jours; au quatrième jour, élévation de température, signes d'infection, trépanation. M. Tuffier trouve et extrait un premier projectile dans l'épaisseur de la dure-mère, puis un second à 2 centimètres dans l'épaisseur du cerveau. Drainage, guérison complète.

Le quatrième cas a trait à un jeune homme, morphinomane, qui se tire dans la tête une balle de revolver de 6 millimètres. Ce jeune homme est dans un demi-coma; il n'y a pas d'autres symptômes cérébraux. Au cinquième jour apparaissent des phénomènes infectieux; M. Tuffier explore le trajet, pénètre jusqu'à 5 centimètres; il trépane, agrandit l'ouverture, extrait la balle. Guérison complète.

Tout en acceptant les conclusions de M. Delorme sur les difficultés et les dangers de l'exploration et de l'extraction du projectile et des esquilles dans ces cas, M. Tuffier pense qu'il ne faut pas refuser systématiquement l'intervention chirurgicale à ces blessés; il croit qu'on est autorisé à faire une exploration aseptique, prudente, des plaies du crâne, à faire la trépanation, à tenter l'extraction du projectile et des esquilles et à drainer la plaie. M. Tuffier préfère la couronne de trépan à l'emploi de la gouge et du maillet.

LECTURE

Inflammations péri-utérines. — M. HARTMANN lit un travail sur la nature et la pathogénie des inflammations péri-utérines. (Comm. : M. Terrier.)

PRÉSENTATION

Tumeur cirsoïde de la main. — M. MONOD présente un malade atteint d'une tumeur cirsoïde de la main. Il consulte la Société sur la conduite à tenir en présence de ce malade, qui a déjà subi plusieurs opérations sans résultat.

M. BERGER, dans des cas de ce genre, a fait des injections intra-veineuses de perchlorure de fer.

M. TH. ANGER cite le cas d'un jeune homme également atteint de cette affection et qui a guéri à la suite d'injections coagulantes.

M. POLAILLON suit depuis vingt-deux ans un malade atteint de tumeur cirsoïde de la main. Ce malade a subi successivement des injections coagulantes, la ligature des deux artères de l'avant-bras, de l'humérale et de l'axillaire, la destruction de la tumeur par le thermocautère avec application de la bande d'Esmarch. Chaque fois, le mal a récidivé. Il faudra faire l'amputation de l'avant-bras.

M. REYNIER a pratiqué successivement, chez un jeune homme atteint d'un anévrysme cirsoïde de la main droite, des injections de perchlorure de fer, la ligature de l'artère radiale, l'amputation de la main, puis l'amputation de l'avant-bras, le mal étant revenu chaque fois.

M. TERRIER pense que, dans le cas de M. Monod, la seule conduite à tenir est l'amputation du bras faite aussi haut que possible.

M. CHAMPIONNIÈRE, qui a eu ce malade dans son service, lui a lié tous les troncs vasculaires de la main, puis a enlevé tout ce qu'il a pu. Il constate que ce malade est mieux actuellement que quand il lui a fait ces ligatures.

M. QUÉNU estime que, dans ces cas, la compression digitale est absolument inefficace.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

41. M. Petit. L'enseignement de la médecine et l'Assistance publique à Tours, jusqu'en 1841 (fondation de l'École secondaire de médecine). — 42. M. Dethève. Contribution à l'étude du traitement du mal de Pott par l'extension continue. — 43. M. Bertin. Contribution à l'étude du traitement de la malaria. — 44. M. Debedat. Influence des différentes formes de l'électricité d'usage courant en électrothérapie sur la nutrition du muscle. — 45. M. Cannieu. Recherches sur le nerf auditif, ses rameaux et ses ganglions. — 46. M. Mariot. Contribution à l'étude du formol comme antiseptique. — 47. M. Debès. Contribution à l'étude de l'uréthrotomie interne. — 48. M. Jurquet. Des rétrécissements de « large calibre » de l'urèthre. — 49. M. Lamort. De l'influence comparée du raccourcissement des ligaments ronds et de l'hystéropexie abdominale au point de vue obstétrical. — 50. M. Baudry. De l'intervention chirurgicale dans les cas d'absence du vagin. — 51. M. Crozet. De la valeur séméiologique du rétrécissement concentrique du champ visuel. — 52. M. Decourt. La rhinite hypertrophique chez les enfants, ses complications, son traitement. — 53. M. Houques. Contribution à l'étude du tétanos céphalo-paralytique, tétanos céphalique avec paralysie faciale ou tétanos de Rose. — 54. M. Cordier. Étude sur la médecine hindoue (temps védiques et héroïques). — 55. M. Brandeis. L'état mental des chlorotiques. — 56. M. Bussière. De la disparition du premier bruit du cœur dans les affections aiguës, valeur séméiologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine vient de présenter à l'acceptation du ministre, pour la chaire de clinique des maladies nerveuses, en première ligne : M. Raymond, agrégé, médecin à la Salpêtrière; en seconde ligne : M. Déjerine, agrégé, médecin à Bicêtre.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dive (de Cartigny), Doreau (de Châteauroux), Lecoconnier (de Paris).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies épidémiques, par A. Kelsch, directeur de l'École de santé militaire de Lyon. — Tome I : Épidémiologie générale; — Les phlegmasies catarrhales saisonnières; — Les pyrexies saisonnières; — L'ictère essentiel; — La pleurésie; — La pneumonie; — Le rhumatisme articulaire aigu; — La fièvre typhoïde; — Le typhus. — 1 vol. gr. in-8° de 560 pages avec tracés. — Prix : 12 francs. — L'ouvrage sera complet en 2 volumes; le deuxième est en cours d'impression. — Paris, O. Doin.

Traité théorique et pratique des maladies de l'oreille et du nez (5e partie), par les docteurs Miot et Baratoux. In-8°. — Prix : 5 francs. — Paris, L. Battaille et Cie.

Thérapeutique des névroses, par P. Oulmont, médecin de l'hôpital Laënnec. In-18 relié de 350 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

L'onanisme chez la femme, par le docteur Pouillet. In-18 jésus. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, L. Battaille et Cie.

Contribution à l'étude de la diphtérie, diagnostic et étiologie, par le docteur Henri Tézenas du Montcel. In-8° de 76 pages. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 mars 1894.

Le nombre des étudiants en médecine croît chaque année, et c'est à la Faculté de Paris que les nouveaux inscrits se portent de préférence. De là, le premier cri d'alarme poussé par le doyen de notre Faculté ; de là, la circulaire adressée par le ministre de l'Instruction publique aux recteurs des différentes circonscriptions académiques. Mais cet encombrement de la Faculté a son retentissement inévitable sur les concours de l'Assistance publique. Le nombre des candidats à l'internat et à l'externat a presque doublé depuis ces dernières années et les concours commencés en octobre ne prennent fin que vers le mois de mars, occupant ainsi jury et candidats pendant près de la moitié d'une année. Nous avons déjà proposé certaines réformes pour éviter aux candidats à l'externat ces allées et venues constantes, qui leur font perdre inutilement un temps considérable. Depuis notre article, d'autres journaux de médecine ont proposé des modifications d'un autre ordre. Les uns, forts de l'avis de quelques professeurs, ont pensé qu'avec l'organisation nouvelle du stage (tous les élèves étant stagiaires pendant trois années), il serait possible de supprimer purement et simplement l'externat et de le remplacer par le stage, ce qui éviterait un concours ennuyeux et long et donnerait à l'Assistance publique quelques deniers dont elle a grand besoin.

A cette manière de voir par trop radicale, nous objecterons qu'il est bon qu'aux hôpitaux les élèves appartiennent aux hôpitaux et qu'ils ne soient pas exclusivement sous la dépendance de la Faculté. D'autre part, cette petite mensualité qui indemnise l'externe des hôpitaux excentriques est une bien petite chose dans le gros budget de l'Assistance publique, petite chose moins à dédaigner dans le maigre budget de certains étudiants peu fortunnés. Quelques-uns de nos maîtres, et des plus éminents, ont été, dit-on, fort heureux autrefois de trouver, chaque fin de mois, ce modeste appoint à leur non moins modeste pension.

D'après d'autres avis, il faudrait réduire le concours à une seule épreuve, ce qui, en effet, paraît fort judicieux. Le classement serait, dans ce cas, plus difficile à faire à cause du grand nombre d'élèves *ex æquo*, mais cela a si peu d'importance pour le choix des places, que nous ne verrions pas grand inconvénient à supprimer la deuxième épreuve.

Un des juges du dernier concours de l'internat, M. Kirmisson, vient de proposer une série de réformes à apporter dans ce concours. Tout d'abord, une première épreuve orale, éliminatrice, faite devant un premier jury, ne laisserait arriver devant un second jury qu'un nombre suffisant de candidats. Ce deuxième concours, comprenant une composition écrite et une épreuve orale (réduite à cinq minutes et consacrée uniquement à la pathologie), déterminerait les nominations définitives. Suivant la remarque de notre confrère de l'*Union médicale*, « par ce moyen, la durée du concours serait abrégée pour les juges et pour les candidats qui n'auraient pas eu le bonheur d'être admissibles ; mais elle serait allongée pour les jeunes gens admis aux épreuves définitives, et nous doutons que ces derniers acceptent avec plaisir de subir trois épreuves au lieu de deux ».

Nous repoussons donc ce dédoublement du concours comme une complication nouvelle, qui soulage peut-être les jurys, mais qui pèse sur les candidats, sur les meilleurs, sur ceux qu'a déjà épuisés la dure préparation du concours de l'internat. Nous n'acceptons pas davantage l'élimination après une première épreuve orale. On sait combien sont différemment appréciées par les candidats les difficultés d'une question, combien certaines sont jugées faciles, d'autres difficiles, combien sont classiques, combien sont rangées sous l'étiquette de « casse-cou », combien il est difficile pour un jury d'établir un juste équilibre entre ces différentes questions, aussi nous pensons que l'élimination ne peut et ne doit se faire que sur une épreuve commune à tous, c'est-à-dire sur une composition écrite. Un deuxième jury pourrait, dans ces conditions, être chargé des épreuves orales.

Nous sommes tout à fait de l'avis du chirurgien des Enfants-Assistés, lorsqu'il propose de remanier le programme du concours de l'internat, après consultation d'une commission de médecins, chirurgiens et accoucheurs des hôpitaux. A l'heure actuelle, avec les progrès considérables que les sciences médicales ont accomplis, pendant ces dernières années, il est impossible aux candidats de connaître leur programme en entier, programme qui, en somme, comporte actuellement toute l'anatomie et toute la pathologie. Il serait utile de le réduire et de le préciser ; on éviterait ainsi ces épreuves, qui, suivant l'expression de M. Kirmisson,

sont d'une faiblesse notoire. Avec la nouvelle loi militaire et les nouveaux règlements du service de santé, qui obligent l'étudiant à être interne de bonne heure, il est impossible aux candidats de connaître toutes les matières du programme actuel. Aussi le hasard, favorisant les uns, nuisant aux autres, a-t-il dans ce concours une importance qu'il faut essayer de lui faire perdre.

M. Jules Voisin présente à la Société médicale des hôpitaux (séance du 16 mars) un jeune enfant atteint d'idiotie myxœdémateuse, qui a été notablement amélioré par la greffe sous-cutanée d'un corps thyroïde de mouton, puis, cinq ou six semaines plus tard, par ingestion en nature de 8 grammes de corps thyroïde par jour pendant dix-huit jours. Au bout de ce temps, on vit survenir des accidents toxiques semblables à ceux qu'a signalés M. P. Marie dans une récente communication. L'enfant était devenu inquiet, agité; il avait des frayeurs inaccoutumées; il pleurait facilement : tout cela contrastant de la façon la plus nette avec son habituelle atrophie. Enfin, il survint de la tachycardie et l'ingestion du corps thyroïde de mouton fut suspendue.

Actuellement, la figure est moins bouffie; la peau plus souple, moins épaisse, moins rugueuse; l'enfant a un peu plus de vivacité qu'autrefois, sans qu'on puisse dire cependant que son état intellectuel se soit beaucoup amélioré.

M. Antony, chargé au Val-de-Grâce du service des malades contagieux, apporte une étude intéressante sur l'érysipèle médical. Récemment, M. Guyot faisait remarquer la rareté de la contagion hospitalière. Cette contagion cependant est parfois observée. M. Antony l'a relevée une dizaine de fois; il en rapporte en particulier quatre cas qui sont survenus sept, neuf, dix et douze jours après le début du contact avec des érysipélateux. La durée de l'incubation serait donc ainsi de neuf à dix jours en moyenne. Toutefois, il est bon de remarquer qu'on ne sait pas, dans ces conditions, à quel moment précis s'est faite *l'inoculation*; on sait que des individus sains plongés dans un milieu érysipélateux ont présenté une *immunité* de dix jours environ, mais c'est tout. Dans les cas où l'inoculation a été faite expérimentalement de l'homme à l'homme, — et cela a eu lieu à plusieurs reprises dans un but thérapeutique, — la période d'inoculation a été beaucoup moins prolongée.

L'érysipèle de la face, l'érysipèle médical, dure en moyenne de sept à huit jours; il présente trois formes cliniques principales : E. abortif, E. franc, E. à rechutes.

Les rechutes sont le plus souvent moins intenses et d'une durée moins longue que la première poussée: exceptionnellement, c'est le contraire qu'on observe.

Quelquefois, huit ou quinze jours après que la température est revenue à la normale, on voit survenir des poussées d'œdème localisé de la face.

La durée de la fièvre ne mesure donc pas exactement celle de la maladie; il y a, du reste, des érysipèles sans fièvre. La durée totale de la maladie est en moyenne de douze à quinze jours.

M. Le Gendre expose, avec une conviction communicative, les avantages des enveloppements humides du thorax dans le traitement des phénomènes congestifs qui surviennent si souvent au cours des affections thoraciques chez les enfants : dans la bronchite avec poussées de congestion pulmonaire, dans la bronchite des fièvres éruptives, dans la broncho-pneumonie, dans la tuberculose pulmonaire, etc.

Ces poussées congestives, on le sait, sont annoncées par la dyspnée, l'inquiétude de l'enfant, l'élévation de la température, et caractérisées par des râles sous-crépitants, quelquefois même un léger souffle et de la submatité. Elles apparaissent, disparaissent et se déplacent avec une grande facilité. Elles deviennent quelquefois un danger de mort en quelques heures. Habituellement on les combat par les cataplasmes sinapisés, les ventouses, les vésicatoires. M. Le Gendre leur préfère de beaucoup les enveloppements froids qui sont d'une application facile, qu'on peut renouveler indéfiniment et qui ne sont pas douloureux. Elles agissent rapidement et de la façon la plus favorable tant sur l'état général que sur l'état local. La température s'abaisse, la dyspnée disparaît, le calme revient, les signes de congestion s'évanouissent.

Les enveloppements sont faits avec de la tarlatane trempée dans l'eau froide, appliquée à nu sur le thorax et recouverte de taffetas gommé. A la première application les petits malades sont souvent surpris, plus tard, ils sont les premiers à réclamer l'eau froide. On laisse à demeure la gaze humide; on la mouille de nouveau dans l'eau froide lorsque les symptômes alarmants se reproduisent.

MM. Rendu et Richardière employaient, depuis plusieurs années, avec avantage, l'enveloppement total dans le drap mouillé, qui détermine une réaction générale intense, avec sudation considérable; il est probable qu'avec des applications limitées à la poitrine, l'effet révulsif l'emporte sur la réaction générale; ce ne sont, sans doute, pas des moyens exactement équivalents. L'efficacité de ce mode d'intervention prouve nettement que la douleur ne mesure ni l'intensité, ni la valeur de la révulsion, contrairement à un préjugé dont sont victimes tous les jours de malheureux enfants sans défense.

MÉDECINE MILITAIRE

La loi militaire et les médecins.

La presse médicale a été, depuis quelques années, unanime à s'émouvoir des conditions toutes particulières dans lesquelles les étudiants en médecine sont astreints à accomplir leur service militaire. En agissant ainsi, elle a rempli un devoir.

La question est redevenue toute d'actualité, à l'occasion du projet déposé par l'honorable M. Cornil; malheureusement, ce projet, quoique rationnel autant que justifié, n'a pas obtenu le succès souhaité par ses éminents défenseurs MM. Labbé, Lourties, Bardoux, et, de nouveau, la discussion paraît close. Le silence s'est fait, pour quelque temps du moins.

Nous disons pour quelque temps, car, s'il est à souhaiter que la question du service militaire des étudiants ne devienne pas le point de départ de discussions et de polémiques sans fin, comme aussi sans résultat, il ne faut pas non plus qu'elle soit reléguée dans l'ombre, et risque de tomber dans l'oubli.

I

Comme l'a dit avec raison M. Lereboullet (1), « malgré les objections du Sénat, malgré l'échec des efforts tentés au nom de l'Association générale des médecins de France, il nous reste à maintenir un projet dont la Chambre des députés, à deux reprises diverses, a reconnu l'opportunité, et à faire des vœux pour que les représentants autorisés de l'Enseignement médical soutiennent, plus énergiquement qu'ils ne l'ont fait jusqu'à ce jour, une cause qu'il ne faut pas considérer comme définitivement perdue ». Ces paroles ne peuvent et ne doivent pas rester sans écho.

Les voies et moyens, pour arriver au but, ne font pas défaut : nous emploierons, le plus souvent, les mêmes que nos confrères; mais nous pensons que, si les opinions émises et les arguments invoqués (2) par la plupart des feuilles médicales n'ont pas encore, à l'heure actuelle, suffisamment convaincu les esprits, c'est que, peut-être, ils n'ont pas été toujours présentés avec la méthode et la rigueur dans l'interprétation qui sont nécessaires pour exposer un tel sujet, sujet d'une gravité tout exceptionnelle, puisque aujourd'hui sont en jeu, non seulement les destinées des générations médicales futures, celles de l'internat des hôpitaux, mais encore et surtout celles du corps de santé de l'armée.

Pour édifier notre étude sur des bases solides, nous nous proposons, avant toute autre chose, d'analyser les dispositions de la loi de 1889 relatives au service militaire des étudiants en médecine, mais en les envisageant à un point de vue spécial, de façon à y chercher la solution des questions suivantes :

1° Pour les jeunes gens se destinant aux carrières libérales, les conditions du service sont-elles bien égales pour tous ?

2° Certaines catégories ne sont-elles pas l'objet de mesures d'exception ?

3° Les médecins sollicitent-ils, en ce qui les concerne, des avantages susceptibles de les faire échapper à la loi générale ?

4° A supposer qu'il soit reconnu nécessaire d'appliquer aux étudiants et aux jeunes docteurs des mesures spéciales, ces mesures seraient-elles plus justifiées, ou tout au moins aussi justifiées, pour les médecins que pour les autres jeunes gens visés par le même article de la loi?

II

L'article 23 de la loi accorde le renvoi dans leurs foyers, après une année de service et dans certaines conditions déterminées, aux jeunes gens qui se destinent aux carrières libérales. Ces jeunes gens peuvent être rangés sous cinq catégories :

1° Ceux auxquels la dispense est accordée à titre de récompense (prix de Rome, lauréats du Conservatoire, de l'École nationale des Beaux-Arts et de l'École nationale des Arts décoratifs);

2° Ceux liés par un engagement de dix ans au service de l'Instruction publique, des institutions nationales de sourds-muets et de jeunes aveugles, des congrégations religieuses vouées à l'enseignement et reconnues d'utilité publique, et des écoles françaises d'Afrique et d'Orient;

3° Ceux proposés par un jury départemental, au titre des industries d'art;

4° Les élèves ecclésiastiques, dont il sera parlé ultérieurement, à propos du service de santé;

5° Les élèves diplômés, dont nous allons parler avec quelques détails.

Des dispensés des quatre premières catégories, nous ne dirons rien, nous réservant d'étudier particulièrement aujourd'hui la cinquième catégorie, de beaucoup la plus importante, à notre point de vue. Dans celle-ci, en effet, nous trouvons groupés toute une série de jeunes gens qui doivent, avant l'âge de vingt-six ans, avoir obtenu l'un des diplômes suivants : docteur en médecine, interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville de Faculté, pharmacien de première classe, vétérinaire, docteur en droit, licencié ès lettres ou ès sciences, diplôme de l'École des langues orientales ou de l'École des chartes, diplôme supérieur de l'École des ponts et chaussées (pour les élèves externes), de l'École du génie maritime, de l'École supérieure des mines et de l'École des mines de Saint-Étienne, de l'École des haras du Pin, de l'Institut agronomique, de l'École des hautes études commerciales, des Écoles d'arts et métiers d'Angers, d'Aix et de Châlons, des Écoles de maîtres ouvriers d'Alais et de Douai, des Écoles supérieures de commerce reconnues par l'État, des Écoles nationales d'agriculture de Grignon, de Montpellier et de Grandjouan, et diplôme de l'École centrale des arts et manufactures.

Sans nous appesantir sur la valeur de l'équivalence de ces différents diplômes, que nous venons d'énumérer, il nous suffira de faire remarquer que, par une déduction logique, on est porté à croire les jeunes gens, faisant partie de cette catégorie, obligés d'accomplir leur service militaire dans des conditions identiques. Il n'en est rien. La plupart de ces dispensés font, il est vrai, leur année de service comme les dispensés des autres catégories, c'est-à-dire comme simples soldats; il y a une seule exception à noter, celle qui a été admise par la loi en faveur des élèves diplômés de l'École centrale.

La situation des élèves de l'École centrale constitue dans la loi une anomalie tolérée, une faveur d'exception légitimée par elle. La constatation de ce fait suffit surabondamment à prouver que les jeunes gens visés par l'article 23 ne font pas leur service dans des conditions égales pour tous. On nous dira bien, la chose est prévue, que les élèves, pendant leur séjour à l'École centrale, sont considérés comme étant sous les drapeaux, qu'ils souscrivent, à leur entrée, un engagement de quatre ans, dont trois se passent à l'école, et la quatrième année dans un corps de troupe. Mais que prouve cela ? Que l'on a voulu éviter aux élèves de l'École centrale les fatigues pénibles d'une année de service, année, d'autre part, perdue pour leur instruction personnelle s'ils avaient été employés comme soldats, très profitable, au contraire, si on les utilisait comme officiers dans des armes spéciales, telles que l'artillerie et le génie.

III

Puisqu'il est péremptoirement démontré que les élèves de l'École centrale ont été l'objet de faveurs exceptionnelles, nous devons examiner quelles sont, au point de vue de l'armée, les conséquences de cette mesure particulière.

---

(1) Lereboullet. *Gazette hebd.*, 10 février 1894.

(2) Nous nous réservons, en outre, d'en produire de nouveaux, dont quelques-uns nous paraissent d'une valeur indiscutable.

Il est certain que, lorsque la loi a été votée, le Parlement n'avait guère pu se rendre compte des résultats que produiraient les dispositions adoptées; il obéissait à des mobiles divers en créant une caste spéciale parmi les dispensés. Mais aujourd'hui que la loi est appliquée depuis un certain temps, il est possible d'étudier la question par son vrai côté, à savoir si, étant donné que les élèves diplômés de l'École centrale font leur année de service comme officiers, ces jeunes gens sont mieux aptes à servir leur pays que les autres jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23. Il se trouve, en effet, qu'à l'heure actuelle, cet état de choses est considéré comme très avantageux ; après une année entière de service passée à remplir les fonctions de sous-lieutenant, ces officiers passent dans le cadre de réserve; ils sont faits aux mille détails de la vie de l'officier, ils sont habitués au commandement, ils ont une instruction technique solide; pour toutes ces raisons, ils sont appelés à faire des officiers de réserve aussi instruits que zélés et disciplinés. Grâce à ce mode de recrutement, les armes spéciales sont pourvues d'un cadre d'officiers de réserve dont la plupart ont une compétence incontestable, en ce qui concerne les choses de l'armée.

IV

On pourrait croire, d'après ce que nous venons de dire des élèves diplômés de l'École centrale, que nous sommes désireux de voir donner aux étudiants en médecine, à la fin de leur scolarité, les mêmes avantages, c'est-à-dire la possibilité de faire comme aides-majors leur année de service. Loin de nous une telle idée ; les situations de ces jeunes gens ne sont aucunement comparables. Ce qui est utile aux uns ne le serait pas aux autres et, puisque notre devoir est de satisfaire, au mieux du possible, les intérêts de l'armée et du pays, il faut laisser bien loin derrière nous les sottes vanités d'un amour-propre irraisonné.

Pourquoi les élèves de l'École centrale peuvent-ils, avec fruit, accomplir en qualité de sous-lieutenants leur première année de service? La raison en est simple. Ils ont reçu préalablement les notions d'instruction militaire indispensables à ceux qui sont appelés à commander les autres; en outre, l'instruction technique qu'ils reçoivent à l'École centrale, en vue de leur profession, leur rend les plus grands services dans l'accomplissement des fonctions d'officier d'artillerie ou du génie.

Quand les étudiants en médecine sont appelés, c'est pendant le cours de leur scolarité; ils ne sont préparés en aucune façon aux fonctions qui doivent leur incomber. Ils ignorent les principes fondamentaux des règlements militaires; tout au moins faut-il qu'ils débutent comme les autres dispensés, qu'ils arrivent comme eux au régiment en qualité de soldats, et que ce soit comme tels qu'ils apprennent, tout d'abord, leur métier de soldat.

Ainsi donc, dans leur intérêt même, les étudiants en médecine doivent-ils subir la loi générale, au même titre que la plupart des autres citoyens français.

V

Les étudiants en médecine, à l'époque où ils sont appelés à faire leur service militaire, ne possèdent aucune instruction militaire, même élémentaire; il convient d'ajouter que, d'autre part, ils ne connaissent rien du métier d'infirmier. Il faut qu'ils soient avant tout bons soldats, puis bons infirmiers, avant d'avoir droit au titre et au grade de médecin auxiliaire, grade qui confère, dans la hiérarchie militaire, les droits et prérogatives dévolus aux adjudants.

Combien faut-il de temps pour qu'un jeune homme, possédant la culture intellectuelle de l'étudiant en médecine, arrive à connaître les règlements fondamentaux, à posséder son école du soldat et à savoir se tenir sous les armes? Deux mois au maximum; car nous considérons que, logiquement, on n'a pas le droit d'en enseigner davantage à des hommes qui n'ont pas besoin de savoir davantage, étant donné le genre de fonctions qu'ils seront ultérieurement appelés à remplir.

Il resterait donc dix mois à l'étudiant en médecine pour se préparer à devenir aide-major de réserve. Sur ces dix mois, quatre devraient être employés à l'accomplissement des fonctions d'infirmier; deux mois de séjour à l'infirmerie régimentaire et deux mois dans un service hospitalier seraient très suffisants, à la condition qu'à partir du deuxième mois de service, les étudiants fussent *définitivement* abandonnés au Service de santé, c'est-à-dire aux médecins chefs de service chargés de les instruire.

Il faudrait que le temps passé à l'infirmerie, comme à l'hôpital, fût employé de la façon la plus profitable pour ces jeunes gens, que les médecins fissent pour eux ce que le commandement fait, par exemple, pour les élèves-caporaux, les réunissent en un peloton spécial, pour l'instruction duquel ils ne regretteraient ni leur temps, ni leur peine. Nous connaissons le zèle des médecins militaires, nous pouvons nous porter garant de leur dévouement; mais combien leur tâche serait rendue plus facile, si un programme détaillé, nettement défini, venait fixer, jour par jour, la progression de l'enseignement à donner aux étudiants, pendant cette période de quatre mois, à laquelle nous faisons allusion.

C'est seulement pour les étudiants ayant six mois de service, que nous serions partisans de solliciter des mesures spéciales. A cette période, ces mesures seraient rationnelles et nous allons démontrer qu'elles seraient plus justifiées pour les élèves en médecine que pour n'importe lesquels des jeunes gens dispensés en vertu de l'article 23, à quelque catégorie qu'ils appartiennent.

Ces mesures spéciales consisteraient tout d'abord à exiger, des étudiants en médecine ayant six mois de présence, un examen sérieux, qui ne pourrait en aucune façon être réduit à une formalité administrative. Cet examen porterait sur l'ensemble des matières enseignées aux jeunes gens depuis leur arrivée au corps. Un officier, du grade de lieutenant ou sous-lieutenant (1), les examinerait sur les éléments de l'instruction militaire, le médecin chef du régiment et un médecin de l'hôpital seraient chargés des interrogations sur le fonctionnement du service de santé régimentaire et sur le service dans les hôpitaux. Le médecin le plus élevé en grade et, à défaut, le plus ancien, serait président de la Commission.

Les jeunes gens ayant satisfait à l'examen seraient promus médecins auxiliaires; les autres continueraient à remplir les fonctions d'infirmiers.

Les étudiants, promus médecins auxiliaires, après six

(1) Ou même un aide-major, puisque l'instruction militaire est aujourd'hui donnée très complète aux élèves de l'École du service de santé de Lyon.

mois de service, seraient évidemment l'objet d'une mesure de faveur, mais faveur légitimée par un examen préalable, d'ailleurs logique autant que nécessaire. Il nous paraît aussi normal de voir, dans ces conditions, donner le rang d'adjudant à un élève médecin, que de voir nommer, après son examen d'instruction militaire, l'élève diplômé de l'École centrale au grade de sous-lieutenant.

Nous n'entrerons pas dans le détail de calculs budgétaires, pour supputer si, oui ou non, le budget de l'armée pourrait accorder, pendant six mois, la solde d'adjudant aux étudiants qui seraient promus médecins auxiliaires. Nous ne nous livrerons, à dessein, à aucune recherche ou évaluation sur ce sujet, car nous considérons comme *absolument nécessaire* la nomination, *après examen*, des étudiants ayant six mois de service.

Cette mesure s'impose. En voici les raisons. Dès que leur instruction est reconnue suffisante, à quelles fonctions sont employés les étudiants? L'autorité militaire les détache dans des forts; ils sont employés dans des hôpitaux militaires (1), où ils assurent le service du médecin de garde et remplissent dans les divisions les fonctions d'aide-major; ils sont envoyés dans les Alpes et assurent le service médical des compagnies alpines. Dans ces différentes situations, leur position est fort délicate. Il faudrait que, quand un étudiant est chargé d'un de ces services qui comportent des responsabilités d'un ordre élevé, il lui fût donné un rang, une autorité en rapport avec le rôle qu'il est appelé à remplir. N'avons-nous pas vu, chose regrettable, des jeunes gens détachés dans les Alpes, obligés de subir, pendant les intervalles d'un service, fort pénible du reste, des punitions infligées le plus souvent par des sous-officiers mal disposés à leur endroit? Et cependant, ne voit-on pas ces jeunes gens, à peine arrivés à l'étape, donner leurs soins dévoués, non seulement à la troupe dont ils font partie, mais encore aux populations des bourgades alpines qui, elles, les connaissent bien et ont, pour eux, une considération toute particulière?

Nous terminerons cette étude en appuyant de toutes nos forces la proposition de M. Cornil, en ce qui concerne la limite d'âge des étudiants appelés à faire leur service militaire. Ceux-ci devraient être autorisés à ne satisfaire aux obligations militaires qu'une fois leur scolarité terminée. Au moment où ils viennent de soutenir leur thèse, les jeunes gens se trouvent libérés de tout souci. Que leur importe, à ce moment, de s'établir un an plus tôt ou plus tard, dans l'attente où ils sont d'une clientèle qui, chacun le sait, se fait parfois si longtemps désirer? L'armée y gagnerait d'avoir à son service des hommes plus âgés, plus sérieux, plus instruits, en un mot d'excellents soldats doublés d'excellents médecins.

SIMPLE NOTE

SUR LA PÉNÉTRATION D'UNE BALLE DE REVOLVER D'ORDONNANCE DANS LE CRANE

Par M. le docteur Calixte ROUGÉ,
Lauréat de l'Académie de médecine.

Dans le dernier numéro de la *Gazette des hôpitaux* (13 mars 1894), M. Delorme, professeur au Val-de-Grâce, pour bien montrer les différences de pénétration des revolvers de commerce et d'ordonnance et motiver la distinction des effets produits par ces deux espèces de projectiles, relate l'expérience suivante :

« A un pas, j'avais sur le crâne d'un homme de quarante ans, très robuste, tiré trois balles du revolver de poche utilisé ; une seule s'était encastrée dans un des rebords orbitaires sans le perforer ; les deux autres s'étaient aplaties sur le frontal. Une balle de revolver d'ordonnance, à sept pas, atteint le frontal du même crâne obliquement, s'y creuse une longue perforation oblique, soulève un volet triangulaire d'os de 8 centimètres de longueur, de 4 de large, fèle ce crâne à la base du volet et, après avoir traversé le cerveau, s'arrête contre le point symétrique du crâne. »

J'ai eu, dernièrement, l'occasion de voir un cas semblable avec la différence que c'était un homme en vie qui en a été le sujet : c'est la seule raison qui m'engage à publier cette courte observation qui corrobore l'expérience faite sur le cadavre.

C. F... était âgé de quarante-deux ans et paraissait bien constitué ; un gendarme en état de légitime défense lui tira un coup de son revolver d'ordonnance à 2m50 de distance, la balle traversa l'os frontal à 3 centimètres au-dessus du sourcil gauche et à 2 centimètres de la ligne médiane du front. Le trou du frontal était aussi bien arrondi que s'il eût été fait avec un emporte-pièce, sans esquille, ni fêlure ; une cartouche du revolver d'un autre gendarme y pénétrait à frottement doux, sans le moindre effort.

Le projectile avait traversé la masse cérébrale et était venu s'aplatir contre la paroi interne du crâne, vis-à-vis la bosse pariétale droite, en brisant et soulevant cette paroi osseuse. En effet, en incisant le cuir chevelu, je constatai, dans cette région, une ecchymose arrondie de la grandeur d'une pièce de 2 francs ; l'os sous-jacent avait été brisé et légèrement soulevé ; je retirai trois petites esquilles ayant chacune environ 2 centimètres de long sur 1 de large et la balle déformée se présenta aussitôt en travers de l'ouverture artificielle ainsi formée.

J'oubliais de dire que la mort avait été instantanée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La moelle épinière et l'encéphale (1), par le docteur DEBIERRE, professeur d'anatomie à la Faculté de médecine de Lille.

M. Debierre, dont on connaît, par les travaux nombreux, les facultés de vulgarisation ainsi que les vues originales, a décrit dans un livre le système nerveux central. Trop souvent la monographie de cet appareil organique ne se trouve que dans les traités d'anatomie. Or, par l'importance de ses fonctions et les difficultés de son étude, il méritait bien de donner lieu à un ouvrage indépendant. C'est ce qu'a fait M. Debierre, et la tentative est trop raisonnable pour qu'elle ne trouve pas du succès parmi les médecins. Ajoutons d'ailleurs que ce livre, qui rappelle bien des travaux originaux faits sur la matière par l'auteur, est aussi une œuvre éclectique et essentiellement didactique. L'anatomie pure n'est pas la seule science mise à contribution ; elle est éclairée par d'excellents développements embryologiques et physiologiques, ainsi que par des applications anatomiques et cliniques. Car en système nerveux, plus qu'ailleurs encore, l'étude de l'organe doit être complétée par l'étude de son fonctionnement et de ses maladies. M. Debierre a bien compris ce principe, qu'il a appliqué avec beaucoup d'esprit de suite.

(1) Depuis, surtout, que les hôpitaux militaires sont *totalement* dépourvus d'aides-majors, ceux-ci étant en nombre à peine suffisant pour assurer le service des régiments, de nombreux corps de troupe ayant été formés dans ces dernières années.

(1) Gr. in-8°. Prix : 12 francs. — Paris Alcan.

Les descriptions sont très claires et s'appuyent sur les travaux récents; elles témoignent d'une érudition entretenue constamment, absolument nécessaire en neurologie. Les chapitres des cordons de la moelle et des localisations cérébrales sont à citer, comme mises au point de ces questions. De nombreuses gravures, dont beaucoup sont en couleur, éclairent le texte et en facilitent énormément la compréhension. Une planche hors texte systématise toutes les notions éparses dans le livre sur les diverses fibres cérébrales, bulbaires et médullaires, qu'elle représente toutes à la fois dans leur trajet. Enfin, un long chapitre de psycho-physiologie est annexé à l'œuvre, qu'il complète. On y trouvera les données les plus récentes, bien qu'écourtées, sur le fonctionnement du cerveau. Pour toutes ces raisons, on peut prédire au livre de M. Debierre un succès mérité.

Le traitement de la folie (1), par le docteur Luys, membre de l'Académie de médecine.

M. le docteur Luys, en écrivant ce livre, a eu moins en vue de faire un simple exposé du traitement de la folie que « de grouper sous ce titre, ainsi qu'il le déclare dans sa préface, une série d'idées personnelles », qu'il a peu à peu mûries dans sa longue pratique de médecin spécialiste. C'est ainsi qu'il revient, à diverses reprises, sur la nécessité d'étudier l'anatomie et la physiologie nerveuses, dont la connaissance apporterait, d'après ce médecin, de grandes lumières aux aliénistes. Cette opinion est vraie d'une façon générale; mais actuellement, étant donné les notions actuelles que nous avons sur la structure et le fonctionnement du système nerveux, la psychiâtrie n'a guère bénéficié de ces études particulières. Ce n'est donc là qu'une opinion d'avant-garde.

M. Luys examine, dans la partie de son livre plus spécialement réservée à la thérapeutique, les indications de traitement fournies par les divers malades, les agités, les déprimés et les délirants tranquilles, les persécutés notamment. Il tire de l'examen de tous ces aliénés la déduction des soins généraux à leur donner. Il s'occupe ensuite de la nécessité de l'isolement et, à ce sujet, passe en revue les divers modes d'assistance qui le réalisent. Un chapitre est consacré au placement des aliénés dans les familles, qui occupe beaucoup en ce moment les psychiâtres. Tous les moyens thérapeutiques, l'hydrothérapie, les agents de contention physique, les médicaments, la chirurgie cérébrale, sont critiqués.

Les médecins, peu familiarisés avec la médecine mentale, trouveront dans ce livre des indications utiles pour le traitement des psychoses.

Guide pratique des maladies mentales (2), par le docteur Paul Sollier.

Ce livre, qui n'est pas le premier dans son genre, a une originalité, qui le rend différent de ceux qui l'ont précédé. C'est une étude séméiologique de l'aliénation mentale. Étant donné un malade, remonter des symptômes qu'il présente aux causes présumables de ses troubles mentaux, c'est la besogne que M. Sollier a essayé de faciliter aux médecins peu familiarisés avec la psychiâtrie. A-t-il réussi complètement? Pour l'admettre, il faudrait ignorer ce qu'est actuellement encore la médecine mentale, où les classifications sont provisoires, où les cadres sont à chaque instant débordés par des types morbides non décrits. Toutefois, on doit avouer que l'auteur de ce petit manuel a su mettre dans son livre une foule de choses réellement utiles au praticien ignorant de la pathologie mentale. Il ne s'est guère embarrassé de questions de doctrines, puisant chez les uns et chez les autres avec un prudent éclectisme. Aussi ne peut-on le discuter sur ses idées générales; il a voulu avant tout être pratique et il a à peu près réussi. Cependant, il ne s'est pas cru dispensé pour cela de résumer les travaux récents, qui ont été la plupart utilisés.

M. Sollier étudie d'abord l'aliéné dans son habitus extérieur, sa physionomie, son attitude, sa constitution physique et ses fonctions physiologiques. L'examen psychologique est ensuite passé en revue, ainsi que les troubles du langage et les hallucinations. Après avoir fait la séméiologie des états de dépression, de démence et d'excitation, l'auteur consacre un chapitre à chacun des éléments délirants, tels que les idées de suicide, hypocondriaques, de persécution, de grandeur, etc., et insiste sur les obsessions et les impulsions. Enfin, quelques pages sont consacrées au diagnostic de la paralysie générale, au pronostic et au traitement des maladies mentales et aussi à quelques questions de déontologie et de médecine légale.

Il y a peu d'omissions importantes. Parmi celles-là on peut citer la confusion mentale, qui n'est guère décrite. On pourrait aussi reprocher à M. Sollier d'avoir accepté un peu trop facilement des divisions nosologiques nombreuses, difficiles à justifier. Mais, en somme, le livre témoigne d'une érudition *à jour* en matière de psychiâtrie et présente une clarté qui en aide beaucoup la lecture. Il rendra des services, ce n'est pas douteux.

(1) In-16. Prix : 6 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-16. Prix : 5 francs. — Paris, G. Masson.

Leçons sur le choléra (1), par A. Brousse.

Ces leçons élémentaires ont été faites à la Faculté de Montpellier devant des étudiants, dont quelques-uns devaient être envoyés en mission contre le choléra; elles avaient pour but de les mettre rapidement et clairement au courant de nos connaissances étiologiques, cliniques, prophylactiques et thérapeutiques sur cette maladie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Au moment de mettre sous presse, nous apprenons avec un vif regret la mort de M. le docteur Juhel-Rénoy, médecin de l'hôpital Cochin, qui a succombé, ce matin, aux suites de la fièvre typhoïde.

— L'assemblée générale de l'Association amicale des internés et anciens internes en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu, le samedi 31 mars, à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

— Le banquet annuel de l'internat en médecine des hôpitaux de Paris aura lieu le samedi 31 mars, à sept heures, au restaurant Marguery, boulevard Bonne-Nouvelle, et sera présidé par M. le professeur Spillmann (de Nancy).

— Le concours pour une place de médecin des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Devic, agrégé de la Faculté de médecine de Lyon.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

(1) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, Battaille et Cie; Montpellier J. Colas.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. .... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les suppositions que l'on a faites jusqu'ici relativement aux causes et à l'origine de l'épidémie de fièvre typhoïde se trouvent confirmées pour la plupart. Les questions que nous posions ici même, il y a huit jours, sont aujourd'hui résolues. Les tableaux statistiques présentés à l'Académie par M. Dujardin-Beaumetz et les faits communiqués par M. Vallin sont des plus suggestifs; ils entraînent cette conviction que c'est bien à l'eau de la Vanne qu'il faut attribuer l'apparition si brusque et presque simultanée des épidémies de Paris et de Sens. Voilà un premier point bien établi. En effet, c'est dans le réseau de Paris alimenté par la Vanne que l'on a constaté le plus grand nombre de fièvres typhoïdes. Sens, indemne depuis deux ans, est brusquement envahi par la fièvre typhoïde quelques jours avant Paris; or, Sens est également alimenté par l'eau de la Vanne. Reste la question bactériologique. M. Dujardin-Beaumetz n'a encore rien pu dire à ce sujet, l'enquête n'étant pas encore terminée.

Les renseignements fournis par M. Vallin sur la fièvre typhoïde, dans la garnison de Paris, ne sont ni moins intéressants, ni moins probants : en raison de la brusquerie avec laquelle la fièvre typhoïde s'est développée dans les hôpitaux militaires, l'idée d'empoisonnement par une eau souillée s'impose, et cette eau, c'est encore bien ici celle de la Vanne, puisque seuls les soldats alimentés par cette eau se sont trouvés atteints. Des analyses de l'eau de Vanne ont été faites au Val-de-Grâce. Jusqu'ici on n'y a pas trouvé le bacille d'Éberth; mais cela ne prouve pas qu'on ne l'y trouvera pas. Il ne faut donc pas se hâter de rien conclure de ces premiers résultats négatifs.

Nous sommes heureux d'avoir à ajouter que cette épidémie, tant à Sens qu'à Paris, tant pour la population civile que pour la garnison, semble depuis quelques jours en décroissance.

M. Moissan signale la présence considérable de microbes, et même du bacterium coli, dans les eaux minérales mal captées et mal embouteillées. Il faut donc, en ce temps d'épidémie, se tenir en garde contre les eaux minérales dont les captages et embouteillages laissent à désirer.

Au début de la séance, M. Fernet a fait une communication sur le traitement du pneumothorax et spécialement des pleurésies infectieuses qui peuvent le compliquer. Signalons aussi une lecture de M. Berlioz (de Grenoble) sur le bacille de la broncho-pneumonie et de la pleurésie hémorragique.

M. Nicaise, le sympathique chirurgien de Laënnec, a été élu, à une grande majorité, membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

HOTEL-DIEU. — M. PROUST.

Fibromes mous de la peau. — Fibromes des nerfs. Pigmentation cutanée « généralisée ».

Par L. LANDOWSKI,
Interne des hôpitaux de Paris.

Nous avons eu l'occasion d'observer à l'Hôtel-Dieu, dans le service de notre cher maître, M. le professeur Proust, deux malades présentant un syndrome clinique particulier qui a attiré notre attention et que nous nous proposons de décrire :

Fibroma molluscum; — Fibromes nerveux; — Pigmentation de la peau; le tout à développement tardif, généralisation rapide.

Nous croyons intéressant de publier *in extenso* nos deux observations, ainsi que le résultat de l'examen microscopique de quelques-unes des tumeurs enlevées. Nous les rapprocherons, en terminant, des quelques cas analogues, mais non identiques, que nous avons pu trouver dans les auteurs.

OBSERVATION I. — Le nommé F... (Pierre), âgé de cinquante-deux ans, entre à l'Hôtel-Dieu fin janvier 1893.

Antécédents héréditaires. — Père alcoolique, mère sans tare nerveuse.

Un frère et une sœur en bonne santé, le malade affirme qu'aucun de ses parents n'a présenté de tumeurs analogues à celles dont il est recouvert.

Antécédents personnels. — Notre sujet ne peut nous donner de renseignements précis sur les premières années de son enfance.

A l'âge de dix-huit ans, fièvre typhoïde.

A dix-neuf ans, il s'engage et fait treize années de service militaire, sans entrer un seul jour à l'infirmerie.

Pas de syphilis.

Libéré, il reprend sa profession de terrassier, qu'il exerce jusqu'en décembre 1892.

C'est à cette époque qu'apparaissent des crampes dans les membres et qu'il s'aperçoit que son corps est recouvert de tumeurs multiples, que sa peau est tachée de brun.

Les douleurs dans les jambes deviennent bientôt intolérables, le malade se sent constamment courbaturé, sa marche devient traînante et difficile, il se résoud à se présenter à l'hôpital.

Examen du malade. — Il nous révèle des altérations particulières des téguments et des nerfs.

Le cuir chevelu, la peau du front surtout, celle des joues, du nez présentent des nodosités de dimensions variables. Ces tumeurs sont, en général, sessiles, rondes; quelques-unes donnent la sensation d'un grain de raisin dont on aurait retiré la pulpe; quelques autres sont dures et rénitentes. Nous avons pu en compter jusqu'à quarante sur la tête de notre malade. A la poitrine, une dizaine de molluscum, dont quelques-uns pédiculés, principalement sur la ligne médiane. La région dorsale présente de même un nombre considérable de fibromes cutanés très apparents, tandis que les espaces intercostaux offrent à l'inspection digitale seulement, des tumeurs plus profondes, douloureuses à la pression, paraissant appartenir aux nerfs intercostaux.

La palpation de la région interne du bras, postérieure de l'avant-bras, de la face antérieure de la cuisse, de la partie externe de la jambe, permet de sentir des tumeurs analogues mais indolentes, rapprochées les unes des autres comme les grains d'un chapelet et mobiles au point de simuler à un premier examen des ampoules variqueuses. L'exploration chirurgicale démontra, ainsi que nous le verrons plus loin, que ce sont toutes des tumeurs des nerfs.

La sensibilité du malade au tact, à la douleur et à la température, est quelque peu obtuse, la marche est traînante et pénible.

Les réflexes normaux.

Notre malade présente de plus une pigmentation particulière de la région thoracique antérieure et postérieure, de la région lombaire, des fesses, des membres supérieurs et inférieurs.

Ces parties sont recouvertes d'un piqueté brun roux qui, par endroits, fait place à de grandes taches couleur café au lait; celles-ci siègent surtout aux fesses et aux membres.

Ces xanthomes ont apparu, dit le malade, en même temps que les tumeurs signalées en 1892.

La vue est bonne, l'ouïe un peu affaiblie.

L'intelligence au-dessous de la moyenne.

Rien de particulier du côté des principaux organes.

Obs. II. — Le nommé H... (Désiré), âgé de trente-trois ans, serrurier, entre dans le service le 9 février 1894.

Antécédents héréditaires. — Père bien portant, âgé de soixante-neuf ans, n'a jamais présenté d'accidents nerveux.

Mère morte à l'âge de soixante-dix ans.

Cinq frères et sœurs, deux d'entre eux survivent et sont en bonne santé.

Aucun des parents directs ou collatéraux n'a présenté de tumeurs analogues à celles dont H... est couvert.

Antécédents personnels. — Le malade, né à terme, a marché à l'âge de dix mois, commencé à parler aussi tôt que les autres enfants. Son père, interrogé, *affirme* qu'étant petit notre sujet ne présentait aucune grosseur sur le corps, aucune trace de pigmentation, aucun angiome.

Jusqu'à l'âge de vingt-deux ans, il a joui d'une excellente santé. Étant petit, il avait été à l'école toujours dans les premiers de sa classe, plus tard, il fut un excellent serrurier et, au régiment, il fit son service dans une compagnie d'ouvriers.

A l'âge de vingt-deux ans, il eut la fièvre typhoïde, mais s'en remit complètement, acheva son service militaire et reprit dans la vie civile son métier de serrurier, qu'il exerça comme par le passé.

Syphilis en 1883.

Bonne santé jusqu'en 1887.

A cette époque, il s'aperçoit que la face interne de sa cuisse droite présente une tache couleur café au lait et que, petit à petit, des taches analogues se développent sur la cuisse gauche, les fesses, le tronc, la poitrine et le ventre.

Des taches plus petites, brunes, couvrent bientôt tout le corps. En même temps, apparaissent des crampes dans les bras et les jambes. En se frottant pour les faire disparaître, le malade est tout étonné de sentir des nodosités le long de ses nerfs, bientôt il s'aperçoit que ses forces ont considérablement diminué, il peut à peine travailler, sa mémoire s'est affaiblie.

Inquiet, il entre à l'hôpital, notre collègue et ami, M. Vermorel, qui le reçoit, sachant que ce cas peut nous intéresser, a l'obligeance de nous l'adresser.

État actuel. — H... est un homme de petite taille, amaigri, son aspect rappelle complètement celui du malade précédent.

Nous avons décrit plus haut la pigmentation cutanée qui, chez lui, est beaucoup plus prononcée que chez le malade de l'observation I.

Grosses taches brunes, principalement au dos et aux membres inférieurs, ressemblant à ces grosses taches pigmentaires que l'on remarque sur les chevaux pies; petites taches brunes punctiformes éparses sur tout le corps, moins prononcées aux mains, aux pieds et à la face.

La surface de la peau du dos, de la poitrine, de la tête et des membres est soulevée par des tumeurs dont quelques-unes bleuâtres, quelques autres de coloration normale. Le volume de ces tumeurs est variable depuis celui d'une grosse tête d'épingle jusqu'à celui d'une noisette. Elles font corps avec la peau et se déplacent avec elle, quelques-unes présentent à leur surface des points noirs qui paraissent formés par une accumulation de matière sébacée. L'une de ces tumeurs, située au niveau du huitième espace intercostal droit, présente un diamètre transversal de 8 centimètres et donne au doigt une sensation que l'on peut rapprocher, suivant l'ingénieuse comparaison de Recklinghausen, de celle que donnerait « un paquet d'ascarides senti à travers les parois intestinales ». La peau de la face et en particulier du front présente des tumeurs de petites dimensions, sessiles, donnant au toucher la sensation de grains de plomb inclus dans le derme.

Sur le trajet des principaux nerfs et, en particulier, sur celui du cubital, du médian, des branches du radial, sur les rameaux cutanés du crural, dans le domaine du sciatique poplité externe, sur les filets du plexus cervical superficiel, on sent des nodosités multiples, constituées, ainsi que l'indique l'examen histologique, par des fibromes des nerfs.

Motilité. — La résistance des muscles fléchisseurs de l'avant-bras sur le bras est diminuée.

La démarche est normale.

Sensibilité. — Elle est conservée partout sous ses trois modes, cependant elle est très obtuse.

Réflexes normaux. Pas d'atrophie musculaire. Rien du côté des organes des sens. Rien dans les principaux viscères.

La parole du malade est embarrassée, il a depuis quelques années seulement, dit-il, une peine extrême à prononcer les mots, sa mémoire est devenue paresseuse.

Examen histologique. — Nous avons pu enlever à nos deux malades plusieurs tumeurs nerveuses et cutanées.

Nous en fîmes, avec la collaboration de notre collègue et ami, M. R. Marie, l'examen histologique.

Les tumeurs ont présenté, chez nos deux sujets, une structure identique, aussi résumerons-nous leur description en une seule notice.

Nous enlevâmes plusieurs tumeurs sur le trajet des branches du radial, du sciatique poplité externe, du musculo-cutané.

L'aspect macroscopique est variable suivant les points : tantôt c'est un simple renflement du nerf, tantôt ce sont deux renflements accolés réunis par un pédicule en forme d'U, tantôt, enfin, la tumeur est appendue au nerf par un pédicule assez long, ce qui lui assure une grande mobilité.

Leur grosseur varie d'un grain de millet à une lentille, quelques-unes sont plus volumineuses encore. Leur couleur est nacrée ; par place, elles sont marbrées de petites ramifications vasculaires qui leur donnent un aspect rosé.

Leur consistance est ferme ; elles sont résistantes à la coupe, la surface de section ne donne pas de suc.

Le microscope y fait voir des tubes nerveux à myéline, de directions diverses ; quelques-uns enroulés en spirale, quelques autres, mais rares, d'aspect moniliforme ; ils sont séparés par un tissu conjonctif dense. Dans quelques-unes de ces tumeurs, les fibres nerveuses sont écartées, refoulées à la périphérie du fibrome où elles forment éventail, tandis que la partie centrale est exclusivement conjonctive, formée d'une multitude de fibrilles entrecroisées en tout sens au milieu d'une gangue légèrement granuleuse et de cellules aplaties. Le pédicule est constitué par des tubes nerveux plus serrés, au milieu d'un tissu fibreux abondant.

Les tumeurs cutanées sont, elles aussi, essentiellement formées de faisceaux ondulés, de tissu conjonctif circonscrivant des lacunes de dimensions diverses. Nous donnerons ultérieurement les résultats d'un examen plus complet de ces tumeurs.

L'idée de lèpre ayant été émise à propos du malade de l'observation I, deux tumeurs furent prises sur le trajet du nerf cubital et soumises à l'examen bactériologique. L'une d'entre elles, confiée au docteur Zambaco, fut examinée au laboratoire de M. le professeur Straus. Nos recherches simultanées aboutirent à des résultats négatifs et prouvèrent l'absence du bacille de Hansen.

Nous venons d'apprendre que le malade qui fait le sujet de l'observation II fut examiné au point de vue bactériologique par M. le docteur Netter. Celui-ci rechercha la présence du bacille de la lèpre. Mêmes résultats négatifs.

Remarquons d'ailleurs que le premier de nos malades n'a jamais quitté les environs de Paris, qu'ils ne présentent tous deux aucun trouble de la sensibilité thermique, aucun trouble trophique, en dehors de la pigmentation particulière signalée plus haut.

Nos deux observations doivent être rapprochées des cas signalés par Recklinghausen dans son beau mémoire (1).

Dans ce travail, le professeur de Strasbourg cite deux observations de malades qui sont couverts de tumeurs fibreuses de la peau et qui présentent, de plus, des tumeurs sur le trajet des nerfs. Examinant avec soin ces deux variétés de productions, l'auteur allemand remarque qu'elles ont une même structure fondamentale, qu'elles sont essentiellement composées de tissus fibreux. Il conclut que le fibrome molluscum multiple est le neuro-fibrome de la peau.

La coïncidence de tumeurs nerveuses et cutanées chez nos deux malades semble en rapport avec cette loi.

Signalons une observation de Hesselbach (1824), qui trouva chez un même sujet des tumeurs congénitales de la peau et des tumeurs le long des nerfs.

Hitchcock (1) constate trois cas de molluscum généralisés dans une même famille.

Atkinson (2) signale un cas analogue aux précédents.

De même Modrzéjewski (3).

M. Boudet cite une observation inédite de Trélat (1883).

La relation entre les fibromes cutanés et les fibromes nerveux semble établie par les sept observations précédentes, auxquelles nous joignons les deux nôtres.

Nous tenons à rappeler que, chez nos deux malades, ces tumeurs généralisées n'étaient pas congénitales, que la pigmentation cutanée s'est développée en même temps que les tumeurs, qu'enfin, depuis l'apparition de ces dernières, les facultés intellectuelles des malades se sont considérablement affaiblies et que tous deux souffrent de crampes.

Cette analogie de symptômes locaux et de signes généraux chez deux malades nous a engagé à publier le travail précédent, que nous comptons faire suivre d'un examen plus approfondi des fibromes cutanés et de leurs rapports avec les extrémités nerveuses.

(1) Recklinghausen. Ueber die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen neuromen, 1882.

(1) Hitchcock. *Amer. Journ. of Med. Sc.*, 1862, p. 320.
(2) Atkinson. *New-York Med. Journ.*, 1875, p. 601.
(3) Modrzéjewski. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1881, p. 508.

LES SECOUSSES TRACHÉALES
DANS L'ANÉVRYSME DE L'AORTE

Par M. le docteur Martin-Durr, ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

Le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte est souvent très difficile. Il n'est pas de médecin qui n'ait constaté à l'autopsie d'importantes tumeurs anévrysmales, qui, pendant toute la vie, étaient restées latentes.

« Je me souviens, nous dit M. le professeur Potain dans une de ses dernières cliniques (21 mars 1893), d'une femme, à l'hôpital Necker, qui présentait un épanchement pleurétique que je dus ponctionner. Cette femme mourut et, à l'autopsie, on constata très peu de liquide dans la plèvre et un énorme anévrysme de l'aorte, et je frémis à la pensée que le trocart de Reybard, dont nous nous servions alors, aurait pu rencontrer cette poche anévrysmale au lieu du kyste pleural.

Un autre de mes malades présentait des symptômes de dyspepsie, accompagnée de phénomènes hypocondriaques, que plusieurs examens répétés, soit seul, soit avec des confrères, n'amenaient pas à rapporter à une cause précise. Ce n'est qu'au bout d'un temps assez long que je vis se produire des battements sus-sternaux, puis les modifications de la circulation artérielle qui me permirent de conclure à l'anévrysme de l'aorte. »

Un auteur anglais, Bings (*American Journal*, 1889), donne la relation de 32 cas d'anévrysme de l'aorte ; 11 seulement donnèrent lieu à des signes caractéristiques. Dans tous les autres, c'est-à-dire dans 21 cas, la maladie fut ignorée et seulement reconnue à l'autopsie.

Schloss, dans sa thèse de Munich, 1890, rapporte une observation où le diagnostic fut « insuffisance mitrale avec épanchement pleural » et où, à l'autopsie, on ne trouva pas d'insuffisance mitrale, aucun épanchement pleural, mais un anévrysme de la crosse aortique.

Un autre médecin allemand, Rosenstein, dans la même année, rapporte un cas de pneumonie chronique du sommet gauche, et un autre cas diagnostiqué pleurésie. Chez l'un et chez l'autre, à l'autopsie, on trouva un anévrysme de l'origine de l'aorte.

L'anévrysme de l'aorte est donc souvent latent et peut donner lieu à des signes qui peuvent le faire confondre facilement avec des maladies des autres organes thoraciques.

Les difficultés du diagnostic doivent nous porter à donner grande attention aux signes précurseurs, qui, dans certaines circonstances, deviennent, pour ainsi dire, pathognomoniques.

Parmi ces signes, l'attention a été, dans ces toutes dernières années, appelée, dans les pays de langue anglaise et en Italie, sur un symptôme spécial consistant en une *secousse rythmique de la trachée*, isochrone au pouls radial, si bien, dit un des auteurs qui l'ont étudiée, que l'on peut ainsi *tâter indirectement le pouls de l'aorte.*

Ce signe est accepté sans conteste en Italie; il est discuté en Angleterre, il est vrai faiblement. Il est peu connu en France, et grâce à l'obligeante sympathie de notre maître, M. le professeur Potain, il nous est donné de pouvoir publier la première observation française où ce signe a été nettement observé et utile au diagnostic.

DÉCOUVERTE DU SIGNE : OLIVER (1878)

En 1878, un médecin anglais, Oliver, envoya aux éditeurs de la *Lancet* (1), une note de quelques lignes dans laquelle est faite la première mention connue de ce signe :

« Comme le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte thoracique est souvent difficile et obscur, malgré les signes physiques variés que nous avons à notre disposition pour le découvrir, je désire faire connaître un procédé d'examen, qui m'a aidé effectivement au diagnostic de cette maladie (ou même de la simple dilatation du vaisseau), quand l'anévrysme siège, comme c'est le plus généralement le cas, dans la première partie ou partie ascendante de la portion transverse de l'arc (*in the ascending or first part of the transverse portion of the arch*). Le procédé est le suivant : placez le malade debout, et commandez-lui de fermer la bouche et de lever le menton le plus haut possible, prenez alors le cartilage cricoïde entre l'index et le pouce, et maintenez-le délicatement de bas en haut (fig. 1) [*use gentle upward pressure on it* (2)]. S'il existe une dilatation ou un anévrysme, la pulsation de l'aorte sera distinctement sentie, transmise par l'intermédiaire de la trachée, à la main. Cet examen augmentera la détresse laryngée, si elle existe. »

PAYS DE LANGUE ANGLAISE

Cette note semble n'avoir pas eu, à cette époque, grand retentissement en Angleterre, et le signe découvert par Oliver n'a pas, tout d'abord, été utilisé en pratique. Mais, après la note d'Oliver, les divers médecins qui se succédèrent au *General Hospital* de Montréal, firent des recherches sur ce signe, qui prit le nom de *tracheal tugging* ou *secousse trachéale*, et en 1891, le docteur Mac Donnell (de Mac Gill University Montreal), publia, dans la *Lancet* (1), les résultats



FIG. 1.

des observations prises, de 1878 à 1891, successivement par les docteurs Osler, Ross, Wilkins, Molson et par lui-même. C'est le travail le plus considérable qui ait été fait sur la question : il est fondé sur 25 observations et représente, comme le dit l'auteur, l'expérience clinique de l'Hôpital Général de Montréal sur ce sujet.

La valeur diagnostique du signe d'Oliver y est discutée en cinq propositions :

1° *La secousse trachéale n'existe que dans l'anévrysme.*

On ne put jamais la constater dans d'autres maladies, pas même dans un cas de maladie d'Hodgkin (adénopathie trachéo-bronchique) où la trachée était fortement comprimée par les ganglions hypertrophiés.

2° *Lorsque la secousse trachéale existe, l'anévrysme est situé de façon à presser de haut en bas sur la bronche gauche ou sur la portion de la trachée qui est immédiatement adjacente à cette bronche.*

L'autopsie fut faite dans 8 cas, et dans tous on trouva la confirmation de la proposition énoncée. A la suite, Mac Donnell cite 10 cas où l'on ne put obtenir d'autopsie, mais où l'évidence

(1) OLIVER. *The Lancet*, 1878, vol. II, p. 406.

(2) Nous devons les dessins de notre travail à l'obligeance de notre collègue Coquelet, à qui nous sommes heureux d'offrir nos cordiaux remerciments.

(1) MAC DONNELL. The diagnostic value of the physical sign *Tracheal tugging* in the thoracic aneurysm. *The Lancet*, 1891, p. 535 et 650.

clinique était très grande en faveur de l'existence de l'anévrysme de la portion transverse de l'arc aortique.

3° *La secousse trachéale peut exister quand beaucoup d'autres signes physiques ou de symptômes sont absents.*

Dans ces cas, la secousse trachéale est précieuse pour le diagnostic. Elle peut alors être un signe précurseur de grande valeur. Dans l'observation XVII, en décembre 1889, l'examen de la poitrine fut entièrement négatif, mais la secousse trachéale était très marquée. Un mois après, fin janvier 1890, la corde vocale gauche fut trouvée fixée sur la ligne médiane et paralysée. Une année entière se passe sans que se développe un autre signe évident d'anévrysme, et ce n'est qu'en décembre 1890, que le docteur Molson peut constater des signes physiques bien marqués d'anévrysme de la portion transverse de l'arc aortique.

4° *La secousse trachéale n'existe pas dans l'anévrysme qui ne siège pas à la portion transverse de l'arc.*

Suivant huit observations d'anévrysmes dans lesquelles on ne trouva pas de secousse trachéale, deux autopsies furent faites et dans aucune on ne constata de pression sur la bronche gauche.

5° *La compression directe de la trachée ne cause pas la secousse trachéale.*

L'observation de maladie d'Hodgkin, mentionnée plus haut, fournit l'évidence sur ce point : bien que la compression de la trachée pût être distinctement vue avec le laryngoscope, il n'existait pas de secousse trachéale.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 mars 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Traitement du pneumothorax et spécialement des pleurésies infectieuses qui peuvent le compliquer. — M. FERNET fait sur ce sujet une communication que l'on peut résumer par les propositions suivantes :

L'irruption d'air pur dans la cavité pleurale est peu offensive pour la plèvre. Le traitement du pneumothorax simple peut donc n'être que symptomatique. Il se réduit aux moyens propres à calmer la douleur, à soulager la dyspnée et à combattre les accidents mécaniques dus à un épanchement gazeux abondant.

Un des plus grands dangers du pneumothorax réside dans l'infection de la plèvre qui se produit souvent en même temps que le pneumothorax. Lorsque cette infection est produite, elle devient un élément capital de la maladie et fournit des indications thérapeutiques dominantes : il faut combattre l'infection pleurale par l'antisepsie locale.

Le traitement à mettre en œuvre comprend une série de moyens proportionnés à la gravité de la maladie.

Dans les cas où les phénomènes infectieux sont légers et non douteux, comme dans l'hydropneumothorax, il n'y a rien à faire, sinon quelquefois à pratiquer la thoracentèse pour évacuer un épanchement liquide abondant ou tenace.

Si l'infection pleurale est peu intense et donne lieu à une pleurésie subaiguë, on peut en venir à bout par un moyen très simple : l'injection intra-pleurale de liquides antiseptiques (solution d'iode, de sublimé, de chloral ou de telle autre substance du même ordre).

Un second moyen plus actif consiste dans l'emploi des lavages de la plèvre avec des liquides antiseptiques, suivis ou non de l'injection d'une substance antiseptique qu'on laissera séjourner dans la cavité pleurale.

Enfin, dans les cas rebelles à ces moyens simples ou dans les cas de pleurésie septique suraiguë, il faut recourir à la thoracotomie, et, autant que possible, la faire précoce.

Pneumo-bacille de la bronchopneumonie et de la pleurésie hémorragique. — M. BERLIOZ (de Grenoble) a étudié un microbe spécial qu'il a trouvé chez un sujet mort de bronchopneumonie double avec pleurésie hémorragique. Ce bacille, inoculé à des lapins, a produit chez eux la bronchopneumonie et la pleurésie hémorragique, et cela chez tous les animaux inoculés.

Ce bacille se présente sous forme d'un bâtonnet de 4 à 5 μ de longueur sur 1 de largeur. Il cultive très bien sur l'agar et produit de nombreux spores.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de pathologie chirurgicale.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 68, majorité 35 ;

M. Nicaise est élu par 57 voix contre 7 à M. L. Championnière, 3 à M. Terrillon et 1 à M. Delens.

DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. DUJARDIN-BEAUMETZ rappelle que Paris est alimenté en eau de source par la Vanne, la Dhuys et l'Avre.

La Dhuys a été amenée à Paris en 1865. Son débit est faible et n'est que de 20000 mètres cubes par jour. Aussi, pour remédier à cette insuffisance a-t-on augmenté cette quantité d'eau par l'adduction d'eau prise à une source située près de la Marne et qui est amenée par la conduite dite « drain de Saint-Maur ». Enfin, une machine élévatoire située à la Villette puise l'eau dans les conduites de la Vanne et la porte dans les parties élevées du réseau de la Dhuys.

On a beaucoup discuté sur l'eau qui parcourt ce drain. C'est une source placée à 150 mètres de la Marne ; cette eau est d'une bonne qualité, seulement, lors des crues de la Marne, l'eau, par infiltration, pénètre dans cette source. En novembre 1893, lorsque l'Avre a été conduite à Paris, on a fermé le drain de Saint-Maur.

Toutefois, le 8 février dernier, par suite d'un accident, on a dû reprendre cette communication du 10 au 24 février. Pendant toute cette période, les habitants des XVIIe, XVIIIe, XIXe et XXe arrondissements ont bu de l'eau du drain et comme la Marne était très forte, on doit admettre que par infiltration son eau a pénétré dans le drain. Cette eau a été invoquée comme productrice de la fièvre typhoïde et plus particulièrement par M. Chantemesse. Or, les faits ne donnent pas raison à cette manière de voir.

Le réseau de l'Avre n'est pas très étendu. Il comprend surtout le XVIe arrondissement et une grande partie du VIIIe. Les conduites de l'Avre vont maintenant jusqu'à l'Élysée.

Tous les autres arrondissements reçoivent l'eau de la Vanne. Son réseau est donc considérable ; il comprend d'abord toute la rive gauche et tout l'ancien Paris sur la rive droite, et cela jusqu'aux boulevards extérieurs.

Ceci posé, voici la marche de l'épidémie :

C'est du 15 au 18 février que l'épidémie a apparu ; jusqu'alors, le nombre des cas était restreint (11 entrées par semaine en moyenne), mais brusquement le chiffre s'est élevé à 237 pour la dernière semaine de février.

L'épidémie, qui avait éclaté dans plusieurs quartiers, s'est maintenue à un chiffre élevé jusque vers le 9 mars où il a atteint son maximum ; depuis, elle est en voie décroissante.

Tout tend à démontrer une corrélation évidente entre les cas de fièvre typhoïde et la distribution des eaux de la Vanne. C'est sur le réseau alimenté par cette eau que se sont surtout développés les cas de fièvre typhoïde. La mor-

bidité, chez les habitants de ce réseau, est de 0,46 p. 1000, tandis qu'elle n'est que de 0,20 pour les habitants du réseau de l'Avre, et de 0,16 pour ceux du réseau de la Dhuys. La rive droite de la Seine, à Paris, compte 1 657 000 habitants, la rive gauche 647 000 habitants. Or, la morbidité pour la fièvre typhoïde a été de 0,338 p. 1000 habitants sur la rive droite, tandis qu'elle a été 0,547 pour la rive gauche. Or, la rive gauche ne reçoit que de l'eau de la Vanne.

M. Dujardin-Beaumetz rend compte ensuite de l'enquête entreprise par la commission du conseil d'hygiène à Sens même. Depuis plus de deux ans, la fièvre typhoïde avait presque complètement disparu à Sens. Le 18 février éclate brusquement l'épidémie actuelle. Vingt-huit personnes sont atteintes sur lesquelles on compte cinq décès. Depuis, l'épidémie à Sens, comme à Paris, est en décroissance. L'enquête se poursuit relativement à l'examen bactériologique des eaux de la Vanne en différents points. Cette partie de l'enquête n'est pas encore terminée et M. Dujardin-Beaumetz ne peut encore rien dire à ce sujet.

M. BUCQUOY communique un renseignement important au sujet de l'origine première de la contamination de l'eau de la Vanne.

M. le docteur Lorne (de Sens) télégraphie ce matin :

« M. le docteur Mathieu (de Villeneuve-l'Archevêque) signale une épidémie de fièvre typhoïde, qui a causé la mort de six personnes, à Bigny-le-Ferron, il y a quelques mois. Bigny est placé sur la rivière du Tiremont, cours d'eau traversant les drainages d'eau de Vanne, usine de Flancy. »

M. VALLIN. Chaque hôpital de Paris et chaque corps d'armée, comprenant la Seine et Seine-et-Oise, me font connaître très exactement le nombre des maladies infectieuses entrées dans les hôpitaux, ainsi que les casernes, les corps d'armée où se sont produites ces maladies.

Ces renseignements nous ont permis de suivre, avec une précision toute spéciale, l'épidémie actuelle, et voici les conclusions auxquelles ils nous ont conduits :

Le début de l'épidémie a été brusque : elle s'est révélée à la manière d'un empoisonnement aigu et non d'une épidémie se manifestant peu à peu et mettant un certain temps avant d'acquérir son maximum d'intensité. En effet, du 1er janvier au 15 février, le nombre des typhoïdiques ne fut que de deux pour la garnison de Paris, augmenta brusquement à partir de cette dernière date et le 25 février la garnison avait déjà 117 cas de fièvre typhoïde.

L'épidémie a été limitée à la garnison de Paris, les autres garnisons ou hôpitaux de Vincennes, Courbevoie, etc., n'ont guère eu de typhiques que ceux qui leur ont été envoyés de Paris. Et, cependant, la pureté de l'eau que les troupes boivent à Paris offre, quant à leur origine, des garanties bien plus sérieuses que celles bues dans la banlieue. Cela peut paraître paradoxal, mais cela s'explique de la manière suivante : l'impureté habituelle de l'eau bue en dehors de Paris nous a engagés à faire de grands sacrifices pour filtrer cette eau avec soin, et, comme le danger résultant de ces eaux est permanent, il n'y a jamais eu de relâchement dans les soins, dans la surveillance, de nos filtres. L'excellence habituelle des eaux de source que l'on donne à la garnison de Paris a eu, pour conséquence, une certaine négligence dans la surveillance des filtres à Paris. De là, lorsque l'eau de source a été contaminée, l'épidémie à laquelle ont échappé les garnisons qui filtrent sérieusement leur eau potable.

Enfin, les casernes, qui ont envoyé des cas de fièvre typhoïde, sont exclusivement celles qui font usage de l'eau de la Vanne. Et, cependant, l'examen bactériologique de l'eau de la Vanne, présumée contaminée, n'a pas révélé la présence du bacille d'Eberth.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 mars 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Sadler et Bonnet.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Rayneau, Delbecq, Léonardon-Lapervenche, Lacayre, Hocquet et Jacob.

— L'assemblée générale annuelle de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France aura lieu, les 1er et 2 avril prochain, dans le grand amphithéâtre de l'Assistance publique, avenue Victoria.

— M. le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52, rue Jacob, son cours « public et gratuit » sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 3 avril, à trois heures et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants à la même heure. — Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit à la clinique les mêmes jours de trois à cinq heures.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fêtes de Pâques* (1894). — A l'occasion des Fêtes de Pâques, la Compagnie d'Orléans étendra jusqu'au mardi 3 avril inclus la durée de validité de ses billets d'aller et retour à prix réduits, qui seront délivrés, pendant la période du lundi 19 mars inclus au lundi 2 avril inclus, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle expirera après le 3 avril.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les remèdes qui guérissent, cure rationnelle des maladies, par le docteur E. MONIN, secrétaire de la Société française d'hygiène. 1 vol. in-18 de 380 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

De l'influence des boissons alcooliques sur la genèse, la forme et l'évolution de la tuberculose pulmonaire, par le docteur Léonce AMAT, avec une préface du docteur E. LANCEREAUX. In-8° de 105 pages. — Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Annuaire de thérapeutique (6e année, 1893). 1 vol. in-32. — Prix : 2 francs. — Paris, O. Doin.

Études sur l'art dentaire, par Louis NUX. In-8° de 45 pages. — Prix : 1 franc. — Paris, O. Doin.

Traitement des affections des voies lacrymales par les méthodes conservatrices et antiseptiques, par le docteur A. BOURGEOIS (de Reims). In-8° de 12 pages avec figures. — Prix : 75 centimes. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

VIN DE VIAL

au quina, suc de viande et lacto-phosphate de chaux

ALIMENT PHYSIOLOGIQUE COMPLET

Le **VIN de VIAL** contient tous les principes actifs du **phosphate de chaux,** du **quina** et de **la viande crue.** Ces trois substances constituent par leur réunion le plus rationnel et le plus complet des toniques.

A la dose d'un verre à liqueur avant chaque repas, il complète la nutrition insuffisante des malades et des convalescents.

VIAL, ph[ien], ex-préparat[r] à l'École de médecine et de pharmacie, RUE VICTOR-HUGO, 14. LYON.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et C[ie], 49, r. de Maubeuge, et ph[ies].

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**
agréable à prendre
LIQUIDE
CASCARA ALEXANDRE
1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.
0g 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ
19, Rue des Mathurins, PARIS

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait,** est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Prime de 16,600 fr. — 4 Médailles.

QUINA-LAROCHE

Affections de l'Estomac, Anémie, Fièvres tenaces, etc.
22 et 19, Rue Drouot, PARIS

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

CRÉOSOTE -Néris Granules
BRONCHITE chronique
CATARRHES
ASTHME HUMIDE
PHTISIE non avancée
SCROFULOSE
Seul moyen de prendre sans dégoût de fortes doses de Créosote. D[s] Ph[ies] et 28, r. Bergère, Paris. Notice f[o].

ÉPILEPSIE, HYSTÉRIE, NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIE DE L'ENFANCE

sont combattues avec succès par la

FUCOGLYCINE GRESSY

Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.

LE PERDRIEL et C[ie], Paris.

PHTHISIE

BRONCHITES, TOUX, CATARRHES

CAPSULES CRÉOSOTÉES

Du D[r] G. FOURNIER
Ph[ien] de 1[re] classe, Ex-interne des Hôpitaux
DOSE : De 8 à 12 par jour.
Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878
Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris
Médaille d'OR, Paris 1885

APPROUVÉ par l'ACADÉMIE de MÉDECINE, SÉANCE du 20 DÉC. 1892.

PHENOSALYL

SUPÉRIEUR aux Phénols et au Sublimé *non toxique* ODEUR AGRÉABLE

Solution à 1 0/0 POUR tout usage chirurgical et ANTISEPTIQUE.

EMPLOYÉ DANS LES HOPITAUX DE PARIS

PAPIER EYMONNET

APPLICATION DE **L'IODE** A L'ÉTAT **naissant.**
REVULSIF instantané
remplaçant en 20 minutes 5 à 6 couches Teinture d'Iode, Thapsias, etc. Opérant la vésication en 1 heure. *Effets faciles à graduer* suivant les cas. *Echantillon* FRANCO et GRATIS sur demande de MM. les Docteurs. **Eymonnet,** à Dijon. Feuille, 60[c].

CEINTURE ABDOMINALE & CORSET DE GROSSESSE RÉUNIS

de VERTUS

CONSACRÉS PAR L'USAGE ET DE NOMBREUSES APPROBATIONS DES DOCTEURS
Indispensable dans GROSSESSES, AFFECTIONS et TUMEURS ABDOMINALES, FIBROMES KYSTES DE L'OVAIRE, HERNIES OMBILICALES, etc.

L'intérêt capital de cette invention consiste en ce que la ceinture a son point d'appui sur le **tronc tout entier,** grâce à un ingénieux système la rattachant au corset, et, **non** sur **un point seul des reins,** comme les ceintures similaires. — Maintien de l'abdomen sans compression. — Souplesse. — Légèreté. (Voir *Gaz. des hôpit.*, 8 février 1894.)

DEMANDER DESSINS ET BULLETINS DE MESURES

Exécution parfaite garantie. — Nous recevrons avec reconnaissance les avis de MM. les Docteurs

MAISON DE VERTUS, 12, RUE AUBER, PARIS

Crayons intra-utérins
Bougies uréthrales.
Suppositoires.
Balles rectales contre la constipation.



CHLOROSE, ANÉMIE, ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET

Protoxalate de fer et Quassine cristallisée.
Le plus ACTIF ferrugineux.

Paris, 4, rue de Charonne, et Pharmacies.

CACHETS (0.20) CAPSULES (0.10) DE CHLORALOSE
HYPNOTIQUE NOUVEAU (FORMULE HANRIOT et CH. RICHET)
B. BAIN & FOURNIER, seuls préparateurs, *43, Rue d'Amsterdam, Paris.*

TRAITEM. INTENSIF **PHTISIE CREOSOTAL SIMB** CRÉOSOTE CARBON.
CAPSULES à 50 centig.: 6 à 8 par jour; **PUR** 1 à 2 1/2 cuill. à café par jour; **EMULS.** 1/5. — 13, B[d] Haussmann, PARIS.

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dép[t] Ph[ie] C[ie] F[g] Montmartre, Paris

CHAIX & REMY **LIQUIDES** 10, Rue de l'Orne, 10 PARIS **BROWN-SEQUARD**

N° 36. — SAMEDI 24 MARS 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 24 MARS 1894. — N° 36.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Pâques, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

Suites et complications des interventions par la voie sacrée pour le cancer du rectum.

Par le docteur H. MORESTIN, prosecteur à la Faculté.

I

Il n'est pas encore possible aujourd'hui de juger d'une façon définitive la méthode sacrée qui n'a peut-être pas encore donné tout ce qu'elle peut donner et qui, sans doute, est encore susceptible d'être perfectionnée. Cependant les documents sont déjà assez nombreux pour que nous puissions, dans une certaine mesure, apprécier les suites immédiates et éloignées et les résultats de ce genre d'opérations.

Or, après avoir compulsé nombre d'observations, après avoir recherché avec soin les anciens opérés et les avoir soumis à un examen attentif, j'en suis arrivé à cette conclusion un peu décevante, que les opérations sacrées n'avaient donné jusqu'ici que des résultats assez peu encourageants, au moins dans la sphère où il m'a été donné d'observer.

Et cependant on est bien loin d'avoir publié tous les cas où l'intervention chirurgicale a été plus nuisible qu'utile. Là, comme ailleurs, « les chirurgiens n'ont pas apporté à l'aveu de leurs fautes le même empressement qu'ils mettent à vanter leurs succès » (*Compendium*).

On a apporté aux procédés primitifs des changements, des additions, on les a modifiés, transformés, on leur en a substitué d'autres, sans beaucoup améliorer les résultats. « La perfection semble s'éloigner à proportion qu'on fait des efforts pour en approcher. » (L. MEIN. *Arch. de chir.*)

La gravité de l'opération est encore considérable. Beaucoup d'opérés succombent de mort rapide. Quelques-uns s'éteignent, à peine rapportés dans leur lit, d'autres vivent quelques heures, meurent la nuit suivante ou le lendemain. Il n'y a pas lieu de trop s'étonner de cette mortalité, quand on songe à l'importance de l'acte opératoire, à sa durée, à la quantité de sang perdue par le malade, à la destruction d'une bonne partie des plexus hypogastriques, aux manœuvres longues et minutieuses sur le gros intestin toujours imparfaitement désinfecté, tout cela sur un cancéreux quelquefois âgé et souvent épuisé.

Sans doute, le choc n'est pas un accident spécial à la méthode sacrée, mais il faut avouer qu'il n'y a guère d'opération qui y prédispose davantage par les grands délabrements qu'elle entraîne. Mais je suis absolument persuadé qu'en n'opérant que des cancers petits et mobiles, en se plaçant dans de bonnes conditions, en agissant avec rapidité, en réduisant les sacrifices au strict nécessaire, on pourrait diminuer beaucoup le chiffre des cas malheureux.

Au contraire, en intervenant quand même dans les cas de cancers étendus et adhérents, on s'exposera à faire des opérations inutiles, sinon nuisibles et toujours terriblement graves.

La mort rapide « par choc » est donc assez fréquemment observée à la suite des grosses interventions par la voie sacrée. Il faut sans doute distinguer de ces cas où le cancéreux est comme foudroyé par l'acte opératoire, ceux dans lesquels la mort arrive après trente, trente-six, quarante-huit heures et qui sont probablement des infections suraiguës.

Le choc mis à part, le choc qui n'est pas une complication à proprement parler, mais la fin naturelle d'une opération disproportionnée à la résistance du patient, il reste toute une série d'accidents qui peuvent compromettre le succès de l'intervention et l'avenir du malade.

Pour mettre un peu d'ordre dans leur énumération, nous les diviserons en accidents opératoires, accidents de la période post-opératoire et accidents tardifs.

1° *Accidents opératoires.* — Les difficultés que présente l'extirpation de certains néoplasmes du rectum expliquent quelques malheurs éprouvés par des chirurgiens dont l'habileté manuelle ne saurait être mise en doute. Mais quelques-uns sont attribuables au défaut d'expérience ou à l'emploi de procédés vicieux.

Je considère, pour ma part, comme un accident la section du troisième nerf sacré et comme une regrettable pratique la destruction d'une grande étendue de sacrum.

Il faut savoir se montrer parcimonieux. Un bon chirurgien n'aura véritablement pas très grand besoin de faire une brèche énorme pour opérer un cas opérable. On a appris à pratiquer l'hystérectomie par le vagin. Pourquoi ne pas se contenter ici de l'ouverture pelvienne nécessaire et suffisante?

L'*ouverture du péritoine* a, pendant bien longtemps, passé pour le plus grave accident qui puisse arriver dans l'extirpation du rectum. Les temps ont marché fort heureusement et nous n'en sommes plus à tant redouter l'ouverture

même très large de cette séreuse. Elle est souvent indispensable dans l'opération de Kraske ; dans bien des cas, il n'y a pas moyen de faire autrement. M. Mosès écrit : « On fera hardiment cette ouverture sans crainte de *péritonite ultérieure.* » Ce membre de phrase est singulièrement exagéré ; il serait très souhaitable que les chirurgiens fussent délivrés de cette crainte. L'infection de la séreuse n'est pas encore une chose très rare.

La *blessure de l'intestin grêle* a été observée de même que celle du côlon pelvien au-dessus de la zone malade.

L'ouverture de la vessie est tantôt un accident survenu au cours de l'opération, en dehors de la volonté du chirurgien ; tantôt, mais plus rarement, il la fait de parti pris pour ne rien laisser d'un néoplasme ayant envahi la paroi vésicale.

L'*uretère* a été coupé à diverses reprises. D'autres l'ont compris dans une ligature, mais cela se voit surtout à propos de l'hystérectomie sacrée.

La blessure de la prostate n'a pas la même importance, non plus que celle des vésicules séminales. Elles sont commandées quelquefois par les circonstances. Mais alors on fait d'assez mauvaise chirurgie et il vaudrait mieux ne pas toucher à ces cancers, si l'on pouvait prévoir ces adhérences.

Enlever une portion de la paroi vaginale est quelquefois une nécessité. L'ouvrir quand la paroi n'est pas envahie constitue une maladresse, sans conséquence heureusement, quand on a bien soigneusement lavé, irrigué et tamponné cette cavité.

On est forcé de ranger dans les accidents opératoires certaines hémorragies assez fâcheuses, comme la section d'une des grosses artères ou veines de la paroi pelvienne.

J'ai été témoin des ennuis causés à deux chirurgiens par la section de branches importantes de l'ischiatique. Dans un autre cas, il fallut renoncer à lier la sacrée moyenne qui était anormalement volumineuse et qui donna beaucoup de sang pendant et après l'opération, malgré les tentatives les plus variées de compression.

2° *Accidents de la période post-opératoire.* — Je désigne ainsi les accidents qui se produisent pendant les deux ou trois premières semaines qui suivent l'opération. On a vu des malades mourir d'hémorragie le jour même ou le lendemain, parce qu'un fil mal serré avait abandonné une artère, ou bien parce qu'on n'avait pas lié un vaisseau qui ne saignait plus au moment des ligatures.

L'artère mésentérique inférieure, une fois coupée, se rétracte très haut et il est difficile quelquefois de lier correctement le vaisseau, surtout quand on se sert d'un catgut. M. Ricard a perdu de cette façon, à l'Hôtel-Dieu, un malade auquel il avait fait subir l'opération de Kraske. Tout s'était bien et rapidement passé, et l'on pouvait légitimement espérer un beau succès. Mais l'opéré mourut le lendemain. A l'autopsie, on trouva 2 litres de sang dans le péritoine. Rien n'avait transsudé à travers la plaie extérieure exactement fermée. Le sang avait librement coulé dans le péritoine par l'ouverture très large pratiquée à cette séreuse. Sans doute, on n'aurait pas eu à se repentir d'avoir, chez ce malade, suturé la déchirure péritonéale. Peut-être en aurait-il été quitte pour un gros hématome pelvien, comme je l'ai vu pour un autre opéré.

Il n'est pas rare de voir survenir dans la nuit qui suit l'opération, ou le lendemain, de petites hémorragies ou des suintements très abondants. Je vois là une raison de fermer le péritoine, au moins quand la plaie n'a pas été laissée béante ou largement drainée. Ces liquides refluent dans le péritoine et quand la plaie a été infectée, ils se chargent, en lavant celle-ci, de germes qu'ils entraînent jusque dans la séreuse.

Rétention d'urine. — Il n'est guère d'opération sur le petit bassin, après laquelle on ne puisse observer cette complication. On la rencontre fréquemment à la suite de l'opération de Kraske. Si elle n'est pas plus souvent notée dans les observations, c'est précisément parce qu'on la considère volontiers comme un accident banal et sans importance ; mais, fait très intéressant, la rétention qui se manifeste après l'opération de Kraske a quelquefois de la tendance à se prolonger. Elle a duré *un mois* chez une malade de M. Jeannel, quinze jours dans un cas de Bœckel, etc.

J'attribue ces rétentions d'urine, qui durent longtemps, à la destruction de filets vésicaux du plexus hypogastrique ou à un retentissement médullaire déterminé par le traumatisme sacré.

Il n'est que trop fréquent d'observer l'infection de la plaie à tous les degrés. Les micro-organismes pathogènes peuvent venir de la vessie, de l'urèthre, du canal déférent, du vagin, mais surtout de l'intestin lui-même.

L'infection peut se développer d'emblée dans le péritoine, quand il est contaminé pendant l'opération, ou dans les heures suivantes, quand il l'est par l'intermédiaire de la plaie.

Il y a quelques années, beaucoup d'opérés succombaient ainsi à une péritonite. « Aujourd'hui, ces craintes ne sont plus justifiées, dit M. Mosès. L'infection stercorale est à peu près impossible avec l'invagination de Hochenegg. » Je répète que je n'ai pas de raisons pour partager cet optimisme, et qu'à mon sens, si l'invagination de Hochenegg diminue les chances de péritonite, elle n'en met pas complètement à l'abri.

En lisant à travers les observations, on reconnaît que beaucoup d'opérés sont morts en réalité de péritonite, dont on attribue la mort au choc, à la congestion pulmonaire ou à autre chose. Il y a des péritonites qui évoluent sans grands symptômes et qui ne laissent pas de traces très faciles à reconnaître à une autopsie grossière.

On trouve les anses intestinales un peu rouges, avec quelques petites fausses membranes. Ailleurs, le péritoine paraît terne et comme dépoli ; mais il n'y a pas de pus ni de fausses membranes épaisses et répandues dans toute la cavité péritonéale. C'en est assez pour que l'honneur soit sauf et que le malade ne soit pas mort de péritonite.

La séreuse a été protégée au cours de l'opération et soigneusement refermée ou bien des adhérences protectrices arrêtent et limitent toute inflammation venue de la séreuse ; celle-ci se développera dans le tissu cellulaire pelvien. Ce dernier a pu être ensemencé au moment même de l'opération, ou bien il s'infecte par désunion partielle ou totale de la suture. Cette désunion se produit ou bien par infection, ou bien mécaniquement par l'arrivée trop brusque d'une masse fécale trop dure et volumineuse. A l'Hôtel-Dieu, il y a quelques mois, un lavement, donné inintelligemment, a conduit au même résultat. La cicatrice trop jeune s'est déchirée dans les manœuvres nécessitées par l'introduction de la canule et le contenu de la seringue a passé dans le tissu cellulaire du bassin. Il en est résulté une très violente cellulite pelvienne qui a entraîné la mort du malade.

A côté des cellulites pelviennes généralisées qui sont, en somme, l'exception, on observe des cas où tout se borne, après désunion de la partie postérieure de la suture, à une inflammation très localisée se terminant par un tout petit abcès. Il y a, bien entendu, tous les intermédiaires.

Cette complication se manifeste, tantôt dès le deuxième

jour, tantôt plus tard, vers le quatrième, le cinquième, le sixième jour; quel que soit son degré, elle se traduit tout d'abord par une élévation de température; mais le thermomètre n'indique habituellement que 38 degrés, 38°5, 39. En même temps, le malade accuse de la douleur dans la région opérée.

Quand un opéré souffre beaucoup, après les deux ou trois premiers jours, il faut toujours suspecter l'état de la plaie et craindre quelque suppuration.

Quand les choses doivent bien marcher, l'opéré souffre peu et ne souffre presque plus au bout du troisième ou du quatrième jour. La douleur est loin de se présenter chez tous avec la même intensité. Quelques-uns accusent une douleur sourde et gravative; chez d'autres, elle est pulsative, parfois lancinante, souvent avec des irradiations dans la partie postérieure des cuisses et le périnée.

Quand la suppuration est de quelque importance, le malade est souvent très abattu, et il est à remarquer que, dans les cas les plus graves, il se plaint relativement peu. La langue, saburrale quand l'accident est limité, devient rapidement sèche et comme rôtie quand l'inflammation s'est largement diffusée et que le sujet est très infecté.

Il présente quelquefois de petits frissons, du délire ou du sub-delirium. Localement, on ne constate tout d'abord que d'insignifiantes modifications, mais quand on détermine profondément une vive douleur, en pressant du bout du doigt sur la région ischio-rectale ou sur les parties inférieures et postérieures de la fesse, il faut mal augurer du succès de l'opération et si la peau est un peu rouge et tendue au niveau de la ligne de sutures, on peut être certain que le tissu cellulaire est enflammé et va suppurer. On en a bientôt des preuves plus manifestes. Le tissu cellulaire superficiel s'œdématie, la peau devient franchement rouge, les lèvres de la plaie présentent comme un liséré d'un jaune grisâtre. Les téguments soulevés par la phlegmasie s'étranglent sous chaque crin de Florence, formant des reliefs dans les intervalles des points de suture. Quand on coupe les fils, on voit les lèvres de la plaie s'écarter dans toute leur étendue, quand l'inflammation est vive, étendue et qu'elle a marché vite. Les parois de l'excavation paraissent tapissées d'une couche grisâtre ou d'un gris jaunâtre et il s'écoule un pus mal lié, grisâtre et d'odeur infecte. Le rectum peut se trouver tout à fait isolé dans cette cavité; cela se voit généralement dans les cas mortels. La solution de continuité de l'intestin laisse passer les matières fécales qui se déversent à l'extérieur, en passant à travers la plaie.

Quand le malade ne meurt point, on voit peu à peu la plaie se déterger et se combler; des « écheveaux » de tissu cellulaire mortifié sortent baignés dans le pus et les matières fécales; peu à peu, les bourgeons charnus s'élèvent de toute part, diminuent la profondeur de cette vaste perte de substance et forment une surface rouge, vermeille et granuleuse; mais la plaie ne se referme pas complètement et il persiste toujours une ou deux fistules excessivement rebelles. Pendant toute la période d'élimination des eschares, l'opéré a encore de la fièvre, il garde son facies de malade infecté; peu à peu, il revient à un état général satisfaisant. On note souvent de la diarrhée, surtout à la période d'élimination.

Toutes les suppurations ne se présentent point avec cet appareil inquiétant. Plus tardive est l'infection, plus la suppuration est lente à se produire, mieux elle se limite et moins grande est sa gravité. Il arrive souvent qu'il se forme un abcès, pas plus gros qu'une noix, à la partie postérieure du rectum. La peau s'enflamme dans une étendue restreinte. Quelquefois la peau est déjà complètement réunie quand cet abcès se constitue et fait saillie à l'extérieur. Il évolue sans grands phénomènes locaux et sans que l'état général soit très altéré. Mais que l'abcès s'ouvre spontanément ou que le chirurgien y fasse une incision, il se forme une fistule presque aussi difficile à guérir que si l'inflammation avait été étendue et grave.

Quelle doit être la conduite du chirurgien?

J'estime qu'il faut avant toute chose se préoccuper par avance de ces suppurations trop fréquentes et constituer, en quelque sorte, un traitement préventif. Quand on a des doutes sur l'asepsie de la plaie, il faut au moins drainer. C'est de la prudence élémentaire. En drainant largement, je crois qu'on évitera presque toujours les très graves accidents. Il vaut peut-être mieux encore ne suturer la plaie qu'en partie (ou même pas du tout quand l'incision est médiane et pas très longue) et la bourrer mollement de gaze iodoformée.

A la première ascension de la température, quand on ne trouve pas par ailleurs la très nette explication de ce mouvement fébrile, il faut défaire le pansement et inspecter soigneusement la région opérée; à plus forte raison, quand de vives douleurs appellent l'attention vers le bassin.

Au moindre indice, il faut enlever quelques-unes des sutures quand on a réuni complètement et disjoindre avec une sonde cannelée les lèvres de la plaie.

Il faut se hâter d'enlever tous les fils quand toute la région est rouge et œdématiée, d'évacuer le pus, de nettoyer, avec des tampons montés sur des pinces, l'intérieur de la plaie, de soumettre le malade à de longues pulvérisations phéniquées; changer fréquemment le pansement et empêcher autant que possible toute stagnation du pus ou des matières fécales dans la cavité de l'abcès pelvien.

Ces suppurations tiennent sous leur dépendance la nécrose des lambeaux osseux, la suppuration du canal rachidien, la névrite des nerfs sacrés.

La *nécrose des fragments osseux* réclinés dans les résections temporaires a été plus d'une fois observée. Quand le périoste et les parties molles ont été conservés autour de ces fragments, quand ils sont bien nourris, ils peuvent être conservés dans leur totalité, comme le prouve un cas de M. Jeannel, même au milieu d'un foyer suppurant, mais pour peu que leur vitalité soit déjà compromise, on les voit se mortifier.

Encore y a-t-il des degrés. Quelquefois, après élimination de quelques parcelles osseuses, les surfaces de section qui imitent le lambeau sacro-coccygien se couvrent de bourgeons charnus et l'on observe quelquefois leur réunion secondaire avec les surfaces opposées. Mais cette réunion peut ne pas s'effectuer et le fragment garder indéfiniment sa mobilité.

Dans certains cas, peut-être plus rares, la portion d'os réclinée se mortifie complètement et s'élimine au bout d'un temps variable, quand le chirurgien n'en fait pas lui-même l'ablation.

Pour prévenir tout accident de ce genre, il faut d'abord que l'os réséqué temporairement soit entouré de son périoste et de parties molles et que sa nutrition soit assurée; en second lieu, ne pas suturer complètement les fragments osseux. La réunion immédiate a presque toujours donné ici de détestables résultats et tous ceux qui parlent encore de résection temporaire ont soin de s'en abstenir.

La suppuration du canal sacré peut être ou non accompagnée de méningite. Ce n'est point le cas ordinaire, car le cul-de-sac des méninges se trouve situé très haut relative-

ment et il n'est pas ouvert dans les résections du sacrum, si étendues qu'on les fasse dans l'opération de Kraske.

La suppuration des graisses du canal sacré ne se produit que dans les inflammations étendues et surtout précoces. Au bout de quelques jours, le canal sacré est oblitéré par des bourgeons charnus et efficacement protégé contre l'infection. Au reste, cette complication ne présente point de symptômes bien particuliers. Dans un cas qu'il m'a été donné d'observer, et dans lequel j'ai pu faire l'autopsie, aucun signe, et en particulier aucun trouble médullaire, n'avait attiré l'attention de ce côté. Il est possible que l'infection du canal rachidien soit assez fréquente chez les malades qui meurent dans les premiers jours de la période post-opératoire, emportés par les phlegmons pelviens. La suppuration du canal sacré est un phénomène assez accessoire à côté des autres lésions. Il faut dire aussi que, trop souvent, on néglige l'autopsie du canal rachidien.

La *névrite des nerfs* sacrés ne peut guère se produire que dans les procédés du genre de celui de M. Jeannel. Une de ses opérées a éprouvé pendant un mois de très violentes douleurs dans les fesses et dans la partie postérieure des cuisses. Elles disparurent heureusement pour ne plus revenir. M. Jeannel pense que, dans une plaie aseptique, il ne se serait produit rien de semblable.

Gangrènes. — On observe plus souvent qu'on ne le dit généralement la mortification de la partie inférieure du rectum, ou le sphacèle des bords de la plaie, ou encore la production d'eschares dans la région fessière.

Bardenheuer avait vu survenir, chez un de ses opérés, la gangrène de l'extrémité inférieure du rectum. Schwartz a perdu un malade dont le rectum s'était sphacélé dans une grande étendue. M. Maunoury (de Chartres) a vu mourir un de ses opérés dans les mêmes conditions.

Dans un cas de Bœckel, où la mort survint dans le marasme cinq ou six semaines après l'opération, il s'était développé des plaques gangréneuses au niveau du sacrum et des trochanters. M. Terrier a de même vu survenir, chez un malade, du sphacèle de la muqueuse rectale avec lenteur extrême de la cicatrisation; une autre fois, une eschare de la région trochantérienne, et chez une femme hystérectomisée par la voie sacrée, une mortification étendue de la peau au voisinage de la plaie.

Leprévost (du Havre) a beaucoup insisté sur ces gangrènes consécutives aux résections sacro-coccygiennes. Au Congrès de chirurgie d'avril 1892, il a relaté trois cas survenus en peu de temps dans sa pratique. Il attribue ces gangrènes aux lésions nerveuses, non sans fournir de bonnes raisons à l'appui de son hypothèse généralement acceptée.

Je crois qu'on peut diviser en trois groupes les accidents gangréneux observés à la suite des résections sacro-coccygiennes et distinguer : des gangrènes par ischémie, des gangrènes d'origine septique et des gangrènes d'origine nerveuse.

L'intestin est très exposé à la mortification par ischémie quand l'abaissement a été laborieux et quand il a fallu sacrifier un grand nombre des vaisseaux nourriciers. Dans une région quelconque de l'organisme, l'arrêt prolongé de la circulation entraîne la mort du territoire ischémié.

J'ai montré qu'on pouvait impunément lier, chez le chien, l'artère mésentérique inférieure (1). Je suis sûr que, dans la majorité des cas, les choses se passeraient chez l'homme de la même façon. Mais il faut pour cela que l'intestin soit dans d'assez bonnes conditions pour que la circulation puisse se rétablir. Or, la surface extérieure du rectum est isolée du tissu cellulaire ambiant et son extrémité mettra plusieurs jours avant de contracter des connexions vasculaires avec le bout inférieur. Pour que le sang revienne par la seule voie qui lui soit ouverte, par les anastomoses intra-pariétales de l'intestin et arrive jusqu'à la terminaison du bout supérieur jusqu'au niveau des sutures, il faut que la portion isolée de ce bout supérieur ne soit pas trop longue, qu'il n'ait pas été trop tiraillé, pincé et manipulé, enfin et surtout qu'il soit laissé dans l'état de repos et de relâchement et qu'il n'y ait pas de traction exercée sur les sutures. La tension, même faible, constitue une condition très défavorable au retour de la circulation, l'allongement de l'intestin aplatit ses vaisseaux et les rend moins perméables au sang.

Le sphacèle est souvent fort limité, quelques petites portions de la muqueuse sont seules éliminées. Par contre, le cylindre intestinal peut se mortifier dans toute son épaisseur et sur une hauteur de 1, 2, 3, 4 centimètres. Mais il faut beaucoup d'attention pour ne pas méconnaître cette complication. L'intestin gangrené verse dans le tissu cellulaire le contenu intestinal et le phlegmon qui en résulte masque l'accident primordial.

La gangrène de l'intestin peut coïncider avec celle de la peau. On doit, en effet, rapprocher de la gangrène par ischémie de l'intestin certains sphacèles par compression des téguments de la région sacrée, sphacèles qui peuvent se développer isolément ou accompagner celui du rectum.

La peau, privée de son pannicule adipeux dans une trop grande étendue, et trop fortement appliquée contre la saillie osseuse irrégulière que forme la portion restante du sacrum, soit par la traction trop forte exercée par les sutures, soit par un pansement trop compressif, soit encore par la seule position du malade couché dans le décubitus dorsal, se mortifie dans une étendue variable. On observe une eschare grande comme une pièce de 50 centimes ou de 1 franc, quelquefois plus grande. Ces eschares s'expliquent sans qu'il soit besoin de faire intervenir un élément infectieux, ni un trouble des fonctions de la moelle. Il n'y a rien là qu'on ne puisse retrouver partout ailleurs dans l'économie. Cela doit surprendre d'autant moins qu'on connaît la faible vitalité des téguments sacrés, et leur tendance à se mortifier.

Le chirurgien peut, dans une large mesure, prévenir tous ces accidents de gangrène par ischémie et compression en se préoccupant d'en écarter les causes, en traitant l'intestin avec de grands ménagements, en régularisant autant que possible la surface de section du sacrum, en ne réunissant pas la plaie dans sa totalité, et enfin en obligeant le malade à demeurer après l'opération dans le décubitus latéral.

Les gangrènes septiques sont les plus communes. Elles peuvent, comme les précédentes, amener la mortification du bout intestinal, mais par un autre mécanisme. Il est certain d'ailleurs que les causes qui suffisent dans les cas que nous venons d'envisager à amener la mortification, constituent, dans le groupe dont nous nous occupons actuellement, des causes prédisposantes qui favorisent singulièrement le développement de la gangrène. Mais elle ne se limite jamais à l'intestin, et envahit les bords de la plaie, les téguments. Sur quatre opérations par la voie sacrée, M. Le Dentu a vu trois fois survenir des accidents gangréneux de cet ordre; deux des opérés succombèrent et le troisième fut en très grand péril.

Quand cet accident doit se produire, on voit la tempéra-

(1) Morestin. Th. de Paris, 25 janvier 1894.

ture s'élever un peu, les téguments au pourtour de la plaie présenter un aspect rouge, violacé ou brun, puis sur les lèvres mêmes de l'incision apparaissent de petites plaques d'un gris noirâtre, ou d'une « couleur citronnée ». Les plaques s'étendent rapidement. Quand on coupe les sutures, il s'écoule peu ou pas de pus, mais les parois de la plaie sont d'un jaune verdâtre ou grisâtre et mortifiées dans une profondeur d'un demi-centimètre, 1 centimètre, quelquefois davantage. Généralement les opérés meurent. Quand ils résistent, c'est-à-dire quand on est intervenu à temps, et que le sphacèle n'était pas très étendu, on assiste à la lente élimination des eschares et à la réparation plus lente encore des pertes de substance. La mort survient par la violence du processus gangréneux, ou par l'ouverture suivie d'infection du péritoine, ou bien encore le malade succombe pendant la période d'élimination des eschares. Quand il guérit, il conserve toujours des fistules stercorales.

Les gangrènes d'origine nerveuse sont les plus rares, bien que Leprévost ait soutenu le contraire. Elles sont caractérisées par l'absence de tout phénomène préliminaire, par la précocité de leur début, la rapidité de leur évolution, et jusqu'à un certain point par leur siège. Comme le fait remarquer Leprévost, « habituellement quand elles sont d'ordre passif et le résultat d'un décubitus prolongé, les eschares du siège sont précédées d'une rougeur érythémateuse qui les annonce et permet quelquefois de les prévenir ». Ici, la marche est tout autre ; soudain apparaissent, le lendemain ou le surlendemain de l'opération, de larges phlyctènes au voisinage de la plaie, dans la région fessière, au niveau du trochanter. Le lendemain de son apparition, on ne retrouve plus la phlyctène, mais à sa place une eschare arrondie, grisâtre, de même étendue que la phlyctène. Les zones mortifiées s'agrandissent pendant que l'état général devient mauvais, que le malade s'affaiblit rapidement.

Leprévost rapproche ces eschares de celles qu'on trouve dans les lésions traumatiques de la moelle, en particulier dans les fractures et luxations du rachis. « De nombreux faits de ce genre, rapportés par Bright, Brodie, Jeffreys, Olivier (d'Angers), Laugier, Gurlt et quelques autres montrent avec quelle rapidité ces eschares sacrées peuvent se produire en pareil cas. » C'est d'ailleurs un fait aujourd'hui bien connu de tous les chirurgiens. Il résulterait, en outre, « d'après la statistique de J. Askhurst, que les troubles de nutrition deviennent plus fréquents à mesure que la lésion descend plus bas ».

Pour lui, la lésion des cinquième et sixième paires sacrées suffirait à expliquer certains cas de gangrène. Je ne sais si les conseils que donne Leprévost suffiraient à prévenir les accidents gangréneux. Il faut, dit-il, prévenir la commotion de la moelle et la contusion des nerfs sacrés, couper les nerfs avec un instrument tranchant quand on doit les sacrifier. Ces accidents doivent être spéciaux à certains individus prédisposés, car alors, comment expliquer qu'on ait pu pratiquer tant d'opérations par la voie sacrée sans observer plus souvent ces gangrènes d'origine nerveuse.

Les cas en sont fort rares, et je crois même que des trois cas de Leprévost, un seul doit être rangé dans ce groupe.

Il faut encore signaler dans les complications de cette période l'*urémie*, observée quelquefois à propos de l'opération chez des individus dont les reins étaient malades.

J'ai vu dans un cas se produire *la rupture du rectum et de la cicatrice*. Je n'en connais pas d'autre exemple. Une femme de la campagne, opérée par M. Ricard et heureusement guérie malgré la désunion d'une partie de sa plaie, fit, *trois semaines* après l'opération, une longue marche en portant un lourd fardeau. Quand elle arriva, dans un dernier effort en voulant se décharger de son fardeau, la cicatrice se rompit. Il y eut un léger écoulement de sang. Elle souffrit médiocrement, et ne s'inquiéta sérieusement qu'en constatant, dans la région sacrée, la présence d'une grosse masse rouge, visqueuse et fort gênante. On put constater bientôt qu'il s'agissait d'un prolapsus du rectum qui s'était développé très rapidement. Le bout supérieur du rectum était resté attaché à l'inférieur par une assez large bande ; toute la partie postérieure avait cédé en même temps que la cicatrice cutanée se déchirait dans presque toute son étendue.

Il faut encore citer les complications pulmonaires parmi celles qui peuvent mettre en danger la vie du malade, pendant la période post-opératoire. On les observe presque toujours chez des individus prédisposés, chez des individus qui ont de la bronchite chronique, de la dilatation des bronches, de l'emphysème pulmonaire. J'ai vu mourir de catarrhe suffocant, au troisième jour de son opération, un malade de M. Richelot à l'hôpital Tenon.

II

Suites éloignées. — L'opéré de Kraske qui n'a pas succombé à l'opération, ni aux complications malheureusement si fréquentes de la période post-opératoire, peut-il espérer une survie assez longue ?

On ne peut pas dire qu'il soit commun d'observer des malades qui soient demeurés guéris de leur cancer pendant un certain nombre de mois.

J'ai recherché moi-même avec patience les anciens opérés de Kraske. J'ai pu retrouver la trace d'un certain nombre d'entre eux, et en examiner plusieurs. Je suis forcé de dire que je n'ai vu de mes yeux qu'un seul opéré parfaitement guéri, sans fistule, avec sphincter fonctionnant régulièrement. Tous les autres étaient affligés *d'infirmités plus ou moins supportables*.

Prolapsus du rectum. — Par exemple, j'ai vu quatre fois se développer, peu de temps après l'opération, des *prolapsus du rectum*. La fréquence de cet accident ne saurait surprendre. Dans beaucoup de cas, on crée des conditions tout à fait propres à en favoriser le développement. Les moyens de fixité du rectum sont le plancher pelvien, les tractus celluleux sacro-rectaux, les vaisseaux, le péritoine. Or, on détruit toujours les tractus celluleux, on coupe souvent les vaisseaux, on déchire la toile aponévrotique qui double le péritoine du petit bassin, et on met le plancher pelvien dans le relâchement. Cet accident est favorisé par la désunion de la partie inférieure de la plaie, quand on a prolongé celle-ci jusqu'à l'anus en coupant la zone sphinctérienne. Il ne faut pas seulement incriminer la section du sphincter dans la pathogénie de cet accident, mais aussi sa paralysie et celle du releveur de l'anus. J'ai pu m'assurer dans deux cas qu'ils avaient complètement perdu la faculté de se contracter. Dans trois cas sur quatre, les malades avaient été opérés par le procédé de Hochenegg. Je n'en veux tirer aucune conclusion, je me borne à signaler les faits.

Le quatrième s'est produit dans des circonstances que j'ai déjà eu l'occasion de raconter. La cicatrice s'était rompue et, peu de jours après, le prolapsus s'était constitué.

Les opérés qui ont beaucoup et longtemps suppuré ne m'ont jamais présenté de prolapsus, et je m'explique très bien la fréquence moins grande de cet accident dans cette

catégorie de malades. Chez eux, en effet, il s'est formé, tout autour de la partie inférieure du rectum, du tissu inodulaire.

L'intestin se trouve solidement uni par des adhérences à la peau de la région sacrée, au sacrum, à la prostate, etc.

En outre, le calibre du rectum est rétréci la plupart du temps, et au niveau du rétrécissement, la muqueuse adhère solidement à la musculeuse, toutes causes défavorables à la production du prolapsus. Le rétrécissement est à la partie inférieure du rectum, tout près de l'anus, la portion du rectum qui pourrait se prolaber est située au-dessus, et la portion rétrécie s'oppose d'une façon efficace à son invagination et à son issue à l'extérieur. Ce fait ne pourrait se produire sans déterminer immédiatement de très graves accidents d'occlusion intestinale, et encore faudrait-il, pour que la chose fût possible, que le rétrécissement fût relativement large. Et alors on tourne dans un cercle vicieux. Si le rétrécissement est large, il n'apporte qu'un obstacle insignifiant à la défécation, et par conséquent on ne peut attribuer le prolapsus à la gêne apportée dans cet acte et aux efforts qu'il nécessite.

Le rétrécissement cicatriciel et la production de masses inodulaires autour du rectum s'opposent donc efficacement à l'invagination et au prolapsus de l'intestin.

Il y aurait une différence à établir entre les malades chez lesquels il a fallu se résoudre à terminer l'opération par un anus sacré, et ceux chez qui on a pu l'exécuter régulièrement et d'une facon complète.

A priori, les premiers paraîtraient plus prédisposés à cet accident. Il n'en est rien cependant, et voici les raisons qu'on en peut donner. L'intestin fixé dans la région est toujours coudé au voisinage de sa terminaison, en contournant la tranche sacrée, et il contracte à ce niveau des adhérences solides avec le squelette; il trouve ainsi un point d'appui qui lui permet de résister aux causes qui le sollicitent à se porter à l'extérieur. Ce n'est pas tout. Quand on a fixé l'intestin dans la région sacrée, c'est qu'il était absolument impossible de le faire descendre plus bas. C'est donc qu'il est efficacement soutenu et maintenu par des attaches supérieures, et dès lors il n'est pas exposé au prolapsus. Tout au plus, peut-il y avoir un peu d'éversion de la muqueuse, et c'est ce qu'on observe en effet très communément.

On ne saurait ranger, dans la même catégorie que les précédents malades, l'opérée de M. Ricard, qui a présenté du prolapsus rectal. Chez elle, le rectum avait pu descendre jusqu'à l'anus, il était susceptible d'une certaine mobilité. La rupture de la cicatrice, ouvrant largement le rectum en arrière et créant une sorte de solution de continuité dans la paroi pelvienne postérieure, constituait une circonstance tout à fait particulière.

Les causes que nous avons admises ne sont en définitive que prédisposantes. Il faut, en outre, des causes déterminantes, et ces causes nous les trouverons dans les efforts répétés et énergiques, dans tout ce qui peut augmenter la pression intra-abdominale. Il est exceptionnel de noter des efforts aussi violents que ceux auquels dut se livrer la femme dont il vient d'être question. Il est habituel, au contraire, de voir le prolapsus se développer chez des individus constipés, chez lesquels la défécation est laborieuse et lente, et exige des efforts, sinon considérables, du moins fréquemment répétés.

Plus rarement il faut incriminer la toux quinteuse et opiniâtre. Chez un de mes malades, vieillard très âgé et atteint de bronchite chronique, cette cause s'alliait à la constipation. Une femme que j'ai pu observer chez M. Richelot, et qui avait un énorme prolapsus consécutif à une résection du rectum par la voie sacrée, portait une grosse tumeur utérine, un fibrome qui prenait chaque jour du développement. Faut-il faire jouer un rôle à cette grosse tumeur abdominale dans la production du prolapsus? Il est possible qu'en augmentant la pression abdominale elle y ait un peu contribué.

Le relâchement du plancher pelvien, en même temps qu'il favorise la chute du rectum, doit favoriser celle de la matrice. Chez deux femmes opérées, non pas pour des cancers, mais pour des rétrécissements, j'ai pu constater un abaissement de l'utérus qui descendait jusqu'à la vulve.

L'une de ces femmes avait déjà un peu de cystocèle et d'abaissement de l'utérus; mais tout cela avait considérablement augmenté, si peu de temps après l'opération, qu'on était conduit à supposer que celle-ci avait influé sur le déplacement utérin en modifiant les conditions anatomiques du plancher pelvien. Et, en effet, on ne pouvait plus percevoir, ni dans le vagin, ni dans le rectum, les contractions du releveur de l'anus, et il était évident que ce muscle était paralysé.

L'autre n'avait jamais eu d'enfant. J'avais eu l'occasion de l'examiner très complètement avant l'opération. L'utérus se trouvait dans une situation absolument normale, et il n'y avait pas le moindre relâchement des parois du vagin. Or, deux mois après, le col de l'utérus était descendu à tel point qu'il affleurait à la vulve quand la malade était debout et faisait le moindre effort.

Toutefois, je n'ai pas encore pu observer, à la suite de l'opération de Kraske, de coïncidence du prolapsus utérin avec le prolapsus du rectum, et à ma connaissance au moins, il n'en est fait mention dans aucune observation.

Le volume du prolapsus rectal est évidemment très variable; dans un cas, il était un peu plus gros qu'un œuf de poule; dans un autre, son volume était celui d'une grosse orange; dans le troisième, il dépassait celui du poing.

Dans ce dernier cas, j'ai pu constater la présence de l'intestin grêle dans la tumeur, il y avait *hédrocèle*.

L'orifice intestinal était rejeté à la partie postérieure de cette tumeur.

Ce prolapsus ne va point sans déterminer des symptômes fort désagréables. Outre que la tumeur est gênante pour marcher et s'asseoir, la muqueuse rectale, toujours irritée, suinte en grande abondance. Le malade dont la tumeur était volumineuse se plaignait de cet inconvénient plus que de toute autre chose, car ses vêtements étaient constamment souillés. Enfin, la muqueuse éversée saignait assez facilement.

On peut beaucoup pour ces malades affligés d'un prolapsus à la suite de l'opération. Les appareils suffisent quelquefois pour que l'infirmité soit tolérable.

Mais si le malade en est trop incommodé, si l'inutilité de l'appareil est devenue manifeste, le chirurgien dispose encore de plusieurs ressources opératoires pour soulager son malade. Il ne devra intervenir toutefois que si rien ne peut faire soupçonner une récidive prochaine, et s'il n'y pas de contre-indication tirée de l'état général, on pratiquera la résection du rectum prolabé ou la colopexie, ou la rectopexie.

Si quelques opérés ont de la chute du rectum, un bien plus grand nombre sont atteints de rétrécissements cicatriciels post-opératoires. *Quel que soit le procédé mis en usage*, il est très fréquent de voir un rétrécissement se développer au point d'union des deux bouts mis en présence. Ce rétrécissement se constitue très rapidement et évolue très vite.

Il est le plus souvent en forme de diaphragme ou en

forme de valvule; mais on peut le voir présenter une hauteur de 1 ou 2 centim., former une véritable virole irrégulière.

Le rectum est à peu près sain; mais au-dessous, il présente *toujours* des lésions de rectite et sécrète un mucus glaireux qui s'échappe par l'anus ou par les fistules, plus ou moins mélangé aux matières fécales.

Le rétrécissement peut demeurer stationnaire; mais s'il est abandonné à lui-même, il est plus commun de le voir progresser sans cesse jusqu'à rendre le calibre de l'intestin excessivement étroit et complètement infranchissable.

Le début peut passer longtemps inaperçu, quand on n'a pas la précaution de pratiquer souvent le toucher rectal. Le rétrécissement peut être méconnu surtout quand le malade a de la diarrhée, ce qui n'est pas très rare dans ces cas-là, et d'autant mieux méconnu que le rétrécissement peut coïncider avec la paralysie du sphincter et du releveur.

Tout d'abord, l'incontinence fécale paraît seule en cause, et ce n'est qu'au bout d'un certain temps qu'on arrive à soupçonner et rechercher le rétrécissement. J'en ai eu sous les yeux plusieurs exemples.

On ne peut guère citer d'opérés qui n'aient conservé plus ou moins longtemps une ou plusieurs *fistules sacrées*. De ces fistules, les unes datent de la période opératoire, les autres s'établissent plus tardivement. Les premières résultent des suppurations ou des gangrènes qu'on observe dans les premiers jours de l'opération; les autres sont secondaires à celles-là. De petits abcès se forment au voisinage des trajets primitifs et viennent s'ouvrir à la peau à une distance plus ou moins grande de la ligne d'incision.

Ces fistules sont entretenues d'abord par le rétrécissement. Les rétrécissements tiennent sous leur dépendance certaines fistules, rebelles tant qu'on ne s'est pas adressé à la coarctation, qui en est la cause première. Cette règle se trouve ici de tous points confirmée. Mais, en outre, voici ce qu'on observe :

Les fistules sont en nombre variable, deux, trois, quatre, cinq, six et davantage; mais en les explorant avec le stylet, on reconnaît une ou deux fistules principales, maîtresses, les seules dont la guérison soit véritablement difficile, les autres sont secondaires et ne communiquent généralement pas avec l'intestin. Or, cette fistule principale — il y en a plus souvent une que deux — présente une disposition qui, indépendamment du rétrécissement, suffirait à expliquer les difficultés que l'on éprouve à la fermer. On la trouve d'habitude immédiatement au-dessous de la tranche de section du squelette. L'orifice fistuleux se trouve au fond d'un infundibulum cicatriciel. Quand on pratique le toucher rectal, on constate que la cavité du rectum forme une sorte de diverticule infundibuliforme au niveau de la fistule. Le trajet fistuleux est très court. L'infundibulum cicatriciel et l'infundibulum rectal se continuent pour ainsi dire par leurs sommets et présentent un aspect en sablier.

Ces fistules sont généralement larges. La surface extérieure de l'infundibulum rectal est entourée de tissu fibreux et adhère étroitement au sacrum. Beaucoup de malades supportent assez bien la présence d'une fistule sacrée, mais chez un plus grand nombre elle constitue une assez désagréable infirmité. Les gaz intestinaux, les matières fécales liquides et les sécrétions rectales sortent par cet orifice, la peau du voisinage est excoriée et souvent le siège d'atroces démangeaisons. Enfin, il se forme souvent des abcès et des fistules secondaires, et alors l'état de l'opéré devient fort triste.

Ces fistules n'ont jamais aucune tendance à se fermer spontanément; au moins, elles ne se ferment jamais d'une façon durable. L'orifice extérieur se rétrécit quelquefois au point de devenir presque imperceptible, mais c'est pour se rouvrir bientôt.

Il faut absolument traiter ces fistules; tant qu'elles persistent, le malade est un infirme, et quelquefois son infirmité l'empêche de vivre de la vie commune.

La simple dilatation du rétrécissement suffit quelquefois à amener la guérison des trajets fistuleux. C'est donc à lui qu'il faudra s'adresser tout d'abord.

On fera même bien de commencer par un traitement préventif du rétrécissement peu de temps après l'opération de Kraske, aussitôt que le rectum pourra supporter sans danger un corps dilatant. On peut voir, dans ces conditions, des fistules post-opératoires guérir spontanément ou sous l'influence de quelques lavages ou d'attouchements irritants avec la teinture d'iode ou le nitrate d'argent.

Toutes les fois que le malade se présentera avec des fistules sacrées consécutives à des opérations de Kraske, il faut d'abord *et avant tout* s'inquiéter du rétrécissement cicatriciel et rétablir le calibre du rectum; sans cela, toutes les tentatives dirigées contre les fistules sont d'avance frappées d'insuccès. Il faut donc dilater le rétrécissement en y apportant la douceur nécessaire. Quand il est étroit, on se trouvera bien d'y introduire des laminaires ou des faisceaux de laminaires. C'est un moyen excellent de le dilater vite et sans douleurs.

On pourra parachever cette dilatation avec de grosses bougies de caoutchouc rouge. Mais, dans certains cas où le rétrécissement opposera une grande résistance à la dilatation, on aura recours à la rectotomie.

Tant que dureront ces manœuvres, on devra veiller avec un soin scrupuleux aux lavages antiseptiques du rectum.

L'intestin ayant retrouvé son calibre normal, si ces fistules ne guérissent pas d'elles-mêmes, ce qui est le cas le plus commun, il faut bien l'avouer, on pourra tenter d'obtenir leur oblitération par la cautérisation ignée. J'ai vu ce moyen réussir dans un cas où la fistule était petite, étroite et simple.

On est obligé quelquefois d'avoir recours à des opérations complexes et délicates pour obturer ces fistules.

Le simple avivement suivi de sutures échoue régulièrement.

Peut-on songer à sectionner la portion du rectum comprise entre l'anus et la fistule?

Si l'on abandonne alors les choses à elles-mêmes, comme on le fait volontiers après l'opération de la fistule anale, on n'obtient pas un résultat satisfaisant. Le bout inférieur sectionné ne se reforme point, il y a réunion secondaire de la muqueuse à la peau sur les deux lèvres de l'incision; mais ces deux lèvres ne se fusionnent pas entre elles.

Mieux vaut peut-être cette terminaison que la persistance du rétrécissement et des fistules. Mais on a le droit d'espérer mieux.

La section longitudinale du bout inférieur, depuis l'anus jusqu'à l'orifice fistuleux, suivie de l'extirpation du trajet fistuleux et de sutures soigneusement faites sur deux ou trois places doit donner de meilleurs résultats. Cependant, j'ai vu échouer cette tentative de restauration entre les mains de M. Richelot.

Voici un procédé dont Kraske s'est servi pour fermer la large fistule sacrée qu'il laissait autrefois de parti pris à ses opérés.

On prend un lambeau sur chaque fesse. Chacun d'eux après rétraction doit être un peu plus grand que l'orifice

qu'on se propose d'oblitérer. On les taille de façon que l'un puisse être rabattu sur l'orifice sa face épidermique tournée vers la cavité du rectum, sa face cruentée tournée vers l'extérieur; sur cette face cruentée vient reposer la face cruentée de l'autre lambeau. Des sutures soigneusement faites les fixent dans cette position.

Ce procédé échoue souvent. Il y a presque toujours une désunion partielle; il persiste une ou deux petites fistules et tout est à recommencer.

On peut lui reprocher de ne pas tenir compte de cet infundibulum muqueux, diverticule de la cavité rectale qui constitue un sérieux obstacle à la guérison de la fistule.

L'autoplastie par double plan de lambeaux est ici extrêmement rationnelle et ne doit pas être abandonnée. Ce n'est d'ailleurs qu'une application au rectum d'une méthode qui trouve d'innombrables indications dans la chirurgie réparatrice des cavités muqueuses et qui peut donner de magnifiques résultats.

H. Birscher (d'Aarau) a opéré de la manière suivante dans un cas de large fistule sacrée persistant après une opération de Kraske.

La fistule était à 12 centimètres de l'anus. Une incision fut d'abord tracée sur la ligne médiane, depuis la fistule jusqu'à l'anus, intéressant la peau et les parties qui la séparent de l'intestin, puis deux incisions latérales qui passaient en dehors de la fistule et se prolongeaient aussi jusqu'à l'anus.

Ces deux incisions latérales, symétriquement placées de chaque côté de la ligne médiane, se réunissaient en ogive au-dessus de la fistule. En partant de ces incisions, on disséqua la peau de dedans en dehors et sur une largeur d'environ 2 centimètres et demi, de façon à mettre à vif de chaque côté une surface d'une certaine étendue.

Un triple étage de sutures fut exécuté. Celles du premier étage réunissent les deux lèvres internes des incisions latérales. La surface épidermique comprise entre la ligne médiane et ces incisions fut de cette manière renversée vers la cavité de l'intestin et contribua à former sa paroi. Celles du deuxième étage traversaient la partie moyenne de la surface avivée et enfin celles du troisième réunissaient les lèvres externes des deux incisions latérales.

Le succès fut loin d'être irréprochable, car il se produisit une fistule à la partie moyenne de la ligne de sutures extérieures et une autre plus grande à la partie supérieure.

La petite s'oblitéra à la suite de quelques cautérisations au nitrate d'argent. Quant à l'autre, il fallut pour la fermer se livrer à une nouvelle opération, inciser, gratter les bords de l'orifice, et la refermer par des points de suture. Encore, cette opération fut-elle insuffisante. Il fallut attendre encore plusieurs semaines pour que la guérison fût complète.

Cet exemple ne paraît pas fort concluant. On dit bien qu'après l'opération, l'incontinence fécale que présentait le malade cessa complètement et que son sphincter se remit à fonctionner d'une façon normale. Cela est possible, mais au point de vue de la fistule, le cas de H. Birscher est tout au plus un échec.

Après avoir essayé différents procédés sur des chiens, je me suis arrêté pour la cure de ces fistules au procédé suivant qui m'a donné les meilleurs résultats et qui doit réussir tout aussi bien chez l'homme. Pour que l'opération ne soit pas inutile, il faut, je le répète, que le calibre de l'intestin soit redevenu onrmal. L'intestin est préparé à l'opération par de grands lavages bi-quotidiens à l'eau chaude, pendant quatre ou cinq jours, et par deux ou trois purgations.

Deux petites incisions curvilignes circonscrivent l'orifice fistuleux; passant à 4 ou 5 millimètres de cet orifice, elles se réunissent en ogive au-dessus et au-dessous. De leurs points de réunion supérieur et inférieur, on fait partir deux autres incisions, dans le prolongement l'une de l'autre, sur l'ancienne cicatrice, l'une se dirigeant en haut, l'autre en bas.

On dissèque la peau de chaque côté de façon à la mobiliser et à ouvrir plus largement la plaie.

En se guidant avec une sonde cannelée, on isole l'infundibulum rectal qui correspond au très court trajet fistuleux, et autour de cet infundibulum on libère un peu la paroi rectale.

Il faut alors faire toute une série de plans de sutures; *multiplier les plans est une condition essentielle de succès*. On suture, tout d'abord, les lèvres de l'orifice fistuleux; les sutures doivent porter sur la petite bordure cutanée conservée autour de cet orifice. Puis cette portion est refoulée du côté de la cavité rectale, repoussée en dedans et l'on fait *deux plans* successifs de sutures sur la paroi rectale, en arrière de la première suture. La première porte sur la paroi de l'infundibulum qui est retourné de façon que son sommet proémine à l'intérieur du rectum (il forme un cône au lieu d'un entonnoir); la seconde sur la base de cet infundibulum. On fait ensuite deux plans de suture sur la paroi pelvienne postérieure, un sur la couche fibro-musculaire, un dernier sur la peau. J'ai toujours fait les sutures de l'intestin avec une petite aiguille à coudre ordinaire enfilée de soie fine. Cela simplifie et abrège notablement l'opération.

Je n'ai envisagé que le cas simple, celui où le trajet fistuleux n'existe pour ainsi dire pas, où l'infundibulum cicatriciel et l'infundibulum rectal arrivent presque au contact. C'est la disposition la plus fréquente.

Quand les fistules sont doubles, ou triples, ou multiples, on s'aperçoit très souvent qu'elles communiquent avec l'intestin par le même orifice.

Je crois qu'il y a intérêt à les simplifier avant de tenter une opération réparatrice. Tous les trajets seront incisés et curetés, ce qui peut se faire sans anesthésie. Ce sera une sorte d'opération préliminaire. On redoublera de soins antiseptiques, et comme on aura eu soin de maintenir la dilatation du rectum, il ne se produira plus de trajets nouveaux.

On pourra alors pratiquer l'opération décrite plus haut; mais, la guérison obtenue, il faut surveiller pendant longtemps encore le rétrécissement et habituer le malade à se passer des bougies en quelque sorte indéfiniment.

Incontinence fécale. — Quand on examine avec soin les anciens opérés de Kraske, on en retrouve bien peu qui aient conservé un appareil constricteur véritablement utile. *Presque toujours*, on constate que l'anus est paralysé. Le doigt introduit dans le rectum ne sent point la résistance que l'on rencontre normalement au niveau de l'anus.

Encore y a-t-il bien des variétés. Chez les malades que j'ai pu examiner, il y avait deux fois paralysie du sphincter seul, presque toujours il y avait aussi, sinon une paralysie, du moins une impotence fonctionnelle du releveur de l'anus. Quand les selles sont liquides, elles sont expulsées au fur et à mesure qu'elles se présentent.

Il y a des malades qui expulsent leurs matières régulièrement, presque à heures fixes, qui n'ont aucune des incommodités de l'incontinence fécale, et qui, cependant, ont *le sphincter et le releveur parfaitement paralysés*. A un examen superficiel, on pourrait croire au bon fonctionnement et à l'intégrité de leur appareil constricteur.

J'ai remarqué, chez plusieurs de nos anciens opérés, l'absence de cette sensation prémonitoire qui constitue le besoin de déféquer.

Il suffit quelquefois de modifier le régime et de mêler aux aliments des poudres inertes, de désinfecter le gros intestin par de grands lavages pour modifier et améliorer beaucoup l'état des malades qui présentent de l'incontinence fécale à la suite du Kraske.

Instituer un régime propre à augmenter la densité des matières fécales et à régulariser les fonctions de l'intestin est encore la seule bonne ressource dont nous puissions disposer contre l'incontinence fécale.

En réalité, la conservation de l'appareil constricteur de l'anus est encore presque toujours illusoire. Je ne dis pas que ce soit une idée chimérique mais pour la réaliser, il faudrait restreindre les indications du Kraske, détruire le moins possible de la paroi pelvienne, et apporter dans la suture intestinale les soins les plus minutieux.

Occlusion intestinale. — Quand le rétrécissement du rectum est très étroit, les malades sont exposés aux complications propres à ce rétrécissement, et, en particulier, à *l'occlusion intestinale*. M. Richelot a perdu ainsi une de ses opérées un an après l'opération.

Conséquences au point de vue de l'accouchement. — Puisque les délabrements sont quelquefois assez étendus au cours des interventions par la voie sacrée et que l'état du plancher pelvien est presque toujours quelque peu modifié, on doit se préoccuper de l'avenir des malades, au point de vue obstétrical. Or, les documents sont excessivement peu nombreux et cela se comprend si l'on réfléchit que les femmes opérées pour des cancers du rectum sont presque toujours des femmes mûres ou âgées, que leur guérison est lente, retardée par mille accidents fâcheux et que la survie n'est jamais bien longue.

Celles qui subissent des interventions sacrées pour rétrécissement non cancéreux du rectum sont à peu près dans les mêmes conditions, à cela près, qu'elles sont généralement plus jeunes. C'est dans cette dernière catégorie de malades qu'on trouvera des exemples qui permettront de donner plus tard à ce chapitre intéressant les développements qu'il comporte.

On cite toujours la malade de Liholtski, qui avait subi une opération de Kraske et accoucha cependant d'un enfant à terme, sans accident ni incident digne d'être noté. Sur cette observation, on a admis sans conteste que la mécanique pelvienne n'était en aucune façon troublée par les interventions sacrées et qu'il n'y avait pas lieu de se préoccuper du côté obstétrical. On a peut-être jugé d'une façon un peu sommaire et prématurée, d'après ce fait unique.

D'abord, il n'est pas sûr que le mécanisme de l'accouchement ne soit pas contrarié, dans une certaine mesure, chez quelques malades.

Mais, indépendamment de cette question, il y a lieu de se préoccuper de la façon dont la grossesse évolue chez les femmes opérées par la voie sacrée et des suites de l'accouchement.

Or, à cause des complications si fréquentes qui suivent les résections du rectum, il est légitime de craindre que la grossesse soit troublée et que les suites de couches soient traversées par des accidents infectieux ou autres.

D'abord, l'opération peut être pratiquée pendant une grossesse. Celle-ci est facilement méconnue quand elle est à son début. Il est possible que la congestion de tout le système pelvien rende la perte de sang plus considérable et l'opération plus grave.

En outre, le traumatisme opératoire peut provoquer l'avortement. La grossesse continuant à évoluer malgré l'opération, ou commençant après celle-ci, constitue un obstacle au traitement des complications. C'est ainsi qu'on ne pourra tenter avant la fin de la grossesse la cure opératoire des fistules sacrées, et qu'il ne faudra agir qu'avec les plus grands ménagements sur les sténoses rectales.

D'autre part, les infections si communes à la suite de l'opération, les gangrènes, influeront de la façon la plus fâcheuse sur la grossesse. De même, les efforts répétés et énergiques de défécation, dans certains cas de rétrécissement, suffiraient à provoquer un avortement.

Mais, en outre, l'accouchement terminé, les suppurations de la région sacrée, l'incontinence des matières, apporteront certaines difficultés dans la désinfection du vagin et de l'utérus et, sans aucun doute, ces pauvres femmes seront infiniment plus exposées que les autres. La fréquence des fistules sacrées et de l'incontinence, du rétrécissement, est si grande qu'on est forcé d'en tenir compte dans cette question.

J'ai recueilli une observation qui est bien loin d'être aussi rassurante que celle de Liholtski. Une jeune femme fut opérée le 17 décembre 1891 à l'hôpital Tenon, par M. Richelot, pour un rétrécissement du rectum. Elle était au début d'une grossesse qui fut méconnue. Les suites immédiates furent assez simples et la malade quitta le service dans un état satisfaisant, à cela près qu'elle conservait la presque inévitable fistule postérieure.

L'accouchement eut lieu à la Maternité de Tenon, dans le service de M. Champetier de Ribes, le 11 juin 1892. Il fallut faire une application de forceps pour lenteur du travail et « défaut de rotation ».

Dans les jours qui suivirent, il s'écoula en abondance, par l'orifice fistuleux, du pus et des matières fécales et l'antisepsie devint presque impossible. Les voies génitales furent infectées. Malgré l'irrigation continue, la température resta élevée. La pauvre femme fut renvoyée chez M. Richelot, où elle mourut quelques jours après.

III

De la récidive après l'opération de Kraske. — La trêve du cancer est bien rarement de longue durée. C'est pourquoi il faudrait, autant que possible, ne faire sur les cancéreux que des opérations dont ils pussent se rétablir assez vite, pour avoir quelque temps l'illusion de se croire guéris. On ne peut ranger l'opération de Kraske parmi ces interventions qui procurent presque immédiatement le bénéfice que l'on en peut attendre : la récidive vient trop souvent surprendre le malade avant qu'il ne soit guéri des accidents post-opératoires, ou bien quand il vient à peine d'en être débarrassé. On peut dire que dans beaucoup de cas, les suppurations, les fistules, ont éternisé son séjour à l'hôpital, qu'il a consacré le meilleur de sa survie à subir un traitement complémentaire pour remédier à ces diverses complications, et que c'est à peine s'il a eu le temps d'oublier sa maladie.

Il faut bien l'avouer, les résultats habituels ne sont pas faits pour encourager, et l'on se lasserait bien vite de cette chirurgie décevante, si l'on ne retrouvait de temps à autre un malade dont l'opération ait prolongé la vie dans des conditions supportables et auquel le chirurgien ait véritablement rendu service.

D'après les documents que j'ai eus entre les mains, je crois qu'on peut fixer entre six et dix mois la durée de la survie sans récidive.

Ce n'est guère pour une intervention dont la gravité immédiate est considérable et dont les suites éloignées sont si généralement malheureuses.

Cependant il faut établir des distinctions, car ces chiffres, qui résument brutalement l'histoire d'une série de malades très dissemblables, n'ont qu'une valeur contestable.

On observe :

1° Des récidives *in situ* précoces ou tardives ;

2° Des récidives ganglionnaires ou viscérales ;

3° Exceptionnellement, le développement du cancer dans un organe éloigné n'ayant aucun rapport avec le précédent.

Je ne connais qu'un exemple de cette « métastase cancéreuse » après l'opération de Kraske. Une femme que j'ai pu examiner, grâce à l'obligeance de M. le docteur Delthil, est demeurée guérie depuis deux ans d'un épithélioma rectal.

Elle vient d'être opérée d'un squirrhe du sein droit avec volumineuse adénopathie axillaire. Est-ce une simple coïncidence ? La suppression du foyer rectal est-elle pour quelque chose dans le développement de ce cancer du sein ? Je ne crois pas à cette dernière hypothèse, mais je ne veux point discuter ici ce fait très intéressant au point de vue de la pathologie générale.

Les récidives viscérales ne sont pas des récidives à proprement parler. Ce sont des noyaux secondaires qui ont passé inaperçus au moment de l'opération et se développent ultérieurement.

Il en est de même probablement dans la majorité des cas des récidives ganglionnaires. Quand le cancer envahit l'anus, il est très facile de s'assurer de l'état des ganglions correspondants. La palpation du pli de l'aîne renseigne parfaitement à cet égard. Mais les voies lymphatiques du rectum peuvent infecter non seulement les ganglions de la concavité sacrée, mais encore des glandes très haut situées au-devant de la colonne vertébrale et leur envahissement peut passer inaperçu.

Mais, dans tous ces cas, le développement de ces noyaux secondaires se fait rapidement après l'opération et devient bientôt manifeste.

Il est plus difficile d'expliquer les cas de récidives ganglionnaires survenues longtemps après l'opération, comme j'en ai observé un exemple.

Il est probable qu'alors les ganglions ont été envahis à la suite d'une récidive intestinale, ce foyer de récidive fût-il encore extrêmement petit.

Pour les récidives *in situ*, il faut séparer celles qui se produisent d'une façon précoce de celles qui se montrent tardivement. Pour les premières, on peut dire que la maladie continue plutôt qu'elle ne récidive et il est à supposer que l'opération n'a pu dépasser les véritables limites du mal.

Les autres s'observent chez des malades dont on a pu enlever largement la tumeur, c'est-à-dire chez ceux dont le cancer était petit et mobile. Ainsi le chiffre de la survie moyenne ne convient, à proprement parler, à aucune des catégories de malades. Il est infiniment trop élevé pour les premiers malades et bien loin de convenir aux derniers. La conclusion qu'il faut tirer de tout ceci est donc encore une fois que le chirurgien ne saurait être trop sévère dans les indications et qu'il s'expose à faire œuvre absolument stérile, quand il intervient pour des cancers qui ne sont point très largement opérables.

La récidive survenue, il est bien rare qu'on puisse songer de nouveau à une intervention curative. A moins que par un hasard très heureux, mais exceptionnel, on se trouve en présence d'une récidive très limitée, il vaut mieux, en général, se contenter d'un traitement palliatif approprié aux circonstances. On sera quelquefois obligé d'avoir recours à l'anus iliaque.

Pronostic. — De tout ce qui vient d'être dit sur l'opération de Kraske, il résulte que son pronostic immédiat est fort grave et que, jusqu'à présent, elle n'a pas donné, au point de vue des suites éloignées, les résultats sur lesquels on avait cru pouvoir compter.

La mortalité immédiate est considérable. C'est un fait non douteux. Stierlin, assistant de Krönlein, l'évaluait à 20 p. 100 dans les débuts de la méthode. Daniel Iversen (de Copenhague) a réuni et publié en 1890 74 cas d'opérations de Kraske et, d'après lui, la mortalité s'élève à 57 p. 100.

Il n'est pas sûr que cette effrayante mortalité soit actuellement beaucoup moindre.

Je crois qu'il est impossible de donner, à ce propos, des chiffres exacts, parce qu'il y a un nombre considérable d'opérations de Kraske terminées par la mort et dont les observations n'ont pas été publiées ; ensuite, parce que les cas connus appartiennnent à des chirurgiens qui n'ont ni la même valeur, ni la même expérience, ni la même habitude de ce genre d'opérations, qui ont compris quelquefois, d'une manière très différente, le traitement pré-opératoire et dont les procédés ne se ressemblent point, et enfin, parce que les cas eux-mêmes ne sont point du tout comparables, les uns étant fort mauvais, d'autres très favorables.

Le pronostic est fait de tous ces éléments pour chaque cas particulier. Malgré tout, il reste grave, à cause de la longueur de l'acte opératoire, de la perte de sang qu'il nécessite, des désordres pelviens qui en sont la conséquence. Mais, néanmoins, il est susceptible de s'améliorer beaucoup par le choix judicieux des cas *opérables*, les soins minutieux pré et post-opératoires et par le perfectionnement de la technique. Il est encore peu rassurant, mais se modifiera sans doute et deviendra moins sombre.

— Par décret, en date du 22 mars 1894, M. le docteur Nicas (de Fontainebleau) a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décisions ministérielles, en date des 21 février et 15 mars 1894, ont été désignés pour les inspections générales du service de santé de l'armée :

Ier arrondissement : M. le médecin-inspecteur général Colin. — IIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Vallin. — IIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Mathieu. — IVe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Boisseau. — Ve arrondissement : M. le médecin-inspecteur Fée. — VIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Morache. — VIIe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Kelsch. — VIIIe arrondissement : M. le médecin principal de première classe Debaussaux. — IXe arrondissement : M. le médecin-inspecteur Chauvel.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

N° 37. — MARDI 27 ET JEUDI 29 MARS 1894. 67e ANNÉE. MARDI 27 ET JEUDI 29 MARS 1894. — N° 37.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Pamard (d'Avignon) a appelé l'attention de l'Académie sur l'établissement d'un sanatorium inter-départemental pour les enfants du premier âge, dont la mortalité est si grande, pendant les chaleurs, dans le Midi. Grâce à cette institution, on sauvera beaucoup d'enfants, et l'on ne saurait trop féliciter M. Pamard du zèle et du dévouement qu'il a apportés pour cette œuvre essentiellement humanitaire.

Nous avons à signaler deux rapports, l'un de M. Charpentier sur la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés à l'usage des mères et des nourrices, l'autre de M. Robin sur les moyens de parer aux dangers que peuvent présenter certaines eaux minérales altérées par suite des manœuvres de l'embouteillage, du décantage et de la gazéification.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Polaillon sur les titres des candidats correspondants nationaux (chirurgie). Les candidats sont classés ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Dezanneau (d'Angers); en deuxième ligne, M. A. Hergott (de Nancy); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Auffret (de Brest), Combalat (de Marseille), Gaulard (de Lille) et Poncet (de Cluny).

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. A. TROUSSEAU.

Iritis et irido-choroïdites infectieuses.

L'étiologie souvent obscure de certaines iritis commence à s'éclaircir aujourd'hui, et je ne saurais trop appeler l'attention des praticiens sur les formes spéciales que je vais indiquer et qui intéressent ceux qui s'occupent de médecine générale tout autant que les spécialistes.

Au mois de juin 1890, je communiquais à la Société d'ophtalmologie de Paris un cas d'iritis cataméniale à hypopion dont je démontrais l'origine infectieuse, l'infection ayant pour origine la cavité utérine. Je rapprochais ce fait des cas d'irido-choroïdite purulente grave survenant dans la période puerpérale, rapportés par Cohn, et je tendais à prouver qu'entre les premiers et les seconds phénomènes il n'existait qu'une différence de degré correspondant à l'intensité et à la nature des phénomènes septiques intra-utérins.

A cette époque la théorie de l'infection siégeant dans un organe quelconque et se transmettant à l'œil sous forme d'iritis pouvait paraître assez osée et j'avoue que ce n'était pas sans timidité que je formulais mes conclusions. Quelques semaines après j'eus le plaisir de trouver, dans un article sur un sujet anologue de M. de Wecker, un appui important.

Depuis ce moment, recherchant avec plus de soin la cause directe de certaines iritis et irido-choroïdites, j'ai pu constater que l'origine infectieuse se montrait souvent manifeste.

J'ai cru utile de revenir sur ce sujet capital, aujourd'hu que les faits sont plus connus, mieux classés. Je pense que le terrain est préparé pour une discussion fertile. D'autant que je viens d'observer un cas où l'origine infectieuse de l'irido-choroïdite est si nettement établie qu'elle paraîtra évidente aux esprits les plus prévenus.

M. X..., âgé de 66 ans, était atteint depuis 1860 d'un catarrhe de la vessie. On avait reconnu chez lui, en 1875, l'existence d'un rétrécissement de l'urèthre. Les premiers soins réguliers ne lui avaient été donnés que vers 1879-1880. De 1880 à 1893, le malade s'était toujours sondé seul ; ses urines n'avaient jamais cessé d'être troubles, mais il n'avait pas ressenti de malaises sérieux ; lorsque le 26 avril 1893, après un cathétérisme mal fait par lui-même, il fut pris d'un abcès du testicule dont la guérison fut régulière. En novembre 1893, le patient se confia à un spécialiste distingué, le docteur Desnos, qui institua un traitement par le cathétérisme, les lavages boriqués et les instillations de nitrate d'argent.

Le 11 décembre, à la suite d'un sondage fait avec le n° 37 Béniqué qui amena une légère hémorragie, M. X... fut pris dans la nuit de frissons, de fièvre. La température monta à 40 degrés. Le sulfate de quinine fut administré, et au bout de vingt-quatre heures la crise dangereuse était conjurée.

Le 23 décembre, l'œil droit rougit notablement, le 24 la vue commence à se troubler et le 26 je suis appelé.

Je constate que l'œil est très injecté, qu'il existe un léger chémosis inférieur, que l'iris est changé de couleur, que la chambre antérieure contient une humeur aqueuse assez troublée, qu'il y a à la partie déclive un petit hypopion; le globe oculaire, les paupières restant d'ailleurs normaux. Les commémoratifs, l'état général du malade assez peu satisfaisant me firent porter le diagnostic d'iritis infectieuse

d'origine uréthro-vésicale. Je prescrivis l'atropine, les compresses chaudes de sublimé, le sulfate de quinine, un purgatif salin. Le lendemain les phénomènes d'iritis étaient amendés, la pupille, quoique irrégulière, était dilatée et l'hypopion avait disparu ; toutefois le corps vitré était trouble. J'augurais d'une rapide guérison, lorsque la scène changea et que survinrent des symptômes beaucoup plus inquiétants.

La conjonctive s'injecta de nouveau violemment, devenant chémotique, l'œil sembla augmenter de volume dans toutes ses dimensions, les paupières s'œdématièrent, devinrent rouges et tendues. Si bien que, vers le 1er janvier 1894, je craignais beaucoup l'apparition d'une panophtalmie, les symptômes alarmants ne faisant qu'augmenter. Néanmoins il n'existait pas de douleur locale, l'état général quoique médiocre n'empirait pas, et il n'y avait pas de fièvre caractérisée. La contradiction était flagrante entre, d'une part, l'aspect de l'œil et des paupières et, de l'autre, l'absence de douleurs et d'élévation de température. Vers le 5 ou le 6 janvier, l'œil m'ayant paru faire saillie, étant assez dur au toucher, les paupières ayant gonflé davantage, je fus heureux de voir le malade avec le docteur Abadie qui ne se montra pas sans inquiétude sur la menace d'un phlegmon de l'orbite ou d'une panophtalmie, mais n'affirma pas formellement l'un ou l'autre de ces diagnostics. Il fut d'accord avec moi sur l'origine des accidents. Nous convînmes de l'utilité d'une intervention si nous avions la main forcée.

Le 11 janvier les phénomènes réactionnels avaient atteint leur maximum et en écartant les paupières avec difficulté, je reconnus, pas loin de la cornée, un peu au-dessus du muscle droit externe, la présence d'une petite tumeur fluctuante bien limitée, à sommet jaunâtre. Je l'incisai et il s'écoula une petite quantité de pus séreux et odorant. Le stylet promené le long des parois de la collection me montra que celle-ci était nettement limitée et ne provenait pas d'une fusée venant de l'œil ou de l'orbite. Le 12 j'incisai un très petit abcès analogue situé dans le voisinage de la cornée, au-dessous du droit externe. Le 13 j'en incisai un autre vers la partie moyenne du muscle droit inférieur. Je prescrivis des soins antiseptiques minutieux et deux jours après la dernière incision, soit le 15 janvier, j'eus la satisfaction de voir tomber tous les phénomènes réactionnels : rougeur et gonflement des paupières, chémosis conjonctival, etc. Bref, la guérison ne tarda pas à s'affirmer et de tout cet orage, l'œil, un peu mou, ayant repris un aspect normal et une mobilité parfaite, il ne reste aujourd'hui qu'une transformation du corps vitré en une masse gris jaunâtre.

Je n'ai guère besoin d'insister sur l'intérêt qu'offre cette observation, d'abord à cause de l'origine nettement infectieuse de l'iritis, ensuite à cause de la forme bizarre de la phlegmasie.

Aucun autre motif que l'infection ne peut être invoqué, pour expliquer l'apparition des accidents iriens. La preuve est faite par la marche ultérieure de l'affection qui commence par des accidents intra-oculaires et se termine par des abcès qui éclosent autour du globe sans que l'on puisse penser à une fusée venant de l'orbite ou de l'intérieur de la coque scléroticale. On pourrait, à la rigueur, admettre une propagation de l'iritis purulente, premier phénomène constaté, déterminant une véritable lymphangite péri-oculaire à forme spéciale et que je n'ai pas trouvée décrite avec de tels caractères, ou bien supposer que la même cause a déterminé des phénomènes infectieux d'allure dissemblable. En tout cas la suppuration terminale a montré qu'on ne pouvait se méprendre sur la nature même des accidents.

Je trouve un nouvel appui à la théorie que je défends, dans une note que vient de publier le docteur Brun (1). L'auteur a pu préciser que la poussée d'iritis, qu'il a observée chez le malade dont il a publié l'observation, c'était la sixième depuis sept ans, que chaque poussée était survenue en même temps qu'évoluaient des accidents urineux, dépendant eux-mêmes d'un rétrécissement de l'urèthre. La poussée actuelle s'était montrée dans les mêmes conditions que les précédentes et, souffrant depuis quelques jours d'accès fébriles dus à son rétrécissement, le malade attendait l'apparition des troubles oculaires que son expérience déjà longue l'autorisait à prévoir.

En 1888, à la Société française d'ophtalmologie, le docteur Despagnet lisait un travail sur l'iritis blennorragique avec hypopion et il concluait en admettant que les germes, partant de l'urèthre, avaient dû être transportés à l'œil par le torrent circulatoire. L'infection lui semblait être la seule origine vraisemblable des accidents qu'il avait observés.

Voici donc un ensemble de faits précis, indiscutables, qui se compliquent l'un par l'autre et qui démontrent surabondamment : 1° qu'il existe des iritis ou irido-choroïdites de cause uréthrale ; 2° que ce sont des iritis ou irido-choroïdites infectieuses.

De locale une infection devient vite générale; toute la pathologie humaine est là pour le démontrer.

Et l'infection devenue générale peut à son tour déterminer en divers points des accidents purement locaux. Est-ce que, par exemple, le chancre syphilitique qui empoisonne si rapidement l'organisme n'est pas la cause première de l'iritis syphilitique dont l'origine infectieuse n'est mise en doute par personne?

L'infection puerpérale partie de la cavité utérine ne peut-elle amener des choroïdites purulentes? Qu'on ne vienne pas dire que l'analogie est lointaine entre ces graves phlegmons de l'œil et les accidents moins importants sur lesquels j'insiste. Mon observation serait là pour prouver le contraire, puisqu'elle porte sur un cas mixte qui tient le milieu entre la simple irido-choroïdite et la panophtalmie et peut montrer la transition graduelle entre les divers phénomènes. Ne semble-t-il pas que la gravité des infections générales règle la gravité des infections locales ? A ce sujet, je renverrai à mon cas d'iritis cataméniale. Mais, me dira-t-on, est-il utile de plaider si longuement une cause entendue d'avance? Certes, on ne peut discuter des faits aussi évidents que ceux que j'ai signalés, mais il en est d'autres, pour moi, bien proches parents de ceux-ci, sur lesquels l'accord est loin d'être parfait.

Le 21 novembre dernier, à la Société d'ophtalmologie de Bordeaux, le docteur Fromaget rapportait un exemple d'iritis consécutive à un empyème de l'antre d'Highmore et après avoir dit formellement que, le pus évacué, l'affection oculaire avait disparu, on pouvait s'attendre à ce qu'il conclût à l'origine infectieuse, alors qu'au contraire il s'est attaché à la théorie des troubles circulatoires d'ordre réflexe. D'après des faits semblables Ziem avait pu dire avec plus de raison qu'il existe, en pareil cas, une migration du pus par les vaisseaux lymphatiques ou veineux. Le docteur Fromaget avance que, si telle était la vérité, on n'observerait

(1) BRUN. Iritis infectieuse développée au cours d'un rétrécissement de l'urèthre compliqué d'accidents d'intoxication urineuse, *Presse méd.*, 30 déc. 1893.

pas alors de simples iritis séreuses ou plastiques, mais bien une panophtalmie. L'auteur ne tient donc pas compte des faits de transition sur lesquels je me suis appesanti. Il me semble qu'on ne peut pas hésiter à admettre que l'infection est susceptible de provoquer des accidents qui ne sont pas forcément des panophtalmies.

Dans cette même séance, les idées de M. Fromaget ont été soutenues par les professeurs Badal et Lagrange. Il n'y a donc pas unanimité sur la question.

Je crois pourtant que plus on l'étudiera plus on arrivera à prouver la supériorité de la théorie microbienne, d'autant plus que celle-ci s'accorde merveilleusement avec les notions que nous possédons sur l'influence des états généraux dans la genèse des iritis ou irido-choroïdites.

Il y a quelques jours j'examinais une femme mal portante depuis plusieurs mois, qui venait d'être prise d'un écoulement purulent de l'oreille et en même temps d'une irido-choroïdite non suppurative.

Dirai-je encore l'histoire d'une jeune femme de vingt-cinq ans, ni rhumatisante, ni syphilitique, atteinte d'une grave dilatation de l'estomac, avec constipation opiniâtre, migraines, amaigrissement rapide, état général sérieux, chez laquelle je soigne actuellement une irido-choroïdite exsudative, dont les poussées successives coïncident toujours avec une aggravation des phénomènes gastro-intestinaux? Ne puis-je attribuer l'irido-choroïdite à l'auto-intoxication, si bien mise en relief par le professeur Bouchard?

On serait bien tenté de se demander si, en recherchant soigneusement cette auto-intoxication ou les minimes infections locales, on n'arriverait pas à préciser les causes d'iritis qu'on attribue, sans preuves ou faute de preuves, à la diathèse rhumatismale, à un trouble utérin réflexe de la puberté ou de la ménopause.

N'est-il pas trop facile de dire que, chez un rhumatisant, un goutteux, l'iritis est rhumatismale, goutteuse, en se contentant d'un des éléments du problème à résoudre à savoir la cause prédisposante, sans rechercher la cause déterminante immédiate qu'on trouverait peut-être dans l'appareil gastro-intestinal des sujets, dans des intoxications transitoires ?

Il ne faut ni reculer devant la complexité des phénomènes, ni se payer de mots souvent dénués d'un sens précis. A-t-on tout dit quand on a déclaré qu'une iritis est d'origine réflexe ou arthritique? J'ai peut-être, je l'avoue, généralisé un peu vite, mais n'y a-t-il pas réel avantage à agiter ces grandes questions pathogéniques dont l'intérêt pratique ne saurait échapper?

LES SECOUSSES TRACHÉALES

DANS L'ANÉVRYSME DE L'AORTE (1)

Par M. le docteur MARTIN-DURR, ancien interne des hôpitaux de Paris.

II

En 1891, le docteur James T. R. Davison (de Buenos-Ayres) publia, dans la *Lancet* (2), deux nouvelles observations d'anévrysme de l'aorte, dans lesquelles les secousses trachéales étaient nettement marquées.

OBSERVATION I. — A. B..., âgé de cinquante-deux ans, domestique dans un camp. Se plaint de douleur dans le côté droit de la région précordiale, irradiant en arrière et formant un cercle autour du tronc. Il souffre, en outre, de toux sèche et de palpitations occasionnelles.

Antécédents. — Il a été bien portant toute sa vie, si ce n'est quelques attaques de lumbago de temps à autre. Il a été sobre, a eu la blennorragie, mais jamais la syphilis. A fait plusieurs chutes de cheval et une fois se fractura le cartilage ensiforme dans l'acte de monter à cheval.

Maladie actuelle. — Depuis dix-huit mois, il a graduellement commencé à éprouver la douleur dont il se plaint actuellement. Cette douleur siège principalement à la région précordiale, quelquefois au côté droit correspondant et quelquefois irradiant en arrière et prenant le tronc comme dans un cercle. Cette douleur est profonde et exagérée par tout violent exercice. Lorsque la douleur est très violente, le malade éprouve un grand soulagement en s'asseyant et en fléchissant le tronc sur l'abdomen.

Néanmoins il est capable de remplir son service, qu'il fait à cheval. Il y a neuf mois, il commença à souffrir d'une toux sèche, qui augmenta après un violent exercice et qui s'accompagna de respiration sifflante, et il arrive à calmer cette toux sèche et la douleur qui l'accompagne en prenant la position fléchie. La respiration est calme, quand il n'existe pas d'excitation. Parfois il sent son cœur sauter dans sa poitrine. Il mange bien et a une bonne digestion. Lorsqu'il est dans son lit, sa meilleure position est de coucher la tête en bas. Généralement il dort sur le côté gauche, qui représente sa seconde bonne position. Il est moins bien lorsqu'il se couche sur le côté droit, et encore moins sur le dos. La pupille gauche est plus large que la droite. Il n'éprouve pas de difficulté dans la déglutition.

Signes physiques. — Le pouls est fort, d'amplitude modérée, de compressibilité normale, et régulier. Les artères radiales donnent la sensation de cordes. Les deux pouls radiaux semblent égaux et ne sont pas visibles. La pulsation brachiale gauche est visible, la droite pas. Si l'on enfonce profondément le doigt au-dessus de la fourchette sternale, on sent une pulsation, mais faible.

Cœur. — L'impulsion cardiaque est forte. La pointe bat d'une manière diffuse, dans le sixième espace intercostal, directement dans la ligne mamelonnaire. La matité verticale, à un pouce et demi du bord sternal, commence à la cinquième côte. Il n'existe pas de matité sous le sternum.

La matité transversale n'est pas marquée, mais la percussion n'était pas très résonante, montrant probablement qu'une lame de poumon recouvrait en partie le cœur. Au foyer mitral, le premier bruit est sourd et quelque peu prolongé, le second bruit éclatant.

Mêmes signes au foyer tricuspidien, si ce n'est que le premier bruit tend à devenir un roulement. Aux deux foyers de la base, aussi bien que sur la moitié supérieure du sternum, le premier bruit est remplacé par un murmure systolique et le second bruit est accentué.

Poumons. En avant. — La percussion donne la sonorité normale. Le frémissement et la résonance vocaux existent à droite, mais sont nuls à gauche. La respiration est bien marquée à droite, extrêmement faible à gauche.

En arrière. — La percussion donne la résonance normale. Les vibrations thoraciques et le retentissement de la voix sont bien marqués à droite, affaiblis à gauche. Expansion pulmonaire :

Au niveau de la pointe du cœur : à droite, 1 centimètre ; à gauche, un demi-centimètre.

Au niveau du mamelon : à droite, 1 centimètre et demi ; à gauche, un demi-centimètre.

Au niveau de la base du thorax : à droite, 1 centimètre et demi ; à gauche, trois quarts de centimètre.

Cordes vocales. — Les cordes vocales furent examinées par le docteur Mackern et trouvées normales.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 319.

(2) J. T. R. DAVISON. *The Lancet*, 1891, vol. II, p. 1436.

Secousse trachéale. — Lorque le malade étend le cou et ferme la bouche, on peut, à chaque contraction cardiaque, sentir distinctement une secousse en bas, si l'on prend le cartilage cricoïde et si on l'attire un peu en haut.

Obs. II. — C. D..., âgé de quarante-cinq ans, capitaine de navire. Il se plaint de douleur dans la région précordiale et le côté droit. Cette douleur est plus forte la nuit, mais n'est pas augmentée par l'exercice. Il ne peut se coucher ni sur le côté droit, ni sur le côté gauche. Il se couche sur le dos, mais, après avoir été quelque temps dans cette position, il sent dans les deux épaules des douleurs qui l'obligent à s'asseoir. Il fléchit alors le corps en avant et les douleurs disparaissent complètement. Ces douleurs existent depuis un an. Depuis la même époque, il se plaint de refroidissement du bras droit et, de plus, il souffre de douleur et de difficulté à avaler des aliments solides, et il rapporte le point de l'obstruction à la partie supérieure du sternum. Quant aux liquides, tantôt leur passage lui cause une sensation désagréable, tantôt il n'en a pas conscience. Depuis un an, la voix est devenue rauque.

Antécédents. — Il y a six ans, il a eu des bubons. Il y a quatre ans, il a eu une attaque d'hémiparésie gauche. Il y a trois ans, il a été opéré avec succès d'un anévrysme poplité, dont il avait souffert pendant dix-huit mois. N'a pas été un ivrogne, mais a bu passablement. Il ne se souvient pas d'avoir eu quelque chute.

État actuel. — Le pouls radial gauche est faible, régulier, facilement compressible, quelque peu ample. L'artère tend à devenir dure comme une corde. Le pouls radial droit est presque imperceptible.

Le pouls brachial gauche a des caractères correspondants à ceux du pouls radial de ce côté ; le pouls brachial droit est très faible.

Les deux pouls carotidiens sont faibles.

Cœur. — L'impulsion cardiaque est extrêmement faible. La pointe semble battre dans le cinquième espace intercostal. La matité verticale commence à la quatrième côte ; la matité transversale à ce niveau commence au bord gauche du sternum et s'étend à 7 centimètres en dehors.

Les bruits du cœur sont très faibles au foyer mitral, faibles au foyer tricuspidien. Aux foyers aortiques et pulmonaires, le premier bruit est faible, le second claquant. Sur l'extrémité sternale du premier espace intercostal existe une zone de matité, en même temps qu'on y voit une pulsation manifeste et qu'on y entend très nettement le second bruit claquant du cœur. Le doigt enfoncé derrière la fourchette sternale ne sent aucune pulsation.

Poumons. — L'expansion pulmonaire est égale des deux côtés.

En avant. — La respiration est égale des deux côtés, plutôt un peu affaiblie. La percussion donne de la résonance. Les vibrations thoraciques et le retentissement vocal ne sont pas aussi marqués au sommet gauche qu'au sommet droit. Ils existent à la base droite, mais à la base gauche, les vibrations thoraciques sont très faibles et le retentissement de la voix à peine appréciable.

En arrière. — La percussion donne de la résonance. Les vibrations thoraciques et le retentissement vocal sont normaux des deux côtés. La respiration est égale, plutôt un peu affaiblie.

Cordes vocales. — La voix est rauque. L'examen de la gorge fut faite par le docteur Mackern. Les mouvements des cordes vocales furent trouvés normaux ; peut-être la droite est-elle un peu plus paresseuse que la gauche. La trachée est plutôt anémiée, surtout la partie postérieure jusque vers le troisième ou quatrième anneau : il existe là comme une tendance à l'accumulation du mucus, mais il n'existe pas d'ulcération visible.

Secousse trachéale. — Lorsque le patient étend le cou et ferme la bouche, une secousse trachéale très nette de haut en bas est sentie lorsqu'on saisit le cartilage cricoïde entre le pouce et l'index.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 mars 1894. — Présidence de M. Rochard.

RAPPORT

Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. — M. Charpentier lit un rapport à l'occasion d'une question posée par le ministre de l'Intérieur sur la valeur pratique d'instructions relatives à la prophylaxie des nouveau-nés, rédigées par la Société Valentin Haüy.

Il conclut ainsi :

L'Académie, tout en reconnaissant l'utilité des prescriptions faites par la Société Valentin Haüy, pense qu'il est impossible de les faire entrer dans la pratique courante ; mais convaincue de la nécessité de prévenir autant que possible l'ophtalmie des nouveau-nés, elle appelle de nouveau l'attention sur les préceptes qu'elle a déjà formulés en 1892, ainsi conçus :

« Dès les premiers moments qui suivent la naissance de l'enfant, la sage-femme doit laver tout spécialement les yeux avec de l'eau que l'on a fait bouillir pour la purifier et que l'on emploiera tiède. »

(Cette proposition est adoptée.)

LECTURE

Sanatoria d'altitudes. — M. Pamard (d'Avignon) fait connaître que les départements du Gard et de Vaucluse ont institué une commission inter-départementale pour étudier l'établissement d'un sanatorium inter-départemental pour les enfants du premier âge.

Ce sanatorium sera placé dans un lieu élevé à plus de 1000 mètres au-dessus du niveau de la mer et éloigné autant que possible des habitations. Les enfants, dont la mortalité est grande pendant l'été, surtout dans le Midi, se trouvent fort bien de ce séjour, et leur mortalité est bien moindre dans ces régions que sur le bord de la mer.

M. Roussel insiste sur l'importance de ces sanatoria, qui sont appelés à rendre les plus grands services.

RAPPORT

Danger des eaux minérales. — M. Robin, à propos de la communication faite dans la dernière séance par MM. Moissan et Grimbert sur les altérations de certaines eaux minérales, rappelle que la Commission des eaux minérales s'est souvent occupée de cette question et qu'elle admet que les manœuvres de l'embouteillage et du décantage sont les principales causes de l'infection microbienne d'eaux qui sont parfaitement pures à leur griffon.

Dans ces conditions, la Commission propose à l'Académie d'émettre le vœu suivant, qui est adopté :

1° L'Académie persiste dans l'opinion déjà formulée qu'on doit surseoir à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification.

2° L'autorisation ne sera accordée que si l'eau en instance ne contient aucun bacille pathogène.

3° Le laboratoire de l'Académie sera doté du local, du personnel et des appareils nécessaires pour que la Commission puisse étudier la bactériologie de l'eau pour laquelle on sollicite l'autorisation, afin que l'eau ne soit autorisée que si elle joint la pureté microbienne à la stabilité de sa composition chimique.

L'Académie a le devoir, dans les temps d'épidémies, alors

que l'on a recours aux eaux minérales pour éviter les dangers que peuvent faire courir les eaux d'alimentation, d'avertir le public que les eaux minérales, impures trop souvent, peuvent être aussi dangereuses que les eaux dont il s'abstient; elle a, en outre, le devoir d'insister pour qu'il ne soit mis en vente que des eaux dont l'Académie aura eu le moyen de constater la parfaite innocuité.

(Les conclusions du rapport de M. Robin sont adoptées.)

L'Académie se forme en comité secret.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 21 mars 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATION

Cas de mort subite par injection intra-uréthrale de cocaïne. — M. Reclus communique un cas de mort subite à la suite d'une injection de cocaïne dans l'urèthre, qui lui est adressée par un médecin de province. Il s'agit d'un vieillard de soixante-douze ans, sujet à des accès d'angine de poitrine, qui fut pris d'une rétention d'urine. Le cathétérisme étant impossible, on fit une ponction de la vessie. Le lendemain, avant de pratiquer une cystotomie sus-pubienne, le médecin voulut encore essayer le cathétérisme. Croyant utile d'anesthésier au préalable le canal, il injecta dans le canal de l'urèthre une vingtaine de grammes d'une solution de cocaïne à 5 p. 100, ce qui fait 1 gramme de cocaïne.

Immédiatement après l'injection, la face devint pâle; il y eut un tremblement généralisé; le malade vomit abondamment, tomba en syncope et mourut.

Le médecin semble vouloir attribuer la mort au mauvais état du cœur. Il est plus juste de dire qu'il a dépassé de beaucoup la dose permise de cocaïne, le maximum à injecter étant de 15 à 20 centigrammes.

M. Bazy pense que le liquide de l'injection a dû pénétrer aussi dans la vessie. Or la muqueuse de celle-ci absorbe très facilement.

M. M. Sée estime que la mort doit être attribuée à la grande faculté d'absorption que possède la muqueuse uréthrale malade, irritée par les cathétérismes.

M. Tuffier croit que, pour avoir entraîné la mort immédiate, l'injection a dû être poussée en partie dans les veines du canal.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

M. Berger rectifie d'abord un premier point. On lui a attribué l'opinion que les balles perdues dans le crâne étaient, le plus souvent, aseptiques. Or il a dit seulement que les balles de revolver « se comportaient » assez souvent comme des corps aseptiques et étaient souvent bien tolérées par les tissus, ce qui est bien différent. La seule question qui se pose doit être la suivante : Quelle est la conduite à tenir en face d'une plaie pénétrante du crâne par une balle de petit calibre, en l'absence de tout accident immédiat? Il est évident, en effet, que lorsqu'il existe des accidents immédiats tels que : enfoncements du crâne, hémorragies sous la dure-mère, etc., la pratique de tous les chirurgiens est la même : on intervient et on trépane.

Or, comment les faits cités par les différents auteurs répondent-ils à la question posée?

M. Quénu a rapporté trois observations. Dans la première, il s'agit d'une trépanation tardive faite au bout de trois semaines. On ouvre un vaste foyer intra-cérébral, d'où l'on retire deux fragments de balle. Le malade meurt. Or, pour M. Quénu, le malade eût été sauvé, si l'on était intervenu immédiatement, mais en somme rien ne le prouve.

Dans son second cas, M. Quénu n'intervint que trois jours après la blessure, lorsque déjà il y avait de la température et de la céphalalgie. Il ouvre un foyer sous-dure-mérien. Guérison. Mais cette intervention était en somme une trépanation « secondaire », se basant sur l'indication fournie par la fièvre, et non une intervention primitive.

M. Terrier, lui, dans son cas, est intervenu d'une façon hâtive et immédiate. Il va à la recherche de la balle avec une sonde en caoutchouc, mais ne trouve pas la balle, bien plus, il fait une fausse route : le projectile s'était dévié dans le crâne.

Ce fait, donc, est absolument défavorable pour les interventionnistes.

M. G. Marchant fait dans son cas une trépanation, relève des fragments d'os déprimés, extrait des fragments de projectile situés sur la dure-mère. Il a fait œuvre utile, il est vrai. Mais, là encore, il s'agit d'une intervention secondaire, le chirurgien ayant obéi à l'indication fournie par la fièvre et l'état local de la plaie.

Les autres observations de M. Marchant ont trait à des morts par infection secondaire, à la suite de coups de feu, observations dans lesquelles le chirurgien s'était abstenu. Mais est-il prouvé qu'une intervention hâtive eût, dans tous ces cas, sauvé les malades?

Les faits rapportés par M. Tuffier plaident encore moins, si possible, que les précédents, en faveur de l'intervention primitive.

Dans un premier cas, M. Tuffier recherche la balle au moyen du stylet, pendant vingt-cinq minutes sans nul résultat, et le malade meurt.

Dans le second fait, M. Tuffier n'intervient qu'au bout de vingt-quatre heures. Il tombe sur un foyer intra-cérébral d'où il retire la balle avec beaucoup de peine. La mort s'ensuit néanmoins.

Le troisième et le quatrième cas se rapportent à des interventions secondaires obéissant à des indications positives, telles que fièvre, céphalalgie, écoulement séro-purulent par la plaie.

En résumé, ce qui ressort des observations précédentes, c'est que les interventions heureuses ont été celles qui ont été faites secondairement, en présence d'indications précises. D'où la conclusion que la trépanation, dans les plaies du crâne par coups de feu, ne doit pas être immédiate en l'absence de tout accident; il faut surveiller ces accidents et, dès leur apparition, intervenir.

M. Terrier pose, en règle générale, qu'en présence d'une plaie pénétrante du crâne, il faut toujours aller à la recherche du projectile et trépaner.

M. G. Marchant est plus réservé; il élargit la plaie, relève les fragments d'os, enlève les esquilles, nettoye le foyer, et enlève le projectile s'il le trouve superficiellement placé.

Or, pour nous, cette intervention, même ainsi limitée, n'est pas absolument inoffensive pour le malade. L'ébranlement mécanique du crâne, produit par la trépanation, est souvent offensant pour le cerveau qui recèle la balle. De plus, les efforts de vomissements consécutifs à la chloroformisation ajoutent un nouvel ébranlement à un malade qui doit bénéficier d'un repos absolu. Enfin, si l'infection est produite par la présence de la balle dans le cerveau, le lavage du trajet superficiel, intra-osseux ou sous-dure-mérien, laisse subsister le foyer profond.

En un mot, la conduite de M. G. Marchant peut être utile dans beaucoup de cas, mais il ne faut pas la poser en règle générale.

Il n'y a pas de règles fixes à poser pour la conduite à tenir en présence d'une plaie pénétrante du crâne. En l'absence de tout signe extérieur (enfoncement, hémorragie, paralysie) mieux vaut cependant s'abstenir. Il faut intervenir secondairement dès qu'il y a des accidents.

M. PRENGRUEBER a observé le cas suivant. Un homme se tire une balle de revolver à droite. Il y a une hémiplégie droite avec aphasie. Il était donc à supposer que la balle siégeait au niveau de la région motrice gauche. On trépana à ce niveau; mais on n'a pu trouver la balle. Mort.

M. VERNEUIL rappelle que, lors de la discussion sur le même sujet qui eut lieu devant la Société en 1887, l'avis presque unanime était qu'il fallait rejeter toute intervention primitive.

Pour sa part, il n'intervient jamais s'il n'y a pas d'accidents. Il ne faut pas toucher aux balles de revolver. M. Verneuil possède de nombreuses observations où on s'est abstenu, et où la guérison a été obtenue. Il se rallie absolument aux conclusions de M. Berger.

M. QUÉNU dit que, lorsqu'un corps étranger infecté pénètre dans un organe, ce sont les premières parties touchées qui sont les plus infectées. Dans le crâne donc, les parties infectées sont surtout la peau, l'os et la dure-mère. Ceux qui interviennent hâtivement en lavant et nettoyant bien le trajet rendent certainement service au malade. L'ébranlement causé par les instruments est inoffensif.

M. POZZI, il y a deux ans, a observé une malade qui s'était tiré un coup de revolver dans la région pariétale. Pendant quelques semaines, nul symptôme appréciable. Au bout de ce temps, douleurs hémicraniennes très intenses. Au niveau de la plaie, on retrouve un petit orifice d'où s'écoulait une petite quantité de pus. On sonde la plaie avec un stylet qui pénètre facilement à une profondeur de 7 centimètres. On débride le foyer et on agrandit le trajet; on incise la dure-mère et on vide le foyer. La balle ne fut pas retrouvée et malgré cela la guérison s'obtint rapidement.

M. OLLIER (de Lyon) a observé le cas suivant. Un jeune homme se tire une balle de revolver dans le conduit auditif externe. Il s'établit une hémiplégie faciale du côté opposé, suivie bientôt de contracture. M. Ollier ne crut plus devoir intervenir, la balle devant siéger dans un point inaccessible du cerveau. Plus tard, le malade revint se plaignant d'une douleur fixe au niveau du pariétal. M. Ollier trépana à ce niveau, mais sans pouvoir trouver la balle. Le malade alla ensuite à Paris où il consulta Charcot qui l'adressa à M. Terrillon. Le malade se plaignant toujours de sa douleur fixe cranienne, M. Terrillon fit une nouvelle trépanation. Le malade mourut au bout de quelques jours. A l'autopsie, on trouva la balle en dehors du crâne, derrière le pharynx.

PRÉSENTATION DE MALADE

Rupture du rein. — **M. TUFFIER** présente un homme qui reçut un choc violent sur la région lombaire. Enfoncement des apophyses transverses de la première et de la deuxième lombaire. Hémorragie abdominale. Hématome sous-cutané. Hématurie et monoplégie de la jambe gauche. Diagnostic : rupture du rein. On incise au niveau de la région lombaire; masse sacro-lombaire rupturée. Des deux apophyses transverses rompues, l'une était libre, l'autre avait pénétré dans la partie postérieure du rein. Suture hémostatique du rein, suture des différents plans de la région lombaire. Aujourd'hui le malade est complètement guéri.

M. PEYROT a opéré récemment un malade absolument semblable.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'épreuve écrite du concours du Bureau central (médecine) vient de se terminer. Ont été déclarés admissibles les 34 candidats dont les noms suivent :

MM. Thoinot, Darier, Girode, Ménétrier, Dalché, Capitan, Queyrat, Launois, Barbier, Florand, Toupet, Blocq, Wurtz, Courtois-Suffit, Lesage, Duflocq, Guinon (Louis), Vaquez, Gallois, Bruhl, De Gennes, Jeanselme, Klippel, Lyon (Raphaël), Lenoir, Mosny, Jacquet, Polguère, Laffitte (Baptiste), Springer, Hudelo, Léon (Camille), Legry, Létienne.

L'épreuve clinique aura lieu vendredi 30 mars, à quatre heures et demie, à la Charité.

— Le sujet de la composition écrite pour le concours de chirurgie a été : « Ombilic. — Des hernies ombilicales chez l'adulte. »

Les questions restées dans l'urne étaient : « Paume de la main; rétraction de l'aponévrose palmaire. — Région anale; imperforation de l'anus et du rectum. »

— Par décret, en date du 24 mars 1894, ont été promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Bodet.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Négadelle.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Chové.

— Par décision ministérielle, en date du 19 mars 1894, ont été décernées les médailles d'honneur suivantes :

Médailles d'argent. — M. le médecin-major de deuxième classe Pétois; MM. les médecins aides-majors de première classe Jaubert, Gilles, Viataneix et Zumbdehl.

M. Thomas, sergent d'infirmiers.

Médailles de bronze. — MM. les soldats infirmiers Berny, Chevalet, Demangeon et Bitschnau.

— Le concours d'admission à l'emploi de médecin stagiaire à l'École du Val-de-Grâce s'ouvrira le 17 décembre 1894, à huit heures du matin, à l'École du Val-de-Grâce.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Raymondaud, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est prorogé dans ses fonctions.

— La Société protectrice de l'enfance a décerné une médaille d'or à M. le docteur Czajewski (d'Orléans) et une médaille d'argent à M. le docteur Brallet (du Thillot).

— M. le docteur Lartigue est nommé médecin-inspecteur des Écoles pour le XIVe arrondissement.

— M. le docteur Chauveau est nommé médecin-inspecteur des Écoles pour le XXe arrondissement.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Béziers (de Caen); Deligny (de la Fère-en-Tardenois); Durand (de Druges); Ginet (de Poussan); A. Niepce, ancien inspecteur des eaux d'Allevard; Rouquette (de Marseille); et Stéfani (de Sari d'Orcino).

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* n° 6 (30 mars). — I. M. W. Ramsoy, de la Société royale de Londres : La détermination des poids moléculaires des liquides et la tension superficielle. — II. M. J. Soury. Le faisceau sensitif. — III. Mlle P. Tsiklinsky : Les nouvelles découvertes sur l'étiologie de l'influenza; travaux de MM. Pfeiffer, Hulier, Klein, Bouchardt et Weichselbaum. — IV. M. R. Kœhler : Revue annuelle de zoologie.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Arthropathies blennorragiques.

Par le docteur L. THÉRÈSE,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Sous ce titre, nous étudierons toutes les manifestations qui se produisent au cours ou à la suite de la blennorragie dans les articulations elles-mêmes ou dans leur voisinage. Si nous l'employons de préférence à celui plus usité de rhumatisme blennorragique, c'est que cette appellation a l'inconvénient de préjuger de la nature des accidents et d'amener une confusion fâcheuse entre les manifestations infectieuses à forme articulaire et une maladie bien déterminée, à allures spéciales : le rhumatisme articulaire aigu.

I

Dès la fin du siècle dernier, la relation entre la blennorragie et certains accidents articulaires était connue. Selle et Swiedaur en 1781, Hunter en 1786, l'avaient vue et fait connaître : l'opinion de Thiry (de Bruxelles), qui ne voulait voir qu'une coïncidence fortuite entre les deux ordres d'accidents, n'eut point d'écho : mais ici s'arrête la concordance des opinions et il est peu de questions qui aient soulevé autant de controverses : il y a relation, tout le monde l'admet ; mais quel en est le moyen de mise en action ? Ici les idées les plus opposées se font jour. Sans vouloir entrer dans le détail d'un historique qui serait sans intérêt, nous rappellerons cependant la discussion de Peter et de Lorain, chacun suivi de son école, en 1866, à la Société médicale des hôpitaux.

Pour Peter, pour Bouillaud, les accidents sont de nature rhumatismale, la blennorragie réveille la diathèse rhumatismale et, si ce dernier facteur n'entre pas en jeu, il n'y a pas de complications articulaires.

Pour Lorain, au contraire, la gonorrhée crée une véritable diathèse, MM. Fournier, Besnier défendent avec lui la réalité et l'indépendance du rhumatisme blennorragique et ce rhumatisme génital n'est pas spécial à la chaude-pisse, il s'étend aux femmes en état de puerpéralité ; en 1873, M. Lasègue insiste sur ce point ; les idées s'acheminent peu à peu vers les conceptions d'où naîtront les doctrines de l'infection et l'idée que le rhumatisme blennorragique est dû à la résorption du pus au niveau de l'urèthre enflammé tend à prévaloir : à cette époque, il était difficile d'aller plus loin et nous verrons que, malgré les recherche[illegible]
grès de la bactériologie, nous sommes loin
d'avoir une opinion bien éclairée et une
nature intime des accidents articulair[illegible]
ragie.

Une longue revue de M. Talam[illegible]
mensuelle de médecine et de chirur[illegible]
naissances acquises à l'époq[illegible]
tique complète et soigneus[illegible]
déjà publiées, et l'auteur
Diday, de Vidart, de La[illegible]
résorption purulente e[illegible]
logiquement le rhu[illegible]
variétés du rhumati[illegible]
dans sa thèse de
une étude surto[illegible]
gique, attire l'a[illegible]
vent contribue[illegible]
norragiques, [illegible]
pathogénique[illegible]
en 1879, déc[illegible]
crobiologiq[illegible]
question d[illegible]
ment acqu[illegible]
retiré p[illegible]
auteurs[illegible]
microb[illegible]
recher[illegible]
mani[illegible]
théo[illegible]
1°
des
[illegible]
ge
[illegible]
pa
di
[illegible]
la

adjuvantes qui pouvaient favoriser leur éclosion : les attaques antérieures de rhumatisme articulaire aigu ne semblent exercer aucune influence; une des observations communiquées par M. Jacquet (Congrès de dermatologie, 1892) est assez intéressante à ce point de vue : le malade en question eut une série d'attaques annuelles de rhumatisme articulaire aigu; il n'en fut indemne qu'une seule année, celle où il contracta la blennorragie; il ne faudrait cependant pas pousser les choses à l'extrême et croire à un antagonisme; le froid, le surmenage, le traumatisme, sont fréquemment invoqués, leur action n'est point douteuse, mais ce sont là des causes banales agissant comme modificateurs du terrain et, dans l'infection blennorragique comme dans toute autre infection, favorisant l'action des agents pathogènes.

II

Pendant longtemps, on a regardé les accidents articulaires de la blennorragie comme à peu près réservés exclusivement au sexe masculin : l'explication s'en trouve dans ce fait que la blennorragie chez la femme, en dehors de sa période aiguë, nécessite pour être découverte un examen ...ux et complet; en réalité, la proportion est plutôt ...les manifestations articulaires sont plus fré... ...blennorragie de la femme. Sur les 20 ...ées par M. Brun, 13 concernent des ...e de la grossesse n'est pas une excep...

...ulaires blennorragiques ne sont ... croire, uniquement observées ... rares, des cas n'en ont pas ...s, même en bas âge, soit ...ative de viol, soit que la ...ire d'objets de toilette ...e sa mère atteinte de ...atologie, 1892) a pu ...onnelles relevant ...es et rappeler ...le MM. Aubert ...chardière en a ...

...le l'écoule... ...s articula... ...pparaître ...it à con... ...que les ...etrouver. ...de quel... ...s acci... ...ète de ...epen... ...om... ...e a ... à ... , ...a ...st ...

sa gravité, cette forme tend généralement à absorber l'attention et à mettre dans l'ombre d'autres manifestations qui, pour être moins sévères, n'en sont pas moins fréquentes.

III

Dès 1869, M. Fournier a établi une classification qui a été conservée : l'arthralgie, l'hydarthrose, l'arthrite; à ces trois variétés cliniques, l'anatomie pathologique a permis d'en ajouter une quatrième, longtemps mise en doute, mais dont les documents, maintenant assez nombreux, ne permettent plus de contester la réalité, l'arthrite purulente. Ces formes sont loin d'être nettement tranchées et les cas intermédiaires sont nombreux; toutes, d'ailleurs, ont quelques caractères qui leur sont communs : en première ligne, la douleur et certaines prédilections de localisations. La blennorragie, lorsqu'elle affecte des déterminations articulaires, ne frappe ordinairement qu'un petit nombre d'articulations, souvent une seule, surtout sous la forme d'arthrite aiguë. Les articulations le plus fréquemment atteintes sont le poignet, le genou, la hanche et aussi quelques petites articulations généralement indemnes dans le rhumatisme poly-articulaire aigu, telles l'articulation sterno-claviculaire, l'articulation temporo-maxillaire, les articulations de la colonne vertébrale.

La douleur, variable comme intensité suivant les formes, débute presque toujours brusquement (Velpeau); elle est surtout nocturne et entraîne l'impossibilité du sommeil; la pression est extrêmement douloureuse, surtout lorsqu'elle porte sur l'interligne articulaire et sur les points d'insertion des ligaments. Nous allons étudier d'ailleurs les modifications qu'elle subit avec chaque forme.

Arthralgie. — Ici, comme le nom l'indique, la douleur constitue à elle seule toute la symptomatologie : elle occupe, de préférence, les petites articulations et les bourses séreuses voisines [Thibierge (1)], surtout les insertions voisines; elle est vive, principalement le soir et le matin au réveil, puis diminue sous l'influence des mouvements et de l'exercice; son intensité suit les variations de la maladie et souvent la douleur survit à l'écoulement, souvent aussi, elle n'est que l'avant-coureur ou le reliquat d'accidents plus graves; ce qui caractérise la forme arthralgique pure, c'est l'absence complète de tout symptôme objectif du côté de l'articulation : ni gonflement, ni empâtement, ni craquements articulaires.

A la forme arthralgique, nous rapporterons la talalgie bien étudiée par M. Jacquet.

La *douleur du talon*, observée par Swiedaur, est fréquente, elle est persistante et suffit souvent à constituer, à elle seule, une véritable infirmité : unilatérale ou bilatérale, elle peut disparaître, puis réapparaître longtemps après sans nouvelle détermination blennorragique sur l'urèthre : on lui assigne généralement comme siège la bourse séreuse calcanéenne.

Sans nier cette localisation, M. Jacquet croit qu'elle n'est pas la plus fréquente et regarde la douleur du talon comme ayant son point de départ, le plus souvent, au niveau des insertions calcanéennes, des aponévroses plantaires et du tendon d'Achille; il existerait alors une véritable ostéite calcanéenne avec exostoses qui tripleraient presque le

(1) Thibierge. *Traité de médecine*, t. II.

volume du massif calcanéen normal, tandis que les articulations du tarse restent indemnes ; il en résulte une déformation spéciale à laquelle MM. Fournier et Jacquet proposent de donner le nom de *pied blennorragique* (1).

Hydarthrose. — De même que l'arthalgie, l'hydarthrose accompagne souvent les formes plus graves de l'arthropathie blennorragique, cependant elle peut se présenter à l'état isolé et rester complètement indolore : on l'observe surtout au niveau des grandes articulations, particulièrement au genou, soit d'un seul côté, soit des deux côtés : l'épanchement se développe lentement, amenant de la gêne des mouvements par son abondance ; surtout lorsqu'elle se complique d'autres symptômes, elle peut se présenter sous forme de poussées aiguës ou subaiguës rétrocédant très lentement ; l'épanchement reste longtemps fixe dans sa quantité et l'hydarthrose peut se prolonger pendant des semaines et des mois. Les phénomènes cliniques n'offrent que les caractères ordinaires des épanchements intra-articulaires et ne prennent une allure spéciale qu'au moment de la résorption du liquide à laquelle font trop souvent suite les raideurs articulaires et les ankyloses qui sont comme le cachet spécial des manifestations articulaires de la blennorragie.

Arthrite. — Les auteurs qui ont étudié les premiers l'arthrite blennorragique l'ont considérée comme étant toujours mono-articulaire : les statistiques de MM. Brandes, Foucart, Rollet et Fournier ont fait justice de cette opinion. L'arthrite peut être mono-articulaire, elle est le plus souvent poly-articulaire et rappelle, par certains côtés, l'attaque de rhumatisme articulaire aigu vrai ; elle peut être précédée, pendant un ou deux jours, de douleurs vagues insuffisantes pour empêcher les mouvements et la marche ou, au contraire, éclater d'emblée dans toute son intensité ; dès l'apparition de l'arthrite proprement dite, les douleurs sont vives, parfois d'une violence intolérable, tout mouvement volontaire est impossible, tout mouvement provoqué arrache des cris au malade. La pression est aussi extrêmement pénible et détermine le maximum de souffrance au niveau des interlignes articulaires ; dans l'arthrite du genou, les bourses séreuses voisines sont aussi sensibles que l'articulation elle-même.

En dehors de ses points d'élection, la douleur s'étend assez loin au pourtour de la jointure, le long des ligaments et des gaines tendineuses ; quelques heures après le début des phénomènes douloureux, la température locale et générale s'élève et les signes objectifs apparaissent du côté des articulations envahies ; ces modifications consistent surtout dans une tuméfaction considérable à laquelle prennent part des éléments divers : l'articulation paraît être énormément distendue et cependant un examen plus approfondi montre que la cavité articulaire ne contient qu'un épanchement de médiocre abondance ; ce qui domine, c'est l'épaississement des téguments et des tissus péri-articulaires ; en appuyant l'extrémité du doigt, on détermine la cupule caractéristique de l'œdème de la peau, il est impossible de plisser celle-ci ou les plis qu'on arrive à former sont extrêmement épais. Par la palpation des parties profondes, on constate parfois, ainsi que l'ont montré MM. Bouilly et Mathieu, Vœlker, de l'épaississement et de l'empâtement des extrémités osseuses. Le nombre des articulations ainsi envahies est moindre que dans l'attaque de rhumatisme articulaire franc et bientôt tous les accidents se limitent à quelques articulations.

A côté de cette forme poly-articulaire, il existe des arthrites mono-articulaires sur lesquelles ont insisté MM. le professeur Duplay et Brun (1) et dont la symptomatologie est encore plus grave et plus bruyante. *L'arthrite aiguë blennorragique* présente une période d'invasion en tout analogue à la forme simplement arthralgique, puis la douleur éclate brusquement, généralement la nuit, elle est atroce (Swiedaur) et singulièrement persistante : les phénomènes locaux de même nature que ceux précédemment décrits ne s'en distinguent que par leur intensité ; en un mot, c'est la même arthrite poussée à un degré plus élevé : la coloration et l'infiltration de la peau peuvent parfois atteindre des proportions telles qu'il est possible de prendre le change, et en présence de la fausse fluctuation de croire à un abcès d'origine osseuse.

Arthrite purulente. — C'est surtout cette forme suraiguë de l'arthrite que peut venir compliquer la purulence. Niée par Rollet, l'arthrite blennorragique purulente est maintenant hors de doute : quelques-unes des observations analysées par M. Talamon dans son mémoire, les faits de M. le professeur Fournier, de M. Prichard rapportés par M. Brun dans sa thèse ne laissent point de doute. Dans le cas de M. le professeur Fournier un malade atteint d'arthrite blennorragique meurt d'une fièvre typhoïde intercurrente et, à l'autopsie, on trouve l'articulation pleine de pus : dans l'observation de M. Prichard, on voit, quelques jours après le début d'une arthrite blennorragique du genou, la partie inférieure de la cuisse envahie par le pus qu'a laissé échapper la capsule articulaire rompue et les désordres sont tels que l'amputation s'impose. Depuis 1881, d'autres faits aussi probants sont venus s'ajouter : M. le professeur Landouzy, en 1882 (2), a pu se convaincre par une ponction de la purulence du liquide d'une arthrite sterno-claviculaire blennorragique. M. Heurteloup, en 1885 (3), communiquait, au nom de M. Bousquet, un fait dans lequel le pus s'était échappé de l'articulation et contenait des gonocoques. Un cas de Kœnig s'est terminé par la mort.

Cette forme, sans être fréquente, doit être cependant moins exceptionnelle qu'on ne tend généralement à le penser, puisque, sur 271 cas d'arthropathies blennorragiques qu'il a observées, Bornemann (4) a vu trois fois la purulence.

En dehors de ces cas rares, la tendance des arthropathies blennorragiques est tout autre et ce n'est pas sans raison qu'on a pu l'appeler arthrite plastique. De l'arthralgie inclusivement à l'arthrite la plus aiguë, toutes les manifestations articulaires de la chaude-pisse ont une certaine identité dans leur évolution, elles sont remarquables par leur fixité : fixité dans la douleur, qui est prolongée, qui ne s'amende que peu à peu sans jamais présenter de délitescence subite ; fixité dans le siège : on ne voit pas ici, comme dans le rhumatisme articulaire aigu franc ou dans les arthropathies qui accompagnent d'autres maladies infectieuses, les acci-

(1) Fournier et Jacquet. Congr. de dermat., 1892.

(1) Brun. Th. de Paris, 1881.
(2) Landouzy. Leçons de la Charité. — Exposé de titres scientifiques.
(3) Heurteloup. Soc. de chir., 1885.
(4) Bornemann. Th. de Copenhague, 1887.

dents voyager de jointure en jointure, diminuer en un point, tandis qu'ils s'exaspèrent en un autre, et s'intervertir le lendemain : ici l'articulation prise est bien prise ; fixité également dans le mode de terminaison et il est bien rare qu'une arthropathie blennorragique abandonnée à elle-même se termine par une guérison complète. C'est au déclin de la période d'état que s'accuse cette tendance à la plasticité à laquelle nous avons fait allusion : les ligaments et les capsules articulaires s'épaississent; les tendons contractent des adhérences avec leurs gaines et si des mouvements communiqués ou volontaires ne sont pas imposés assez tôt à l'articulation malade toutes ces adhérences se solidifient, se rétractent et le jeu de la jointure est compromis, au moins en partie, pour toujours. Un autre facteur de gêne fonctionnelle vient se surajouter aux lésions articulaires et péri-articulaires : l'atrophie musculaire est de règle au voisinage des articles atteints, atrophie rapide et considérable qu'il est difficile de complètement réparer. Cette amyotrophie constitue un point intéressant de l'histoire de la blennorragie; on peut, en effet, lui attribuer une double origine : d'une part, on sait que toute lésion articulaire est susceptible d'amener une diminution rapide des muscles qui s'y insèrent par l'intermédiaire d'un véritable arc réflexe, passant par l'axe médullaire; nous rappellerons, à ce sujet, le travail de M. le professeur Raymond (1); d'autre part, la blennorragie peut, par elle-même, déterminer des atrophies musculaires comme en témoignent nombre de cas où elles ont été observées en l'absence de toute complication articulaire. Dans les cas plus graves, répondant à l'arthrite aiguë, la terminaison est encore plus sévère : non seulement il existe des épaississements des capsules et des ligaments, mais des lésions des extrémités osseuses, des têtes articulaires, y sont surajoutées. Loin de céder, comme dans les cas plus légers, aux mouvements communiqués, les adhérences néo-formées résistent et se reforment. « Ce qui est absolument caractéristique, c'est la résistance toute spéciale et toujours croissante que l'articulation atteinte présente à la mobilisation. En quelques semaines, les extrémités articulaires semblent reliées l'une à l'autre par des tractus fibreux qui peuvent céder un jour à des manipulations violentes, mais qui, quarante-huit heures après, présentent une solidité plus énergique et qui, par leur organisation définitive, aboutissent, quoi qu'on fasse, à la production d'une ankylose complète » (Brun). Il va sans dire que ces ankyloses sont encore plus déplorables lorsqu'on les a laissées se produire en position vicieuse.

IV

Il y a peu de choses à dire de l'anatomie pathologique proprement dite des arthropathies blennorragiques : la vascularisation, les érosions du cartilage, les exostoses, les périostites des extrémités osseuses, les lésions irritatives, puis scléreuses du tissu conjonctif, les tractus celluleux développés dans les bourses séreuses et les gaines tendineuses n'ont rien de particulier dans leurs caractères individuels et ne prennent d'importance et d'intérêt que par leur groupement : d'ailleurs, les autopsies sont assez rares et toutes ces lésions ne peuvent être étudiées qu'à longue échéance. Il n'en est pas de même des liquides intra-articulaires, vers lesquels ont été dirigés de nombreux examens

(1) Raymond. *Rev. de méd.*, 1889.

chimiques d'abord, puis, plus tard, bactériologiques. Les premières analyses furent faites dans le but d'établir la démarcation entre le « rhumatisme blennorragique » et le rhumatisme articulaire aigu franc. Nous empruntons au travail de M. Talamon le résumé de la note lue par M. le professeur Laboulbène à l'Académie de médecine en 1872 : « Le liquide renfermé dans l'articulation du genou, pendant la période d'état du rhumatisme blennorragique, est d'un jaune assez foncé; il est constitué par de la sérosité visqueuse, alcaline, louche et purulente. Il ne renferme pas de mucine, il contient des globules de pus et des matières fibro-albumineuses; il ressemble au liquide des arthrites.

D'après le même auteur et d'après les analyses du docteur Méhu, le liquide épanché dans l'articulation du genou, dans un cas de rhumatisme articulaire ordinaire, offrait, au contraire, une couleur citrine; il était constitué par un simple mélange de synovie avec un liquide séro-fibrineux. La proportion des matières dissoutes était à peu près celle du liquide des pleurésies aiguës et n'en différait que par la présence de la mucine qui appartient, comme on sait, à la synovie. »

Depuis la découverte de Neisser, toute l'attention s'est concentrée dans la recherche du gonocoque dans le liquide épanché avec des résultats fort différents d'où les opinions contraires que nous avons groupées sous trois chefs au début de ce travail.

Les tentatives pour déceler le gonocoque dans le liquide de l'hydarthrose ont été fréquentes et généralement suivies d'insuccès : cependant, il existe un certain nombre de cas positifs bien démontrés. Petrone en signale deux cas, Kraske, Brieger, Erlich l'ont également vu; dans l'observation de Kœnig terminée par la mort, le gonocoque avait été rencontré dans le pus; Kammerer (1), examinant deux cas, trouva dans l'un le microbe pathogène en grande abondance et ne put en rencontrer un seul dans le second : il en arriva à conclure que le gonocoque, très abondant au début, n'a qu'une vitalité peu prolongée et disparaît rapidement. En Amérique, R. Hall (2) signale également des faits positifs de même que, en France, Bousquet (3), Tollemer et Macaigne (4), Claisse dans une observation encore inédite.

Jacquet (5) tend à se montrer éclectique : une seule fois sur cinq observations, il put constater le gonocoque et encore en très petite quantité; les autres liquides se montrèrent indemnes, non seulement de gonocoques, mais encore de tout microbe. Rappelons, avec cet auteur, que la recherche du microbe de Neisser est des plus laborieuses, étant donné la très grande difficulté d'en obtenir des cultures et la nécessité de se contenter de l'examen microscopique. Les faits négatifs perdent donc beaucoup de leur importance.

En vertu d'idées théoriques, ne trouvant point l'agent pathogène figuré *in situ*, beaucoup d'observateurs en conclurent que les accidents articulaires relevaient des produits solubles résorbés au niveau de la surface uréthrale et venant agir sur les surfaces articulaires : telle n'est pas l'opinion de Stanziale (6) qui, après avoir expérimenté

(1) Kammerer. *Centralbl.*, 1884.
(2) Hall. *New-York Med. Journ.*, 1886.
(3) Bousquet. Loc. cit.
(4) Tollemer et Macaigne. *Rev. de méd.*, 1893.
(5) Jacquet. Loc. cit.
(6) Stanziale. *Gaz. d'Osp.*, 11 fév. 1893.

l'épanchement articulaire en injections sur les animaux, conclut que ce liquide ne renferme point de toxines. De leur inefficacité sur les animaux, ou même de leur absence dans le liquide épanché, il serait peut-être téméraire de conclure à leur innocuité chez l'homme, ce serait aller bien loin dans l'état actuel de nos connaissances sur les produits solubles des microbes. Enfin, d'autres auteurs, et particulièrement M. Jullien, ont rencontré des espèces microbiennes vulgaires, auxquelles ils font jouer le rôle prépondérant dans la production de l'arthropathie.

Le traitement des arthropathies blennorragiques entre actuellement dans une voie nouvelle : l'intervention active tend à remplacer les méthodes qui n'avaient pour but que de pallier la douleur et de diminuer les chances d'ankylose. C'est encore à ces moyens modérés qu'il faut s'en tenir dans les cas de simple arthralgie ou d'hydarthrose légère : la révulsion sous forme d'applications de teinture d'iode ou de pointes de feu, les opiacés et par-dessus tout l'immobilisation dans une gouttière plâtrée ou silicatée, amènent la sédation de la douleur. Pour favorable que soit l'immobilisation, il ne faudra pas cependant la trop prolonger et, dès que les phénomènes aigus disparaissent, il est indispensable de commencer à communiquer des mouvements à l'articulation; au besoin, ces mouvements seront pratiqués sous le chloroforme, si la douleur est trop vive.

Prenant pour point de départ les allures infectieuses de la blennorragie, quelques auteurs ont préconisé le traitement interne par le mercure. M. Morel-Lavallée observait accidentellement, pour ainsi dire, la guérison d'arthropathies blennorragiques chez un malade atteint de syphilis et soumis à l'ingestion de 10 centigrammes de proto-iodure par jour. Il tenta le même traitement, avec un plein succès, chez un second malade non syphilitique. La médication par les sels mercuriques avait déjà été mise en action par M. Jullien, sous forme d'injections sous-cutanées de bichlorure de mercure par la méthode de Lewin. Pour ce traitement hypodermique, M. Arnaud a recommandé la formule suivante :

Bichlorure de mercure .	40 centigrammes.
Chlorure de sodium. . .	1 gramme.
Eau distillée.	100 grammes.

Un gramme quotidiennement en injection dans la région fessière.

Cette méthode fut moins fidèle entre les mains de M. du Castel (1).

Signalons, pour finir, le traitement chirurgical par l'arthrotomie, avec nettoyage antiseptique de la cavité articulaire.

HOPITAL COCHIN. — M. Quénu.

De l'occlusion intestinale à la suite des laparotomies.

(Leçon recueillie par M. Thévenard, interne.)

Toutes les opérations qui intéressent le péritoine, alors même qu'elles ont été faites dans les meilleures conditions, amènent constamment quelques perturbations dans le fonctionnement des organes abdominaux.

Ces troubles sont surtout des phénomènes d'inhibition, exerçant leur action sur les fibres lisses ; on comprend donc que l'intestin et la vessie soient temporairement paralysés; la miction et la circulation gazeuse intestinale sont supprimées. Pendant les vingt-quatre premières heures, nos malades, habituellement, n'urinent que grâce au cathétérisme. Cependant, à toute règle, il est des exceptions et certaines malades ne cessent jamais d'uriner seules ; bien plus, il est des cas où l'intervention a des effets diamétralement opposés à ceux que nous observons ordinairement : témoin une malade que j'opérai, il y a quelques années, pour altération des annexes et rétroflexion douloureuse de l'utérus. Il existait, chez elle, une rétention d'urine par paralysie de la vessie sans compression aucune du col vésical. Le soir même de la laparotomie, la miction fut spontanée. L'opération eut donc, dans ce cas, une action dynamogénique ; mais, disons-le de suite, c'est là un fait exceptionnel.

Les fonctions intestinales sont plus longues à se rétablir ; même dans les cas heureux, il ne faut pas moins de quarante-huit heures pour qu'elles aboutissent ; cet organe est plus gravement affecté que la vessie, il y a pour ses fibres lisses plus qu'une paralysie, je dirais volontiers qu'elles subissent l'influence d'une perversion dynamique déterminant des contractions anti-péristaltiques et amenant l'émission par l'estomac des gaz intestinaux.

Je ne vous parle pas des vomissements; la laparotomie n'apporte par elle-même, en général, aucun trouble aux fonctions stomacales ; les vomissements que nous observons à la suite de ces opérations sont dues au chloroforme.

Les choses se passent habituellement d'après le mode suivant :

Une malade étant opérée le lundi, le mardi matin à notre visite nous ne nous occupons jamais de son intestin, nous savons bien que les fonctions en sont, pour le moment, suspendues. Ce qui nous préoccupe, ce sont : l'état de son estomac, le nombre de ses vomissements, la quantité d'urine émise, enfin, et surtout, les qualités du pouls, la température et le facies.

La température doit être normale et osciller, à quelques dixièmes de degré près, autour de 37 degrés. Le pouls, à la condition de conserver ses qualités d'amplitude et de régularité, peut, sans inconvénient, augmenter en nombre et si quelques malades conservent toujours 80 pulsations à la minute, il en est d'autres, et c'est de beaucoup les plus nombreuses, dont le nombre de pulsations atteint 100, 120, 130 même chez les nerveuses, sans qu'il y ait autrement lieu de s'en préoccuper ; les pulsations doivent être fortes et régulières ; peu importe leur nombre.

Cette augmentation du nombre des pulsations est un phénomène d'ordre réflexe, dû à la ligature des pédicules ; en provoquant une congestion intense de ces organes, elle détermine une sorte d'excitation cardio-vasculaire analogue à celle qui accompagne les règles. Ce qui rend l'analogie plus complète encore, c'est que presque toutes nos opérées de lésions annexielles perdent quelques gouttes de sang par le vagin, puis tout rentre dans l'ordre.

Le mercredi, c'est-à-dire quarante-huit heures après l'opération, la température et le pouls restant normaux, nous nous préoccupons des fonctions intestinales. Notre malade a-t-elle rendu des gaz ? tout va bien ; au contraire, elle n'en a pas rendu, se plaint de coliques : « Je souffre horriblement, » dit-elle souvent. Vous enlevez le pansement, vous trouvez un peu de ballonnement et de sensibilité du ventre, vous pensez à la péritonite; mais, rassurez-vous,

---

(1) Du Castel. Soc. de dermat., mai 1891.

le pouls est bon et la température normale; ces signes alarmants sont des avant-coureurs de l'émission des gaz et nous prouvent que l'intestin se met en mouvement et l'étendue même des zones douloureuses à la pression vous prouve bien qu'il s'agit d'une simple distension gazeuse.

Il est ainsi des malades qui ne rendent de gaz qu'à la fin du troisième jour. Dans ce cas, l'émission est souvent gênée par la contraction du sphincter anal. Nous employons, pour y remédier, certains moyens simples en même temps qu'efficaces ; nous plaçons d'abord une canule à demeure et lorsque cela ne suffit pas, si l'intestin n'a pas été lésé au cours de l'opération, nous administrons un lavement boriqué : ou bien ce lavement est gardé et absorbé, il satisfait alors la soif ardente qui tourmente la malade ; ou bien il est rendu et avec lui des gaz. Dans l'une comme dans l'autre hypothèse, son utilité est donc incontestable.

Malheureusement les choses ne se passent pas toujours aussi simplement et l'on voit parfois s'exagérer les troubles normaux, pour ainsi dire, que nous décrivions tout à l'heure; cette exagération peut être le fait d'accidents infectieux.

Quelles sont, dans ces cas malheureux, les modifications des symptômes ?

Tout d'abord la température s'élève; souvent, fort peu, elle oscille autour de 38 degrés.

Le pouls s'accélère, il atteint 120 et plus; nous avons vu que cela se produit souvent, alors qu'il n'y a nullement lieu de s'inquiéter; mais ce qui est grave, c'est que, tandis qu'elles augmentent en nombre, les pulsations perdent en amplitude et en régularité. En même temps, le facies s'altère légèrement, les traits se tirent, la malade est inquiète; ces derniers signes sont, à mes yeux, des plus importants et c'est avec raison que les chirurgiens anglais y ont insisté.

Tous ces symptômes qui, pris séparément, n'ont pas une gravité spéciale, s'écartent peu, en somme, de la normale, tirent leur importance de leur ensemble, de leur concordance. C'est sur l'ensemble de ces symptômes et non sur un seul, que vous pourrez établir votre diagnostic d'accidents péritonéaux au début et les distinguer de l'occlusion intestinale.

Comment les choses se passent-elles lorsqu'il y a véritablement occlusion intestinale ? Je ne saurais mieux vous les décrire qu'en vous citant tout au long l'observation de la malade que vous venez de voir couchée au nº 9 de la salle Bichat.

Atteinte d'un kyste ovarique, elle fut laparotomisée le 15 janvier dernier. Notre incision fut de petite dimension; le ventre ouvert, nous trouvâmes un kyste de l'ovaire droit de moyen volume. Au moment de la ponctionner, la malade eut une syncope respiratoire et l'on dut pratiquer la respiration artificielle. L'alerte fut courte, mais à partir de ce moment, le chloroforme ne fut administré qu'avec un extrême ménagement, notre malade respirant mal; nous dûmes donc nous contenter d'une anesthésie incomplète. A chaque effort de la malade, les anses intestinales menaçaient de faire irruption et durent être maintenues énergiquement, tout le temps que dura l'opération, par la main de notre aide. Cependant, à aucun moment, elles ne s'échappèrent de l'abdomen.

Ce kyste sans adhérences, enlevé facilement, présentait un large pédicule sur lequel fut appliquée une ligature en chaîne.

L'ovaire gauche atrophié fut laissé en place.

Avant de refermer l'abdomen, suivant notre habitude, nous attirons le grand épiploon et nous l'étendons au-devant de la masse intestinale.

La température de notre malade oscillait avant l'opération entre 36°5 et 37 degrés. Le soir de l'opération, elle fut de 37°8 et pendant les vingt-quatre premières heures, il y eut quatorze vomissements.

Le 16 au matin, nous trouvons notre opérée un peu fatiguée par ces vomissements répétés. La température est 37°4; le pouls assez fréquent (110 degrés), mais bon. Il n'y a là rien qui puisse nous inquiéter, d'autant qu'avant l'opération, le pouls qu'on avait eu soin d'observer atteignait couramment 100 et 105. La quantité d'urine rendue est de 600 grammes. C'est la quantité normale pour les laparotomisées et ce chiffre ne varie guère. Cette fixité dans le taux ordinaire des urines tient vraisemblablement à ce qu'on ne les laisse pas boire et qu'elles n'expulsent que l'eau empruntée à leurs tissus.

Le 17 au matin, les symptômes sont à peu près les mêmes. Comme cela arrive fréquemment, la malade n'a pas encore rendu de gaz. On donne un lavement boriqué; il provoque l'émission de quelques gaz, mais en très petite quantité et peut-être est-ce de l'air introduit en même temps que le lavement. Nous prescrivons alors un verre de limonade purgative; la malade en vomit la moitié, mais dans la journée, elle rend spontanément des gaz, puis vomit encore quatre fois.

Le 18, le troisième jour par conséquent, nous trouvons notre opérée fatiguée. Cependant la température ne s'est pas élevée (37 degrés), le pouls atteint bien, il est vrai, 115 degrés, mais il est ample et régulier et comme la malade a rendu des gaz la veille et a eu le matin même une garde-robe, nous ne sommes pas inquiet. Dans la journée, après notre visite, elle eut plusieurs vomissements, rendit son lait et eut même un vomissement porracé.

Le 19, ce qui nous frappe en arrivant, c'est l'altération des traits, l'aspect grippé de la face. Nous apprenons que depuis sa selle de la veille la malade n'a pas rendu de gaz. La température reste normale (37 degrés), mais en même temps que le pouls a augmenté de fréquence (125), il a perdu en amplitude et régularité; il est faible, mal frappé. Le ventre n'est pas ballonné, le palper n'est pas douloureux, sauf peut-être au niveau du pédicule. Le toucher vaginal ne décèle ni tuméfaction, ni douleur du côté des culs-de-sac.

La malade souffre cependant de douleurs et de coliques spontanées.

A partir de ce moment, il fut bien évident pour moi qu'il s'agissait là d'un cas d'occlusion intestinale.

Nous étions arrivés en effet au cinquième jour après l'opération ; avec la température restée normale, le pouls aurait dû être bon, la circulation intestinale rétablie et l'état général satisfaisant. Il n'en était rien. Ajoutez à cela que la veille, la malade avait eu des vomissements alimentaires et un vomissement bilieux verdâtre.

Nous fîmes électriser les parois de l'abdomen en prévenant toutefois qu'on se tînt prêt pour une intervention chirurgicale.

Le soir, à cinq heures, notre malade n'avait toujours pas rendu de gaz et présentait une température inférieure à celle du matin, 36°9. D'autre part, l'altération des traits était plus prononcée, le ventre ballonné dans la région sous-ombilicale. L'occlusion était évidente.

L'intervention ne fut pas différée plus longtemps. Après avoir été chloroformée avec beaucoup de ménagements la malade est opérée à six heures.

L'anesthésie est complète. Sans nous attarder à enlever un à un les points des trois plans de notre première suture ; nous en enlevons un par étage; puis guidant les ciseaux

avec le doigt introduit dans l'abdomen, nous fendons les parois en un seul temps.

Lorsque les parois abdominales furent ouvertes et écartées par mon aide, nous pûmes constater que le grand épiploon, attiré et étalé avec tant de sollicitude, lors de la première intervention, avait disparu, s'était rétracté; de la cavité péritonéale, il sortit une cuillerée à café ou deux de liquide séreux; les anses intestinales que nous avions sous les yeux étaient légèrement distendues mais ne présentaient aucune trace d'inflammation; au-dessous de ces anses distendues, nous en trouvâmes d'autres vides et aplaties, preuve indéniable qu'il s'agissait bien d'une occlusion intestinale.

En déroulant les anses intestinales nous éprouvâmes une légère résistance du côté du petit bassin; après avoir exercé une légère traction nous amenions bientôt, au milieu de notre incision, une anse intestinale coudée en canons de fusil et présentant près de son sommet une sorte de champignon de matière fibrineuse, débris d'adhérences. Près de ce sommet siégeait un étranglement demi-circulaire assez serré, développé sur le bord libre de l'intestin.

Une fois l'anse libérée et ayant bien constaté qu'elle ne présentait aucune lésion, aucune perte de substance de ses parois, nous faisons passer les gaz du bout supérieur dans le bout inférieur. L'intestin est remis en place, l'épiploon retrouvé est étalé à nouveau en avant de sa masse; puis nous refermons l'abdomen, par une suture, à deux plans, faite aussi rapidement que possible.

L'opération a duré en tout dix minutes environ; moins de temps qu'il n'en faut pour la décrire.

Au sortir de cette nouvelle intervention, la malade était naturellement assez affaiblie. A huit heures du soir, sur notre conseil, notre interne lui fit une injection intra-cellulaire d'environ 500 grammes de sérum artificiel. Dès dix heures du soir elle rendait spontanément quelques gaz.

Le lendemain matin, nous trouvons notre opérée avec un faciès quelque peu meilleur, mais encore grippé et une teinte subictérique des conjonctives. Le ventre est souple. Nous prescrivons un quart de verre de limonade purgative, et nous conseillons une nouvelle injection de sérum, qui fut faite dans l'après-midi.

Le 21, l'état s'améliore, le pouls redevient bon. La malade a eu une garde-robe spontanée. La température monte pendant quelques heures à 38°5, mais retombe le lendemain à 37 degrés matin et soir.

Aujourd'hui notre malade est absolument remise de tous ces incidents et a repris la vie commune.

Si je me suis étendu, avec tant de complaisance, sur cette observation, en insistant sur tous les détails, c'est qu'elle présente un type absolument parfait d'occlusion intestinale, indemne de toute complication de septicémie, et n'ayant aucun rapport avec ces pseudo-occlusions par paralysie intestinale dues à des accidents péritonéaux plus ou moins prononcés.

Cette occlusion typique est, sachez-le bien, un accident rare à la suite des laparotomies, les quelques chirurgiens qui en rapportent des exemples n'en ont guère observé qu'un seul cas ou deux dans leur pratique.

Pour ma part personnelle je n'en puis citer que deux: un premier qui survint à la suite d'une hystérectomie abdominale que je pratiquai, il y a de cela quatre ou cinq ans, et le cas qui fait l'objet de cette étude.

Un troisième cas fut observé cette année-ci dans ce même service par mon assistant et ami le docteur Sebilleau, alors qu'il me suppléait pendant le mois d'août dernier.

Il s'agissait d'une femme de vingt-huit ans présentant de grosses collections tubaires non suppurées. Les suites opératoires furent parfaites jusqu'au quatrième jour; la malade présente alors des phénomènes d'occlusion : vomissements bilieux, absence d'émission de gaz, etc., auxquels elle succombe le sixième jour.

A l'autopsie, on trouve une anse présentant un diverticule s'insérant d'autre part sur le mésentère. Sur ce diverticule formant ainsi une bride, était venue s'étrangler une anse d'intestin grêle. En interrogeant le mari de cette femme on apprit que plusieurs fois déjà elle avait eu des accidents d'occlusion.

Quelle est la pathogénie de cette occlusion? Elle est variable. Tous les genres, tous les modes d'occlusion ont été observés : compression par un fibrome, volvulus, étranglements par brides, dues à des adhérences, à l'épiploon, parfois comme nous venons de le voir à un diverticule intestinal; dans un cas enfin l'intestin fut pincé dans la ligature élastique d'un pédicule de fibrome; mais de toutes ces causes d'occlusion la plus fréquente est assurément l'adhérence d'une anse intestinale et la coudure qui s'ensuit.

Que faut-il pour déterminer ces adhérences? Pourquoi se produisent-elles dans certains cas et non dans d'autres? La première condition, pour que des adhérences puissent se produire, est, vous le savez, que les deux surfaces soient avivées et leur contact maintenu.

Eh bien, dans ces cas d'occlusion intestinale, ces conditions ne se trouvent-elles pas en partie réalisées? Le pédicule de la tumeur est une surface tout avivée et pour peu que l'épithélium péritonéal de l'intestin soit érodé, nous avons là une seconde surface toute prête à adhérer à la première, d'autant que leur contact est parfait, l'intestin paralysé restant immobile pendant les quarante-huit premières heures. Aussi, au dire des chirurgiens américains, les phénomènes d'occlusion sont-ils beaucoup plus fréquents qu'on ne le pense; et ce ne serait que grâce aux contractions intestinales violentes se produisant au bout d'un certain temps et rompant les adhérences peu solides encore, que l'on doit ne pas observer fréquemment des accidents plus graves.

La simple adhérence intestinale explique-t-elle toujours des étranglements aussi serrés que celui que nous venons d'observer? Un fait nous frappe, dans notre observation, c'est la présence de cette encoche que nous avons observée sur le bord libre de l'intestin. Nous pensons que, pour que les phénomènes d'occlusion atteignent un degré prononcé, il faut qu'en se rétractant le pédicule attire à lui l'anse intestinale adhérente, la tende et l'applique sur une bride, un angle quelconque sur lequel elle s'étrangle de plus en plus, étranglement qu'accentue encore la distension de l'anse supérieure par les gaz qui s'y accumulent; aussi l'occlusion n'est-elle que rarement complète d'emblée.

Comment reconnaître cette occlusion post-opératoire? Nous avons vu quelle importance nous devions attacher à l'absence d'émission de gaz, le troisième et surtout le quatrième jour, alors que le ventre est souple, peu douloureux, la température normale et qu'il n'existe, en un mot, aucun signe d'infection.

Les vomissements tardifs, ceux que j'appellerai volontiers « vomissements de retour » se produisant alors qu'on ne peut plus les attribuer ni au chloroforme, ni à l'abus de boisson de la part de la malade, ont une grande importance.

D'autres signes, la diminution de la quantité d'urine, le facies grippé péritonéal, et enfin un signe sur lequel on a

peu insisté, l'odeur fécaloïde absolument spéciale de l'haleine : tels sont les signes qui complètent l'ensemble symptomatique de l'occlusion intestinale; et je le répète, ces signes qui, pris séparément, n'ont pas grande valeur, lorsqu'ils sont réunis nous permettent d'affirmer notre diagnostic. Je ne vous ai pas parlé des vomissements fécaloïdes; cependant, on les observe comme dans toutes les occlusions; mais je dirai volontiers qu'un chirurgien ne doit pas les observer; si vous attendez qu'ils se produisent, il n'y a plus d'intervention possible.

Quel doit être le traitement de cette occlusion post-opératoire ? Nous devons, tout d'abord, chercher à l'éviter; et il est quelques précautions, quelques détails de technique opératoire qui peuvent, sinon toujours, prémunir contre de semblables accidents, tout au moins mettre le plus grand nombre de chances de votre côté. Nous avons vu quel intérêt il y avait à ne pas triturer l'intestin pendant l'opération, à le refouler le plus loin possible du champ opératoire, à le protéger contre les moindres traumatismes. On a proposé, pour éviter tout contact, d'interposer l'épiploon entre les anses intestinales et le pédicule; c'est là la manœuvre d'Hégar, que nous ne saurions trop recommander; enfin, on a conseillé d'administrer rapidement les purgatifs pour réveiller l'inertie intestinale. Cette pratique est excellente, à la condition, toutefois, que l'intestin n'ait pas été lésé.

Malgré toutes ces précautions, vous ne serez jamais sûrs d'éviter l'occlusion. Ne faut-il pas compter, en effet, avec les vomissements qui font se rétracter l'épiploon, et rejeter le purgatif? Si, donc, vous avez la malechance d'observer un cas semblable au nôtre, tâchez d'établir rapidement votre diagnostic, rappelez-vous notre conduite, donnez un purgatif, un lavement, essayez l'électricité; mais ne vous attardez pas à ces moyens et, si leur effet tarde quelque peu, pratiquez immédiatement la laparotomie; c'est la seule chance de salut.

Un élève de M. Hartmann, M. Collas, rapporte, dans sa thèse, six cas d'occlusion où cette conduite fut tenue, elle donna quatre succès; vous avez vu qu'elle nous a permis de sauver notre malade; elle a donc fait ses preuves et je ne saurais trop vous la recommander.

Un fait curieux et que je vous signale en passant, c'est la fréquence de ces occlusions post-opératoires à la suite des laparotomies pour kystes ovariques et leur rareté après les ablations des salpingo-ovarites; ne semble-t-il pas qu'il y ait là une contradiction; n'est-ce pas, en effet, dans ces dernières interventions qu'on cause le plus de dommages aux parois intestinales, qu'on les avive en rompant les adhérences? Voici, je crois, l'explication qu'on peut en donner : Les kystes ovariques, tumeurs volumineuses, distendent l'abdomen et chassent l'intestin au-dessus du détroit supérieur; la tumeur, enlevée les anses intestinales, vient tomber dans la cavité pelvienne qui est vide. Dans les salpingites, au contraire, il est à remarquer que, l'opération finie, il reste peu de place entre l'utérus et le rectum, de telle sorte, qu'en supposant même une adhérence d'une anse au pédicule, la traction exercée sur cette dernière sera moindre et la coudure moins prononcée.

Pour terminer, laissez-moi vous signaler un fait rare, à en juger par le silence des auteurs : je veux parler d'une occlusion survenue chez une de nos malades à la suite d'une hystérectomie vaginale. Malgré toutes mes recherches, je n'ai pu retrouver un seul cas de ce genre dans la littérature médicale.

La malade, dont il s'agit, était âgée de trente-sept ans, blanchisseuse, présentait habituellement des troubles digestifs très marqués, se traduisant fort souvent par des vomissements.

Atteinte d'une salpingite double avec adhérences, elle est opérée, le 2 novembre 1893. Nous pratiquons l'hystérectomie suivant notre procédé. L'opération est pénible, à chaque instant une anse intestinale vient faire hernie dans le vagin et doit être refoulée et maintenue dans l'abdomen, à l'aide d'un tampon monté.

Le soir, la malade avait une température de 36°5.

Le lendemain elle a vomi trois fois, sa température est de 36°6, la quantité d'urine est normale (600 grammes). Le surlendemain, la température est au matin de 36°8, le soir de 37°3.

Le troisième jour, notre opérée a de nouveaux vomissements et, pour la première fois, rend, paraît-il, quelques gaz dans la matinée. Dans la journée l'émission des gaz cesse, et le soir la température s'abaisse à 36 degrés.

Le quatrième jour, de nouveaux vomissements se produisent; à notre visite, nous trouvons notre malade avec un faciès grippé, les yeux excavés, la mine terreuse; le ventre est ballonné, le pouls petit et fréquent.

En présence de ces signes, je pensai à une occlusion par coudure d'une anse intestinale et adhérente à la collerette péritonéale. Nous pratiquons le toucher vaginal et nous trouvons cette collerette déjà refermée. Nous la décollons avec le doigt, que nous introduisons ensuite dans la cavité abdominale, puis le promenant tout autour de la collerette nous avons la sensation fort nette que nous détachons quelques adhérences.

Une heure après, en même temps que les vomissements cessent, la malade rendait des gaz; le lendemain elle avait une selle; puis guérissait rapidement. Bien qu'extrêmement rare, ce fait est des plus instructifs, et nous montre que l'occlusion intestinale est à redouter, après l'hystérectomie vaginale comme à la suite des laparotomies; aussi ai-je tenu à vous prévenir de cet accident toujours possible, en vous indiquant, en même temps, le procédé simple et inoffensif, qui, dans le cas particulier, m'a permis d'y parer.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Seringue à injections hypodermiques du docteur Félizet.

Nous avons publié, il y a deux ans, la description d'une seringue antiseptique construite, sur les indications du docteur Félizet, par M. Gudendag (1).

La pratique a démontré la nécessité d'une modification à cet instrument et justifie la publication de cette note.

La seringue de M. Félizet se compose essentiellement d'un corps de pompe, d'un piston spécial et d'un jeu d'aiguilles.

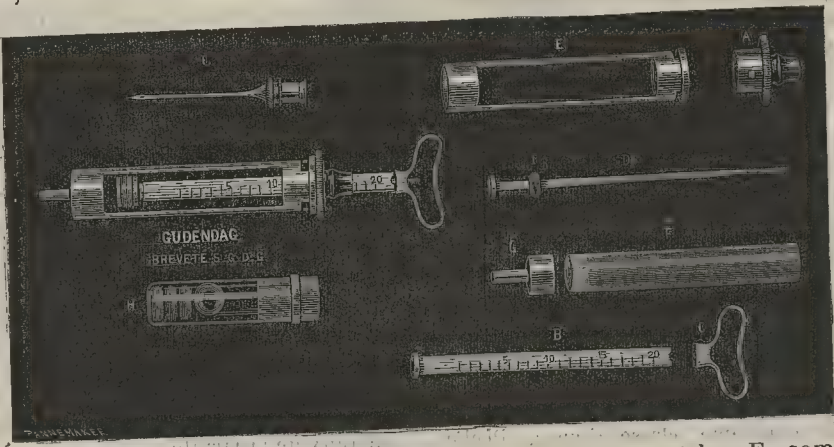
Le corps de pompe appartient au modèle ordinaire ; il consiste en un cylindre de verre transparent, fort et strictement calibré, exactement ajusté dans une monture métallique. A la partie supérieure de la monture s'adaptent à volonté ou une large rondelle ou deux ailettes qui donnent un point d'appui à l'index et au médius et assurent ainsi la force et la régularité de la propulsion avec une seule main.

Le piston est la pièce essentielle et caractéristique. Il se

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1892, p. 66.

compose de deux disques indépendants montés chacun sur une tige. La tige du disque supérieur B est creuse et forme un fourreau destiné à contenir la tige D du disque inférieur qui est introduite à frottement doux. Entre les deux disques qui se rapprochent ou s'écartent à volonté, est placée une rondelle de substance élastique I.

Le diamètre des deux disques est légèrement inférieur à celui du corps de pompe, c'est-à-dire que les deux disques affleurent à peine le verre. Avec un écart plus grand, en effet, l'expansion de la rondelle élastique aurait pour inconvénient, dans le cas de serrage excessif, un grippement qui rendrait le fonctionnement impossible ou tout au moins difficile et irrégulier.



La tige B est solide et résistante ; suivant son axe, il a été dressé sur toute la hauteur une surface plane où est inscrite la graduation en centimètres cubes et fractions.

La rondelle I est en caoutchouc de choix, spécialement préparé et bien calibré.

Le piston présente ainsi les avantages d'une élasticité parfaite, d'une expansion uniforme et d'une résistance prolongée à toutes les substances qu'emploie la méthode interstitielle, chlorure de zinc, teinture d'iode, naphtol camphré, etc.

Le rapprochement des disques, en comprimant la rondelle, l'aplatit et le fait régulièrement déborder.

C'est précisément cette expansion excentrique régulière qui, comblant la légère différence du diamètre des disques et du diamètre intérieur du corps de pompe, assure contre la surface de ce dernier une application pneumatique dont il s'agit maintenant de régler la tension.

Le rapprochement des deux disques s'obtient par un procédé courant, comme dans les bouchons anglais, au moyen d'un jeu de vis; mais comme il s'agit de régler la pression et de la maintenir à son point, on a disposé, à la partie supérieure de la tige extérieure B, quatre échancrures, sortes de crans à arêtes mousses sur lesquels le degré de rotation obtenu se maintient sans variation.

Le jeu d'aiguilles se compose de modèles de diverses substances (acier, or, platine iridié) et surtout de différentes longueurs, adaptées aux nécessités des méthodes de MM. Duguet et Lannelongue. Ces aiguilles se fixent à la seringue au moyen d'un pas de vis à longue hélice.

La pratique a démontré que cette seringue présentait deux inconvénients, relevant de l'asepsie, auxquels il a été porté remède; l'un de ces inconvénients est minime, l'autre est d'une importance plus considérable. Dans toutes les seringues dont le corps n'est pas entièrement en verre, si l'on veut obtenir le vide, on est forcé d'avoir recours aux rondelles de cuir ou de moelle de sureau.

Or, si l'on veut stériliser la seringue, ces rondelles s'altèrent, se durcissent et se ratatinent. Ce même fait se produit du reste rien que par l'usage et par le contact de certains liquides employés couramment en hypodermie. Il fallait donc absolument supprimer ces rondelles, tout en conservant à la seringue son étanchéité. M. Gudendag y est parvenu de la façon suivante :

Il a ajusté directement le cylindre de cristal, mathématiquement rodé à l'émeri, sur un embout métallique qui le coiffe exactement. Puis il a introduit le tout dans une armature métallique, dont l'extrémité inférieure recourbée empêche l'embout d'être chassé sous l'influence de la pression du liquide et dont l'extrémité supérieure est construite de façon à permettre d'assujettir le chapiteau au moyen d'un mouvement de baïonnette. De cette façon, on peut stériliser la seringue, sans crainte de fuites à la moindre résistance au passage du liquide. Telle est la modification la plus importante apportée au premier modèle. La seconde a consisté en la suppression du pas de vis des aiguilles. Il a été reconnu, en effet, que, pour qu'il n'y ait pas de fuite à l'ajutage, il fallait absolument y placer à demeure une petite rondelle de cuir. Or cette rondelle, comme celles du corps de pompe, s'altérait par la stérilisation, souvent elle s'égarait et sa pureté pouvait être douteuse. On est donc revenu au frottement dur. En somme, le principe de l'appareil posé par M. Félizet est resté le même, c'est toujours l'expansion excentrique régulière d'une rondelle de caoutchouc comprimée par le rapprochement de deux disques métalliques obéissant à la rotation de l'anneau qui termine la tige. Seul, le corps de pompe a été modifié par la suppression des rondelles et l'on en est revenu au frottement dur pour les aiguilles.

Le démontage de la seringue se fait de la façon suivante :

1° Faire tourner le chapiteau A de droite à gauche pour amener la pointe de la baïonnette en face du trou de sortie ; tirer à soi ;

2° Dévisser la poussette C et sortir la tige D;

3° Enlever le chapiteau A ;

4° Sortir de la cage E le corps de pompe F et enlever l'embout G.

Le démontage et le remontage de la seringue ne demandent pas plus d'une minute.

Chacune des pièces constituantes peut être remplacée et changée sur place, ce qui est un des grands avantages de l'appareil, car il est indispensable de pouvoir remédier aux avaries sans avoir à recourir aux renvois en réparation.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

119. M. GRUEL. Néphrite scléreuse ascendante. — 120. M. HULMANN. Étiologie de la grippe. — 121. M. FRÆNKEL. Contribution à l'étude du bromure d'éthyle comme anesthésique général. — 122. M. DELAUNAI (André). Rupture traumatique de l'urèthre périnéal chez l'enfant. Traitement par la suture immédiate. — 123. M. ARDILLAUX. Contribution à l'étude clinique de la septicémie aiguë gazeuse. — 124. M. POIRIER. De la rétention partielle du placenta après l'accouchement. — 125. M. BERGERON. Des dermopathies blennorragiques. — 126. M. BISSEIRÉ. Etude des différents modes de propagation du bacille tétanique. — 127. M. VLANTASSOPOULO. Contribution à l'étude de l'hérédité dans l'hémorragie cérébrale. — 128. M. JEULIN. Étude sur les corps étrangers intra-oculaires et sur l'ophtalmie sympathique consécutive. — 129. M. CUENOD. Bactériologie et parasitologie clinique des paupières. — M. DOS SANTOS. Considérations sur la bactériologie gynécologique.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Congrès international de médecine s'est ouvert à Rome, hier, 29 mars, au théâtre Costanzi, en présence du roi et de la reine d'Italie.

Après des discours de MM. Crispi, Bacelli et du prince Ruspoli, M. Virchow, délégué d'Allemagne, a salué les souverains au nom du dernier Congrès tenu à Berlin. Puis tous les délégués officiels étrangers ont pris tour à tour la parole pour saluer les souverains au nom de leurs gouvernements.

M. Maragliano, secrétaire général du Congrès, a procédé à l'appel des présidents du Comité international.

M. Baccelli a été acclamé président du Congrès.

— Par décret, en date du 23 mars 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Boursier, Pinard, de Paoli, Neumann et de Lapersonne.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Cobadon, Charrin, Bignon et Flaissières.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Gignac, Dèche, Lefèvre, Dufraisse, Audouin, Alloncle, Battesti, Rambaud, Bolognési, Delord, Fayseler, Bonnemaison, Gehé, Nègre, Leblond, Thuvien et Catuffe.

— Une récente instruction ministérielle donne la liste des cas sur l'aptitude physique au service militaire qui feront classer les hommes dans les services auxiliaires :

1. La faiblesse de constitution, si après le troisième examen devant le conseil de revision elle ne nécessite pas l'exemption.

2. L'obésité qui n'aura pas motivé l'exemption par son développement excessif.

3. Le pityriasis et l'ichtyose, si le premier n'occupe pas de grandes surfaces et si le second n'est pas généralisé.

4. Les tumeurs bénignes, kystes, lipomes, etc., les cicatrices, siégeant dans des régions où elles seraient incompatibles avec le port des effets ou de l'équipement réglementaires.

5. Les nævi materni et les tumeurs érectiles qui sont peu développés ou qui, bien que volumineux et étendus, ne sont pas exposés à des pressions habituelles.

6. L'alopécie occupant une certaine étendue et indépendante du favus et de la pelade, les tumeurs bénignes du crâne : loupe, exostose; les productions cornées, les cicatrices qui n'ont d'autre inconvénient que d'apporter une gêne à la coiffure militaire : casque ou shako.

7. La perte du pavillon de l'oreille, si elle est totale; son adhésion partielle aux parois du crâne, ses déformations ou malformations, si elles sont peu étendues.

8. La perforation de la membrane du tympan sans complication d'otorrhée.

9. La laideur extrême, telle qu'elle est définie à l'article 73, lorsqu'elle ne suffit pas à conférer l'exemption.

10. Les mutilations de la face, telles qu'elles sont définies à l'article 75, lorsqu'elles ne suffisent pas à conférer l'exemption.

11. Le symblépharon qui, sans amener une grande gêne dans le mouvement des paupières, n'est pas un obstacle à la fonction visuelle.

12. La blépharite ciliaire ancienne sans renversement des paupières.

13. Les opacités de la cornée, les exsudats de la pupille, suivant le degré de diminution de l'acuité visuelle défini au paragraphe 2 de l'article 85.

14. La myopie supérieure à six dioptries, à condition que l'acuité visuelle soit ramenée par des verres concaves aux limites stipulées au paragraphe 2 de l'article 85 et qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues.

15. L'hypermétropie et l'astigmatisme, lorsqu'ils déterminent l'abaissement de l'acuité visuelle défini dans le paragraphe 2 de l'article 85.

16. Le strabisme fonctionnel, si la diminution de l'acuité visuelle est telle qu'elle est définie au paragraphe 2 de l'article 85.

17. La perte d'un grand nombre de dents si les gencives ne sont pas altérées et si la constitution du sujet est satisfaisante.

18. Le bec-de-lièvre congénital ou accidentel simple et peu étendu.

19. Le bégayement, quand il est assez prononcé pour empêcher de transmettre intelligiblement une consigne.

20. Les tumeurs du cou : le goître, les kystes séreux, les adénites peu développées, qui ne sont une cause de l'exclusion du service actif qu'en raison de la gêne causée par l'habillement militaire.

21. Les déformations de la poitrine : enfoncement ou saillie du sternum ou des côtes qui ne nuisent pas aux fonctions des organes internes; les arrêts de développement, les courbures vicieuses, les pseudarthroses de la clavicule, les déformations de l'omoplate qui n'entravent pas les mouvements des membres supérieurs.

22. Les hernies inguinale et crurale ne dépassant pas l'orifice externe du canal.

23. La cryptorchidie, lorsque le sujet présente les caractères généraux de la virilité.

24. Les difformités congénitales ou acquises qui n'entravent pas notablement leurs fonctions, telles que : un cal volumineux et même légèrement difforme; une incurvation modérée des membres supérieurs ou inférieurs ; l'inégalité des membres supérieurs ; le raccourcissement d'un membre inférieur, s'il n'en résulte qu'une légère claudication.

25. Les varices, se présentant dans les conditions de non-acceptation pour le service actif stipulées article 231.

26. L'hygroma chronique, les kystes synoviaux assez prononcés pour exclure du service armé, ne compromettant pas néanmoins le jeu des articulations.

27. La raideur d'une articulation avec diminution légère de l'étendue des mouvements et qui ne nuit pas très sensiblement à l'action des membres, telles que : la flexion incomplète de l'avant-bras sur le bras, la flexion incomplète de la jambe sur la cuisse, les mouvements opposés étant entièrement libres ; la flexion permanente et complète de l'auriculaire de l'une ou l'autre main, la flexion incomplète de plusieurs doigts.

28. L'incurvation, la perte ou la mutilation des doigts ou des orteils, non compatibles avec le service actif, qui ne gênent pas notablement les fonctions de la main et du pied.

29. Les doigts et orteils surnuméraires, le chevauchement des orteils, les orteils en marteau, l'exostose sous-unguéale se présentant dans des conditions de non-acceptation pour le service actif.

30. Le défaut de taille constaté par le troisième examen devant le conseil de revision, après deux ajournements.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Arnould, médecin-inspecteur de l'armée en retraite ; Barbette (de Villemonble) ; A. Duhomme et Dupierris (de Paris) ; Lemaréchal (d'Ampoigne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

DOSE : 1/2 verre à madère au dessert.

PILULES DIGESTIVES de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

DOSE : 2 à 4 après le repas.

Détail : Ph[le], 2, rue des Lombards, Paris.

ÉMULSION DEFRESNE
D'HUILE DE FOIE DE MORUE *IODO-PHOSPHATÉE*

RENDUE ASSIMILABLE PAR LA PANCRÉATINE

aussi agréable à prendre que le lait

L'**Émulsion Defresne**, à faible dose, est plus efficace que l'Huile de foie de morue naturelle; elle est plus riche que celle-ci en principes reconstituants, stimulants et altérants (*Iode, Phosphore, Acides gras libres*); elle est agréable à prendre.

L'**Émulsion Defresne** contient :

45 gr. Huile modifiée par la Pancréatine;
5 gr. Acides gras libres;
0,20 centigr. Phosphore;
0,10 centigr. Iode;
50 gr. Eau et Glycérine.

L'**Émulsion Defresne** est héroïque dans :

RACHITISME, SCROFULE, | LYMPHATISME, DÉBILITÉ, | ANÉMIE, CONSOMPTION.

L'**Émulsion Defresne** *est toujours assimilée : Dose de 2 à 6 cuillerées à café par jour.*

PRIX : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la **Pancréatine** et de la **Peptone**, 4, quai du Marché-Neuf; DÉTAIL : Pharmacie, 2, rue des Lombards.



GOUTTES LIVONIENNES
de TROUETTE-PERRET
(Créosote, Goudron et Tolu)

LE REMÈDE LE PLUS PUISSANT contre les **Affections des voies respiratoires.**

4 capsules par jour aux repas.

E. TROUETTE, 15, r. des Immeubles-Industriels, Paris.

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

D[r] BENGUÉ, ph[ien], 34, rue La Bruyère, Paris.

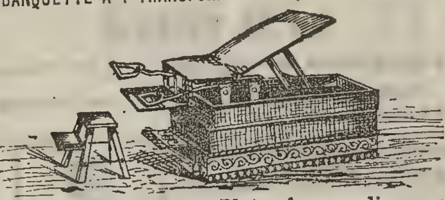
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, ex associé à Paris, s'étant retiré, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fab[t] ces meubles bon marché (garantis).

PILULES MERCIER
(Podophyllin, Cascara & Savon médicinal)

Réussissent toujours contre la

CONSTIPATION

& les maladies qu'elle occasionne

1 ou 2 le soir dans une cuillerée d'eau

La boîte, 2 francs

3, Place de l'Odéon

Paris, et toutes les PHARMACIES

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : Un verre à Madère après les repas.

MARIANI, ph[ien], 41, Boul. Haussmann, et t[tes] ph[ies].

DIGESTIF CLIN
A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

M[on] **CLIN et C[ie]**, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

Granules de Catillon
À 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE
STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à l'Académie en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc.

On peut en continuer l'usage sans inconvénient.

GRANULES DE CATILLON

A 1/10 MILLIG. **STROPHANTINE** CRIST

TONIQUE DU CŒUR

Éviter les imitations et les teintures infidèles.

Paris, 3, Boul[d] S[t]-Martin et Pharmacies.

DYSPEPSIES - GASTRALGIES
Pepsine Boudault

« En prescrivant simplement : Pepsine, « le pharmacien est obligé de ne donner « que celle du Codex. Cette pepsine ne doit « peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, « tandis que **la Pepsine Boudault** *« peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault,** « peptonisent **deux fois** leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus.** »

ELIXIR VIN SACCHARURE EUPEPTIQUE KOLA-MONAVON

Médica[t] cardio-vasculaire, Tonique, reconstituant, quintup les forces, *Aliment d'épargne* contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

ELIXIR dosé à 1 gr. 20 Noix de Kola vraie par cuillerée à bouche.
SACCHARURE dosé à 1 gr. 20 — à café.

PHARMACIE MONAVON, 10, RUE DE TRION, LYON, ET TOUTES PHARMACIES.

CACHETS (0.20) CAPSULES (0.10) DE CHLORALOSE

HYPNOTIQUE NOUVEAU (FORMULE HANRIOT et CH. RICHET)

B. BAIN & FOURNIER, seuls préparateurs, *43, Rue d'Amsterdam, Paris.*

SIROP DU D[R] DUFAU

A l'extrait de stigmates de **MAÏS**

Maladies aiguës et chroniques de **LA VESSIE**

Diurétique puissant et inoffensif

AFFECTIONS DU CŒUR, ALBUMINURIE

DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, et dans un verre d'eau froide ou chaude. Boisson très agréable.

Prix : 3 francs le flacon.

PILULES DE PODOPHYLLE COIRRE

CONTRE :

CONSTIPATION HABITUELLE

HÉMORROÏDES, COLIQUE HÉPATIQUE

DOSE : Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.

Prix : 3 francs la boîte.

GRANULES TROIS CACHETS PHOSPHURE DE ZINC

A 4 milligr., 1/2 milligr. de phosphore actif

Ces **Granules** sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit.

Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.

DOSE : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas.

Prix : 3 francs le flacon.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 avril 1894.

Très courte séance à la Société médicale des hôpitaux, le 30 mars. M. Albert Mathieu fait voir un malade atteint d'*arsenicisme chronique*. Actuellement âgé de cinquante et un ans, il prend de l'arseniate de soude, depuis plus de vingt ans, à la dose de 3 ou 4 centigrammes par jour environ. L'arsenic lui a été ordonné autrefois contre des accès d'asthme et il a toujours, depuis, continué à en prendre, augmentant ou diminuant un peu les doses suivant qu'il avait à surmonter des fatigues professionnelles plus ou moins grandes. Il y a dix ou douze ans, après avoir absorbé des quantités d'arseniate de soude plus fortes que de coutume, il fut pris d'accidents gastro-intestinaux graves, puis plus tard de faiblesse accentuée des membres inférieurs. C'est à ce moment que commença à se montrer la pigmentation cutanée dont il est actuellement atteint. Quelques années plus tard, en présence des troubles de la marche, des douleurs lancinantes dans les jambes, des douleurs gastriques, et, paraît-il aussi, de l'anesthésie qui existait au-dessous du genou, on fit le diagnostic de tabes. Il s'agissait, sans doute, de pseudo-tabes par névrite périphérique; la névrite périphérique est, du reste, chose connue dans l'intoxication arsenicale. Actuellement, il y a encore abolition des réflexes rotuliens.

La pigmentation cutanée est surtout très marquée au tronc, elle va en diminuant de la racine des membres à leur extrémité. Elle est ardoisée ou bronzée et parsemée de petites taches blanchâtres arrondies, lenticulaires, qui donnent à la peau un aspect moucheté. Il y a de la kératose de la pomme des mains et de la plante des pieds et des troubles trophiques des ongles.

La pigmentation de la peau a été assez souvent constatée dans l'intoxication arsenicale, mais il ne semble pas qu'on ait souvent vu ces petites mouchetures blanchâtres; quant à la kératose palmaire elle a été observée aussi à plusieurs reprises dans les mêmes conditions.

Il semble que la fameuse acrodynie n'ait été que le résultat d'une intoxication arsenicale méconnue : on y retrouve toutes les manifestations digestives, cutanées et névropathiques de l'arsenicisme chronique. La récente épidémie d'Hyères, dans laquelle il y eut de nombreux cas d'intoxication arsenicale par des vins frelatés, a fourni un certain nombre d'exemples de véritable acrodynie.

HOTEL-DIEU. — M. DUPLAY.

Névralgie faciale. — Névralgie des édentés.

(Leçon recueillie par M. BOIS, interne du service, et revue par le professeur.)

Le malade qui fait le sujet de cette clinique est un homme âgé de soixante-deux ans, employé de commerce, entré le 12 janvier 1894 et couché salle Saint-Landry n° 45. Nous n'avons rien à relever dans ses antécédents héréditaires, il a toujours joui d'une bonne santé, cependant il a été pris, lorsqu'il était au régiment, d'une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

La maladie, pour laquelle il est actuellement à l'hôpital, a débuté, il y a sept ans, en 1887. Il fut pris à cette époque de douleurs occupant le côté droit de la face, sans présenter de localisation absolument précise, mais semblant pourtant avoir un maximum d'intensité au niveau de la région qui avoisine le trou sous-orbitaire. Ces douleurs, affectant le caractère névralgique, apparaissaient sans cause, et disparaissaient de même, au bout de quelques jours. Le médecin qui le soignait alors, usa de tous les antinévralgiques employés ordinairement en pareil cas, et les douleurs du malade finirent par se calmer. Il resta ainsi deux ans sans souffrir, puis les crises reparurent avec un caractère d'acuité extrême. Il semblait, alors, qu'elles revenaient plus particulièrement sous l'influence de certaines causes, par exemple, lorsque le malade remuait les mâchoires, lorsqu'il faisait des mouvements de mastication. Une irritation quelconque des téguments de la joue, comme dans l'action de se débarbouiller, réveillait des accès douloureux. Le plus souvent enfin ces accès ne reconnaissaient aucune cause appréciable. Toujours est-il qu'ils se rapprochèrent de plus en plus et qu'ils ne laissèrent plus ni repos ni trêve au malade. Son médecin, pensant que ces névralgies pouvaient être liées à des lésions dentaires, lui fit enlever les trois molaires qui lui restaient à la mâchoire supérieure droite. Les autres avaient été arrachées, lorsqu'il était au régiment, pour mettre fin à des accès de périostite alvéolo-dentaire qu'il aurait présentés à cette époque. L'ablation des trois molaires restant à la mâchoire supérieure droite, qui d'ailleurs

étaient saines, n'amena pas d'amélioration dans l'état de notre malade. Les accès devinrent de plus en plus persistants, ils se montrèrent aussi bien l'été que l'hiver, et les antinévralgiques étant inefficaces à le soulager, il entra au mois de mars 1893 dans mon service à la Charité, et je pratiquai une résection du nerf sous-orbitaire sur une étendue de un centimètre et demi à peu près. Le malade cessa de souffrir et sortit de l'hôpital se croyant guéri. Il resta en effet sans souffrir aucunement pendant neuf mois, mais en décembre 1893 il fut repris de nouvelles crises de douleurs de plus en plus intenses, presque continues, entravant la mastication, le privant de sommeil, et après avoir patienté quelque temps, à bout de force et de courage, il se décida à entrer de nouveau dans mon service.

Aux phénomènes douloureux dont nous avons déjà parlé se sont jointes actuellement des contractures. Pendant les crises, notre malade écarte les mâchoires comme dans un bâillement en même temps qu'il ferme les yeux; les contractures s'étendent non seulement aux muscles de la face, mais encore à ceux du cou, et se répètent presque continuellement.

Lorsque l'on explore l'état de la bouche de ce malade on s'aperçoit qu'un très grand nombre de dents lui manquent; à la mâchoire supérieure droite elles ont toutes disparu, à l'exception de la canine et des deux incisives. La gencive d'ailleurs est saine; le maxillaire ne présente aucune altération. Toutefois en exerçant avec le doigt une pression sur le bord alvéolaire supérieur droit, on détermine une crise douloureuse, irradiant dans tout le côté de la face, vers l'œil et l'oreille. L'examen de la face ne révèle rien de particulier; dans les moments où il souffre beaucoup, les téguments présentent un peu de rougeur. La sensibilité au tact et à la température est conservée de ce côté.

Ajoutons que, à part ces accès douloureux, les différentes fonctions s'exécutent normalement chez cet homme, qu'il est dans un état de santé parfaite.

Le diagnostic de l'affection dont nous venons de retracer le tableau est assez simple. Il s'agit d'une névralgie faciale, mais il est important d'en déterminer la cause afin de pouvoir instituer un traitement sûr et efficace. Sans faire ici l'histoire de la névralgie faciale, nous rappellerons qu'on en distingue plusieurs formes. Il existe d'abord des *névralgies idiopathiques*, névralgies souvent intermittentes et cédant à l'administration du sulfate de quinine; ce sont des névralgies en quelque sorte d'ordre dynamique, en opposition avec les névralgies idiopathiques; il y a des *névralgies franchement symptomatiques* résultant soit d'une lésion nerveuse, soit de la compression d'un tronc nerveux par une tumeur. Enfin, il y a les névralgies que l'on nomme *réflexes;* telle la névralgie faciale reconnaissant pour cause une lésion dentaire, la carie, par exemple, telles les névralgies produites par la présence d'un corps étranger. A cette classe semble appartenir le *tic douloureux de la face*, maladie dans laquelle, aux phénomènes douloureux, s'ajoutent des mouvements spasmodiques des muscles de la face de la mâchoire. Depuis Trousseau on rapproche le tic douloureux des manifestations épileptiformes; c'est le mal épileptiforme de la face; or à l'heure actuelle on admet que l'épilepsie a pour point de départ une irritation extérieure, née dans les parties terminales du système nerveux et agissant par action réflexe sur les centres. On tend aussi à admettre maintenant que la névralgie faciale a presque toujours une cause périphérique, quelquefois inconnue, d'autres fois évidente, lorsqu'il s'agit d'une dent malade par exemple. Partant de cette idée, on a pensé qu'en interrompant toute communication entre les parties périphérique et centrale d'un nerf, en pratiquant par conséquent une résection plus ou moins étendue de ce nerf on arriverait à faire disparaître les douleurs qu'il causait. C'est ainsi qu'on a été jusqu'à réséquer, dans le cas de la névralgie de la cinquième paire, le ganglion de Gasser. Les sections ou résections nerveuses sont suivies quelquefois de bons effets pendant un temps plus ou moins long, mais souvent la continuité entre le bout périphérique et le bout central du nerf sectionné ou réséqué, se rétablit grâce aux anastomoses nerveuses et les douleurs alors se reproduisent. C'est ce qui est arrivé chez notre malade, après la résection qui lui a été faite, il est resté guéri neuf mois, puis il a recommencé à souffrir. Nous pourrions intervenir de nouveau et réséquer plus haut, lui pratiquer l'ablation du ganglion de Gasser, mais outre que cette intervention n'est pas sans danger, il est probable que notre malade n'en retirerait pas les résultats désirables.

Il existe, en effet, une forme de névralgie sur laquelle j'ai attiré l'attention dans un mémoire publié dans les *Archives de médecine* de 1886. J'avais déjà fait connaître un travail de Gross (de Philadelphie) publié en 1870, où il était question d'une forme particulière de névralgie des maxillaires, traitée avec succès par la résection du bout alvéolaire. Gross pensait qu'il s'agissait d'une compression des branches alvéolaires des nerfs dentaires, résultant d'une sorte d'ostéite condensante et il supposait qu'il suffirait d'enlever les alvéoles malades pour faire disparaître les névralgies qui en étaient la conséquence. Il rapportait cinq cas dans lesquels les malades auraient été complètement guéris. Ayant remarqué que cette forme particulière de névralgie s'observait chez des individus d'un certain âge et ayant perdu leurs dents, il la décrivit sous le nom de *névralgies des édentés*. J'ai eu l'occasion de voir des cas absolument semblables à ceux de Gross et, en 1886, j'ai publié une observation de névralgie du maxillaire inférieur qui fut guérie par la résection du bord alvéolaire. Comme Gross je pensais que cette variété ne se rencontrait que chez les édentés, j'avais émis cette hypothèse, les douleurs névralgiques pouvaient être comparées à celles que l'on observe parfois dans les moignons d'amputés et être dues, comme cela a été démontré pour ces dernières, à l'existence de petits névromes développés sur les extrémités terminales des branches nerveuses.

Or, tout récemment, le docteur Jarre a présenté à l'Académie de médecine un mémoire dans lequel il émet cet avis que la plupart des névralgies trifaciales dont la cause n'est pas évidente, ont pour origine une lésion périphérique des nerfs alvéolaires, résultant d'une ostéopériostite alvéolo-dentaire de nature infectieuse ou, comme on dit à présent, d'une *arthrite dentaire*, à la suite de l'avulsion ou de la chute des dents, et consistant dans des lésions des extrémités terminales de ces nerfs. Sans pouvoir fournir la démonstration anatomique de cette théorie le docteur Jarre rapporte ses résultats thérapeutiques, résultats dans lesquels il a suffi d'une résection d'une alvéole ou du bord alvéolaire pour amener des guérisons complètes.

Le fait est d'importance, car cela permettrait de substituer à des opérations difficiles, dangereuses et parfois inutiles, des interventions tout à fait bénignes et couronnées de succès. Pour le malade qui nous occupe certaines particularités de l'histoire clinique de son affection nous engagent à penser qu'il s'agit peut-être d'une forme de né-

vralgie comparable à la *névralgie des édentés* et que nous le débarrasserons de ses douleurs en intervenant par une résection du rebord alvéolaire supérieur droit. Nous ne retrouvons pas en effet chez lui le tableau symptomatique de la vraie névralgie faciale; ce n'est pas le malade décrivant lui-même le trajet des branches nerveuses, présentant les points douloureux très précis qu'a indiqués Valleix. Le siège des douleurs est vague et mal déterminé, elles irradient sur l'oreille, l'œil, le cou, mais pas de points douloureux spéciaux correspondant à l'émergence d'un filet nerveux. De plus, le point de départ de ses douleurs est le bord alvéolaire de la mâchoire supérieure droite, douleur réveillée par la pression avec maximum d'intensité à sa partie la plus reculée. Ajoutons enfin qu'avant qu'on lui ait arraché ses molaires pour essayer de faire disparaître ses douleurs, on lui avait déjà enlevé longtemps avant, lorsqu'il était au régiment, des dents mauvaises, lui ayant occasionné des accès de périostite alvéolo-dentaire. Il semble donc bien que nous sommes en présence de cette variété de névralgie spéciale dont nous avons parlé. Aussi nous proposons-nous de faire chez notre malade une incision de chaque côté de la gencive, au niveau du point où la douleur est maxima, d'écarter les parties molles et de réséquer largement d'ailleurs le bord alvéolaire à ce niveau. Nous lui offrons ainsi une chance de guérison en pratiquant une intervention bénigne qui ne présente aucun danger et, à la rigueur, il sera toujours temps de lui pratiquer une opération plus importante si celle-ci n'est pas couronnée de succès.

Notre malade a été opéré le 26 janvier, sous chloroforme; nous lui avons fait une résection étendue du bord alvéolaire droit et les suites opératoires ont été fort simples. Bien que, les premiers jours qui suivirent l'intervention, il ressentît encore quelques douleurs, celles-ci avaient perdu le caractère qu'elles présentaient auparavant. Elles disparaissaient petit à petit complètement, et le 10 février, notre malade sortit de l'hôpital, ne souffrant plus du tout de sa névralgie.

LES SECOUSSES TRACHÉALES
DANS L'ANÉVRYSME DE L'AORTE (1)

Par M. le docteur MARTIN-DURR, ancien interne des hôpitaux de Paris.

III

L'année suivante, à la séance du 22 janvier 1892, F. Taylor (2) présenta à la Société clinique de Londres un nouveau cas de secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte.

« Le diagnostic d'anévrysme de la crosse de l'aorte fut fait par suite de la présence de symptômes habituellement considérés comme caractéristiques et je cherchai à découvrir le nouveau signe, *les secousses trachéales*. Il existait parfaitement, et, comme contre-épreuve, j'examinai quatre autres malades, dont l'un souffrait d'anévrysme de la première partie de l'aorte, les autres d'affections diverses. Dans aucun cas, je ne pus sentir de pulsation de la trachée. »

OBSERVATION. — W. L..., âgé de quarante-huit ans, entré à Guy's Hospital dans mon service, le 29 avril 1891, se plaignant de douleur dans la poitrine et le dos, de toux et de raucité de la voix.

Il a été vingt et un ans soldat, et depuis a été employé de chemin de fer. Il a eu la dysenterie aux Indes. Nie avoir eu la syphilis. Il y a cinq mois, il a été pris presque subitement de douleurs dans la poitrine et dans le dos, de perte de la voix et de faiblesse générale.

A son entrée la face est violacée et congestionnée, la toux est constante, la voix est rauque. Il se plaint de violentes douleurs le long de l'épine dorsale, depuis les épines cervicales moyennes jusqu'aux épines dorsales inférieures et de douleurs semblables dans la région sternale inférieure.

La poitrine est quelque peu en forme de tonneau et la résonance s'étend jusque sur la région précordiale. Le murmure vésiculaire manque en arrière à la base gauche. Les bruits du cœur sont sourds, mais il n'y a aucun souffle. Le pouls droit est compressible, mais le pouls gauche est à peine perceptible.

Le laryngoscope montre que la corde vocale gauche est totalement paralysée et en position cadavérique, tandis que la corde vocale droite se meut librement.

L'état du pouls gauche, du côté gauche de la poitrine, et de la corde vocale gauche indiquent un anévrysme et deux de ces signes indiquent que l'anévrysme occupe la concavité de la partie transverse de l'arc aortique.

En cherchant LA SECOUSSE TRACHÉALE, on arrivait à un résultat absolument positif. Il n'y eut jamais de difficulté à trouver la pulsation communiquée au cartilage cricoïde et de là aux doigts de l'observateur, lorsque, la tête étendue et la bouche close, on soulevait le cricoïde au-dessus du thorax. Cette observation fut répétée maintes fois durant son séjour de cinq mois à l'hôpital, et encore maintenant, neuf mois après mon premier examen, le signe peut être nettement senti.

Pendant son séjour à l'hôpital, il souffrit beaucoup de douleurs dans la partie inférieure de la poitrine et la partie supérieure de l'abdomen, et la toux était fréquente. Dans la seconde moitié de mai il eut une pneumonie du lobe inférieur gauche, dont les traces persistèrent quelque temps. Il est actuellement dans le même état qu'à son départ de l'hôpital, 24 septembre 1891.

Mais bientôt arrivent les contradicteurs. Dans le numéro de février 1892 du *Practitioner*, Harold B. Grimsdale (1), élève du docteur Ewart (*clinical clerk under him*), s'élève contre l'importance donnée à ce signe par les différents auteurs précédents.

« Je pense, dit-il, que ce signe ne mérite pas l'importance qu'on lui a attribuée, et je vais exposer un certain nombre d'observations destinées à démontrer autant que possible sa véritable nature. »

Au procédé d'Oliver, qui consiste à étendre la tête et à élever le menton le plus possible, de manière à transformer le tube laryngo-trachéal en un tube rigide, il préfère deux autres méthodes d'examen.

La première est empruntée à son maître Ewart; la seconde est personnelle à l'auteur et a été employée sur lui-même.

PROCÉDÉ D'EWART (fig. 2). — Se tenir debout derrière le malade, placer la phalange distale des deux index sous le cartilage cricoïde, et soulever délicatement ce cartilage et avec lui la trachée. Le larynx est ainsi en équilibre sur les pulpes des doigts, et « tout changement de position est plus aisément rendu manifeste que par le procédé d'Oliver » (dit Grimsdale).

PROCÉDÉ D'AUTO-EXAMEN. — C'est une modification du procédé précédent, mais qui ne peut servir que pour un examen

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 339.

(2) F. TAYLOR. A case of Tracheal tugging in Aneurysm of the Aorta. *Trans. Clin. Soc. London*, 1892, XXV, p. 284.

(1) HAROLD B. GRIMSDALE. Tracheal tugging as a diagnostic sign of thoracic aneurysm. *Pract.*, London, 1892, febr., p. 96-107.

pratiqué sur soi-même. Il consiste à placer la plalange distale d'un ou deux doigts sous le cricoïde à la place des index.

Un malade entre à Saint-George Hospital, de diagnostic difficile et présentant les secousses trachéales. Grimsdale découvre ces secousses trachéales sur lui-même et sur deux de ses amis. Il fait part de cette découverte à son maître Ewart, et à la suite passe en revue, avec son maître, 118 cas, tant médicaux que chirurgicaux, pris au hasard. Ils trouvèrent les secousses trachéales dans 51 cas : sur 55 femmes examinées ils ne trouvèrent que 15 cas de secousse trachéale; sur 63 hommes examinés, 36 présentaient le signe plus ou moins marqué.

Ces 51 cas, divisés en quatre classes, donnent le résultat suivant : *Secousse trachéale marquée*, 4 cas seulement : 1° un cas diagnostiqué anévrysme de la portion gauche de la partie transversale de l'aorte; 2° un cas de malade souffrant d'emphysème et bronchite chez qui la secousse trachéale était plus marquée dans l'expiration; 3° une petite fille chlorotique, dont la secousse trachéale était ordinairement faible, mais devenait marquée après un exercice; 4° un homme souffrant d'un énorme anévrysme comprenant toute l'étendue de l'arc aortique, chez qui la secousse trachéale était très forte. Il y eut : 17 cas de *secousse trachéale modérée*, dont celui de l'auteur; 20 cas de *secousse trachéale faible*; l'un de ces cas était un anévrysme, probablement de la portion ascendante; 7 cas de *secousse trachéale très faible*. Le reste comprend les cas douteux ou ceux dans lesquels la secousse trachéale n'existait qu'après un exercice.

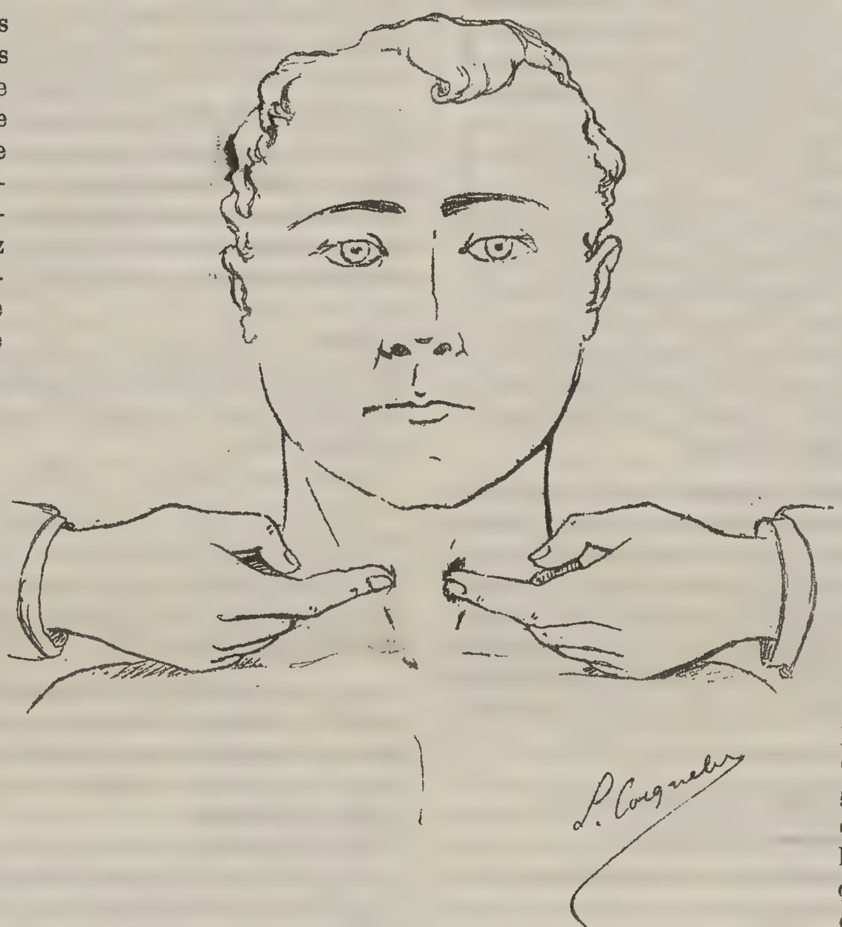


Fig. 2. — D'après Ewart.

De ces recherches, Grimsdale pose les conclusions suivantes : « *La valeur positive* du signe « secousse trachéale » est faible.

La secousse trachéale se présente distinctement dans 16 p. 100 de toutes les maladies prises au hasard et dans tous les cas ne peut être distinguée de la secousse trachéale qui existe dans l'anévrysme. Certainement, dans un cas d'anévrysme très étendu, la secousse trachéale était plus marquée que celle qui peut exister dans la bonne santé apparente; ce n'était qu'une différence de degré et quelques cas de bonne santé approchaient de très près celui-ci en intensité.

Comme signe purement négatif, la secousse trachéale peut être de quelque utilité. Son absence indique avec certitude l'absence de quelque dilatation étendue de la partie spéciale du vaisseau qui occasionne ce signe. Mais il est également certain que sa présence, sans autre signe corroborant et évident, est aussi loin d'avoir une valeur pathognomonique que de n'avoir aucune signification. »

Ewart (1) fit paraître, le mois suivant, un nouvel article sur la valeur clinique des secousses trachéales et rectifia ce que les conclusions de Grimsdale avaient d'exagéré.

Il reconnaît que le procédé qui lui est propre présente un désavantage, c'est d'être presque *trop délicat*, les doigts appréciant le moindre mouvement : *that it is almost too delicate, the fingers appreciating the slightest traction.*

Pour ce qui est de la présence de la secousse trachéale sans qu'il existe d'affection de l'aorte, il dit avoir examiné 60 hommes et 57 femmes par les deux méthodes. Dans 28 p. 100 des femmes et 50 p. 100 des hommes, quelque degré de secousse trachéale fut reconnu. « Cette fréquence inattendue paraît diminuer la valeur diagnostique du signe, mais, en réalité, une grande majorité des cas étaient décrits comme douteux ou très légers, quelques-uns comme modérés, et trois seulement comme *marqués, et ceux-ci étaient les trois cas d'anévrysme.* Dans aucun des cas trouvés chez les femmes les secousses n'étaient prononcées, et dans plusieurs elles n'existaient qu'après l'exercice. »

Il relate à la suite un premier cas où le signe d'Oliver aida au diagnostic et au traitement, et un second cas où l'anévrysme fut soupçonné, mais ne put être correctement diagnostiqué, car ce signe n'était pas encore connu.

« A mon avis la valeur du signe d'Oliver n'est pas détruite par ce fait que l'on peut observer des degrés légers de secousse trachéale chez bon nombre d'individus sains.

Je suis donc convaincu de l'importance de la secousse trachéale dans le diagnostic de l'anévrysme de l'aorte et il ne faut pas négliger ce *moyen indirect de tâter le pouls de la crosse de l'aorte* (*indirectly feeling the pulse of the transverse aorta*). »

Pour ce qui est des petites oscillations, Ewart propose l'explication suivante :

« On n'a pas appelé l'attention sur ce point que la bronche gauche est en rapport plus intime avec l'artère pulmonaire gauche qu'avec l'aorte, puisque l'arc formé par l'artère pulmonaire gauche est plus court et moins courbe que l'arc formé par l'aorte. Peut-être la secousse légère

(1) Wm. Ewart. Remarks on tracheal tugging and its clinical value. *Brit. Med. Journ.*, 1892, march vol. I, 596.

observée chez des personnes saines aurait-elle pour origine la pulsation normale de l'artère pulmonaire. »

Mais Ewart reconnaît que les remarques précédentes ne sont que théoriques et en partie spéculatives, *partly speculative*.

REVUE DE LA PRESSE

Pelade récidivante. — M. J. D. Tsakiris a publié dans la *Médecine moderne* une observation intéressante de pelade récidivante, traitée et guérie par les scarifications, et la calotte : deux procédés fort usités en Turquie, où ils rendent des services quotidiens ; le premier est employé contre la pelade.

Voici en quoi il consiste : après avoir rasé soigneusement la place malade et les parties environnantes, on pratique avec le même rasoir, et sans lavage préalable, cela va sans dire, des scarifications superficielles distantes les unes des autres de quelques millimètres ; lorsque la région scarifiée est encore saignante, le patient subit l'épreuve de l' « ail » : on le frictionne vigoureusement avec un topique, où se combine l'ail de cuisine avec la poudre de guerre, le tout broyé ensemble et renfermé dans une toile solide et mince ; au moment de la friction, un liquide noirâtre suinte à travers la toile, et produit sur la place avivée une douleur cuisante ; pour rendre plus énergique encore ce topique, que l'on pourrait qualifier de martial, certains ajoutent du sel, voire même du poivre. Les douleurs du reste ne tardent pas à se calmer, et l'on recommence cette médication locale après la chute de l'eschare superficielle. On se borne parfois à appliquer sur la plaque pendant quelques heures, en cataplasme, des gousses d'ail broyées. Il est rare qu'une plaque de pelade ne cède, et cela sans accidents, à ce traitement aussi énergique que primitif.

Le second procédé est réservé à la teigne. La calotte est une spécialité de bonne femme dont la technique nécessite une initiation. Le cuir chevelu tout entier est rasé ; sur toute sa surface on étend une ou plusieurs couches de poix de Thasos ramollie, la consistance a ici une grande importance, la poix doit subir avant l'emploi certaines manipulations, dont les vieilles gardent professionnellement le secret. Aucun poil ne devra échapper au moment de l'arrachement. Sur la poix une forte toile ; garder le tout sans ôter un mois durant, puis arracher.

Cette médication héroïque reste maîtresse des teignes les plus rebelles..., sinon après la première, du moins après la seconde ou la troisième application. On éprouve pendant les dix derniers jours des démangeaisons très vives, le cuir chevelu est fortement congestionné et laisse suinter des liquides empreints d'une odeur goudronneuse très prononcée ; le jour de l'arrachement arrive enfin. On conçoit sans peine que c'est là l'épreuve la plus dure à subir. Malgré cela les patients s'y prêtent volontiers, et M. Tsakiris dit avoir vu des jeunes filles fort pusillanimes se soumettre sans répugnance à ce mode de traitement à deux et trois reprises. Il est vrai de dire qu'ici comme ailleurs c'est le premier pas qui coûte, et les douleurs que l'on éprouve au premier arrachement sont très atténuées aux autres. Règle générale, après la cessation du traitement les cheveux repoussent fins d'abord, puis luisants, épais, et plus foncés qu'auparavant.

De douze cas de guérison observés en Turquie, M. Tsakiris a tiré les conclusions suivantes :

1° Les scarifications suivies de frottements avec une substance irritante constituent un traitement efficace contre les pelades récentes et de peu d'étendue. La repousse a lieu du 30e au 60e jour. Ce traitement, très usité en Turquie, paraît agir surtout par révulsion ;

2° Le meilleur traitement des pelades multiples et anciennes nous paraît être la calotte. Elle agit comme obstruant, comme révulsif, comme épilant, et peut-être aussi comme antiseptique ;

3° Dans les pelades récentes, mais surtout dans les pelades anciennes, une bonne hygiène, une nourriture substantielle, un séjour au bord de la mer, ou dans une station thermale, constituent souvent la moitié du traitement. Le professeur Hardy et d'autres encore y ont insisté bien avant nous ;

4° L'épilation, très utile dans des cas peu graves, peut suppléer à la calotte ;

5° Tous les topiques sont bons, à la condition qu'ils soient appliqués sur une surface scarifiée, épilée, rasée ou amincie par un vésicatoire ;

6° On voit apparaître une pelade guérie depuis longtemps, sous l'influence d'une nourriture insuffisante, et des fatigues prolongées ;

7° Les pelades profitent largement pour s'étendre de la malpropreté et de toutes les affections générales débilitantes ;

8° Les corps gras appliqués comme topiques nous ont paru les moins recommandables ;

9° Le siphon au chlorure de méthyle mériterait d'être expérimenté sur une plus large échelle, comme révulsif surtout.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 mars 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Déchirure du rein. — M. G. MARCHANT, à l'occasion du travail de M. Tuffier, communique l'observation d'un homme de trente-sept ans, qui tomba d'une voiture sur le bord d'un trottoir. Le coup porta sur la région lombaire. Il y eut une lipothymie par suite d'une hémorragie interne. Le lendemain, rétention d'urine, cathétérisme, urine sanguinolente. Il y eut ainsi de l'hématurie pendant quarante-huit heures, puis les urines redevinrent claires. Le troisième jour, M. G. Marchant constate du péritonisme, des ecchymoses lombaires, tuméfaction avec tension et contracture des muscles de la paroi, ecchymoses le long du trajet inguinal, au niveau de la racine de la verge.

M. G. Marchant porte le diagnostic de déchirure du rein. Il fait une longue incision, comme pour une néphrotomie, trouve un vaste épanchement sanguin et le rein divisé en deux. Il enlève les deux portions rénales, fait un lavage et un pansement. Le malade a promptement guéri.

M. G. Marchant croit pouvoir conclure de ce fait que, dans ces cas, il ne faut pas attendre, pour intervenir, les phénomènes d'infection et qu'il faut faire une néphrectomie primitive.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES PLAIES PÉNÉTRANTES DU CRANE

M. POLAILLON rappelle que M. Poirier, alors qu'il le remplaçait à l'Hôtel-Dieu, a extrait avec succès une balle de revolver logée dans le cerveau. M. Polaillon imita cette conduite dans les deux cas suivants ;

Un jeune homme de seize ans reçoit une balle de revolver dans la tempe droite. Après quelques jours apparurent des signes de méningo-encéphalite. M. Polaillon trépane, recherche la balle, ne la trouve pas et le malade succombe.

A l'autopsie, il constate qu'il a fait une fausse route et que la balle siège en dehors du trajet d'exploration.

Dans le second cas, il s'agit d'un homme qui reçoit une balle de revolver dans la région frontale. Comme il est dans le coma, M. Polaillon trépane, introduit, avec les plus grandes précautions, une sonde flexible, traverse toute la masse du cerveau sans trouver la balle. Le malade meurt. A l'autopsie, on constate qu'on a fait une fausse route, et il est impossible de retrouver la balle.

Ces deux faits prouvent, de nouveau, les difficultés qu'on éprouve pour trouver et retirer les projectiles ayant pénétré dans le cerveau.

M. MONOD apporte de nouveaux faits à ajouter à ceux qu'il a déjà communiqués. En voici le résumé :

Dans deux cas, il s'agissait de plaies pénétrantes de la région temporale droite, suivies de coma. Chez le premier de ces malades, M. Monod incise la plaie superficielle, la désinfecte et ne va pas plus loin. Le malade meurt. Chez le second, il n'y eut aucune espèce d'intervention et le malade succomba. Dans un troisième cas, plaie pénétrante de l'orbite, cécité, pas de symptômes cérébraux, antisepsie de la plaie extérieure, pas d'autre intervention, guérison.

M. QUÉNU, à propos des faits de M. Polaillon, estime, contrairement à lui, que le coma est non pas une indication mais bien une contre-indication d'intervention. Dans les cas cités par M. Polaillon, il se serait donc abstenu.

M. RECLUS fait observer que le coma peut être causé par une hémorragie. Dans ces cas, en intervenant, on vide le foyer et on peut faire cesser le coma, celui-ci ne saurait donc être toujours considéré comme une contre-indication.

M. POLAILLON se rattache à l'opinion de M. Reclus. Il n'a pas dit, d'ailleurs, que le coma fût toujours, pour lui, une indication formelle d'intervenir.

M. DELORME fait observer que les hémorragies sont généralement plus rares dans les plaies pénétrantes par coup de feu que dans les fractures. Le coma peut être dû aussi à un abcès intra-cérébral. Dans ces cas, l'intervention peut rendre les plus grands services. La théorie de M. Quénu ne doit donc pas être appliquée d'une façon générale.

M. VERNEUIL pense que le coma ne doit pas être considéré comme une contre-indication pour les interventionnistes. Il n'a pas, d'ailleurs, toujours la gravité qu'on lui prête. Dans un cas, il l'a vu persister pendant deux jours et le malade a guéri sans aucune intervention.

COMMUNICATION

Manuel opératoire de l'exothyropexie. — M. PONCET (de Lyon) fait une communication sur ce sujet.

Il est des goîtres qui rétrocèdent quelquefois à la suite d'une simple incision, sur la ligne médiane, des tissus superficiels et des plans musculaires.

D'autres fois, le goître peut diminuer après l'extraction d'un seul lobe. Mais dans bien des cas, ces moyens sont insuffisants, il faut alors recourir à l'exothyropexie. Voici le manuel opératoire :

Incision médiane allant du cartilage cricoïde à la fourchette sternale; compression des parties molles, à la partie inférieure du cou, pour faire saillir la veine jugulaire antérieure de façon à pouvoir l'éviter : on récline la veine ou on la pince. Puis on incise l'aponévrose sur la ligne médiane. On quitte alors le bistouri. Avec les doigts, on élargit l'incision médiane; on récline les muscles; puis, toujours avec les doigts, on dénude et on isole le goître. On arrive aux lobes latéraux ; s'ils sont trop volumineux pour être attirés au dehors par la simple incision médiane, on sectionne peau et muscles transversalement. On énuclée les lobes latéraux de leur loge, successivement l'un après l'autre, les doigts agissant sur les bords des lobes. Il faut éviter de se rapprocher, avec les doigts pendant la luxation, des cornes supérieure ou inférieure des lobes. Il ne faut pas glisser non plus les doigts derrière les lobes pour les attirer au dehors, car on risquerait de blesser des vaisseaux. Il faut simplement agir sur les bords des lobes.

Dans les cas d'hypertrophie du lobe médian, même incision des plans superficiels. Puis les doigts vont de chaque côté du lobe médian et l'attirent au dehors sans passer derrière lui.

En résumé, l'opération doit se faire à sec, sans hémorragie. Il faut toujours rester dans le tissu cellulaire préthyroïdien, en dehors de la capsule de la glande.

Grâce à la luxation du corps thyroïde, il se fait un étranglement des lobes par l'incision cutanée médiane; ils s'atrophient et se dessèchent. Le pansement se fait à la gaze stérilisée simple. On enlève les bandelettes de gaze interposées entre la peau et le corps thyroïde le quatrième jour et on ne les remet plus.

Dans les goîtres kystiques anciens, l'exothyropexie ne rend pas les mêmes services que dans les goîtres charnus.

Dans les goîtres parenchymateux, les résultats de l'exothyropexie sont excellents; de même dans les goîtres vasculaires.

Quelquefois l'exothyropexie devient une opération d'urgence ; dans les cas, par exemple, de goîtres plongeants, elle supprime les accidents dyspnéiques.

M. PEYROT dit qu'il est des cas de goîtres parenchymateux qu'on peut facilement énucléer.

M. PONCET désigne sous le nom de goîtres kystiques tous les goîtres encapsulés, que leur contenu soit liquide ou solide.

M. TILLAUX a fait, il y a très longtemps, la distinction suivante entre les différents goîtres. Il existe pratiquement deux espèces de goîtres : le goître proprement dit qui est l'hypertrophie du corps thyroïde ; et les tumeurs intra-thyroïdiennes, kystiques ou non, faciles à énucléer. Les vaisseaux, dans cette seconde forme, sont rejetés de côté; et après l'énucléation du goître, il ne survient pas de myxœdème.

PRÉSENTATION DE MALADE

M. DELORME présente un homme qui eut une entorse du genou il y a deux ans. Il existe du trouble fonctionnel. Lorsque le malade marche et que la jambe est en extension, la jambe se déclanche en quelque sorte et l'extension du membre s'accuse davantage.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que notre excellent ami le docteur Passant vient d'être nommé commandeur de l'ordre impérial du dragon d'Annam.

— Dimanche a eu lieu l'inauguration de l'Asile des vieillards de la Tronche, créé par la ville et les hospices de Grenoble. M. le docteur Girard, président des hospices de Grenoble, a reçu, à cette occasion, la croix de la Légion d'honneur.

— M. le docteur Taulier a été élu hier sénateur de Vaucluse.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE........3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La séance a été remplie par deux rapports sur des questions intéressantes de chirurgie et sur deux opérations nouvelles.

M. Verneuil a analysé deux observations présentées par M. A. Ricard et relatives à des cas de luxations récidivantes de l'épaule rebelles à tous les moyens orthopédiques, qu'il a guéries par une opération nouvelle consistant à découvrir la solution de continuité et à en suturer les bords. Cette opération a donné deux guérisons parfaites. Elle est donc appelée, en pareil cas, à rendre de grands services. M. Verneuil a insisté sur ce fait que M. Ricard n'a pas craint d'immobiliser le membre pendant un temps très long, sans qu'il en soit résulté la moindre raideur articulaire.

Il s'agit encore d'une opération nouvelle dans le travail de M. Bazy qu'a analysé M. Tillaux. Cette opération, c'est l'uretéro-cysto-néostomie, c'est-à-dire l'abouchement de l'uretère divisé à une ouverture nouvelle pratiquée dans la vessie. Nous avons déjà publié un résumé du travail de M. Bazy (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1242).

Au début de la séance, l'Académie a élu MM. Dezanneau (d'Angers) et Hergott (de Nancy) membres correspondants nationaux dans la deuxième division.

L'ENTÉROPTOSE

Par Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux.

I

M. A. Monteuuis (de Dunkerque) vient de publier un volume qui a pour titre : « Les déséquilibrés du ventre », et pour sous-titre : « L'entéroptose ou maladie de Fr. Glénard » (1).

L'exposé qu'il en fait, bien qu'un peu enthousiaste à notre sens, est très clair : la conviction de l'auteur est toujours une bonne condition pour que la lecture du travail soit agréable. Nous ne voulons pas analyser ici ce livre; nous nous contenterons de le signaler à ceux qui voudraient se mettre au courant de cette question de l'entéroptose. Sa publication, une récente discussion survenue à la Société médicale des hôpitaux à propos d'une communication que nous y avions faite sur le rein mobile chez la femme et ses rapports avec la dyspepsie, nous fournissent l'occasion de dire ici ce qu'on doit retenir, à notre sens, des idées défendues par M. Fr. Glénard et par les auteurs qui acceptent sa façon de voir dans son intégrité.

Si nos lecteurs veulent se reporter à une revue de M. Cuilleret qui a paru, en 1888, dans la *Gazette des hôpitaux*, ils y trouveront un exposé de l'entéroptose, telle que la concevait et que la conçoit encore son inventeur; nous voulons surtout faire la critique de la doctrine beaucoup plus que de l'entéroptose elle-même, sans parti pris du reste. En effet, nous pensons que M. Glénard a rendu un réel service en signalant la fréquence des ptoses abdominales et leur rôle possible dans la pathogénie de certaines manifestations locales ou générales. S'il paraît en avoir exagéré l'importance et la fréquence, il n'en reste pas moins qu'il a ouvert un chapitre nouveau de pathologie; il a renouvelé l'histoire du rein mobile que l'on considérait autrefois comme une rareté et que l'on trouve maintenant, quand on le cherche systématiquement, une fois sur cinq ou six femmes au moins prises au hasard; il a montré l'importance de la chute du paquet gastro-intestinal et du relâchement des parois musculaires de l'abdomen; il a insisté sur la fréquence de certains symptômes fort intéressants, même en dehors de toute théorie ptosique, la contracture, le resserrement spasmodique du gros intestin, par exemple. C'est là, en tout cas, une œuvre digne de considération.

Rappelons sommairement en quoi consiste l'entéroptose.

En vertu, soit du relâchement des muscles larges de la paroi abdominale, soit du resserrement spasmodique du gros intestin qui le rend plus dense et plus pesant, puisqu'il se vide de gaz en se contractant, le gros intestin tend à tomber en tirant sur les replis péritonéaux qui le fixent à la colonne vertébrale. Le coude droit le plus mobile, le plus sujet à la chute, à la *ptose*, tire sur l'estomac au voisinage du pylore, et tend à abaisser secondairement cet organe; il tire aussi, par l'intermédiaire de l'estomac, sur le petit épiploon gastro-hépatique et sur le foie; de là l'hépatoptose possible. Le rein est entraîné de la même façon; en somme, cela peut aboutir à l'abaissement de la masse des viscères

(1) 1 vol. de la Biblioth. méd. variée. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

contenue dans le ventre. Cette ptose plus ou moins généralisée se trouve favorisée par le relâchement des tissus que présentent certaines personnes, en vertu d'un véritable état diathésique, congénital et acquis.

Ce déplacement des organes amènerait des troubles fonctionnels et subjectifs de divers ordre, en vertu de la diminution de la tension abdominale, du tiraillement sur les replis péritonéaux, sur le mésentère, et des obstacles mécaniques opposés çà et là à la progression du contenu intestinal. Le tiraillement sur les filets nerveux, le malaise abdominal et les troubles de digestion et de nutrition amèneraient à leur tour des phénomènes généraux plus ou moins accentués : du nervosisme, une véritable tendance à la cachexie, à une cachexie d'allures neurasthéniques.

Comment donc se diagnostique l'entéroptose? Par des signes objectifs et des signes subjectifs.

Comme signes objectifs, on signale le relâchement des parois abdominales, le ventre peut être tombant d'une façon plus ou moins évidente, l'aplatissement de la région épigastrique au niveau de laquelle on sent et quelquefois voit battre l'aorte, la néphroptose, l'hépatoptose, le boudin cæcal, la corde colique. Ces deux derniers phénomènes trahiraient, à la palpation, le resserrement du gros intestin; un auteur allemand, Ewald, a prétendu que la sensation désignée par le terme de corde colique serait produite, en réalité, par le pancréas, que l'on pourrait sentir chez les individus amaigris dont la partie supérieure de l'abdomen est fortement déprimée. Cette opinion n'est pas acceptée généralement, et, pour notre part, nous sommes convaincu que c'est bien le côlon transverse rétracté qui donne la sensation de la corde colique transverse, le boudin cæcal représentant la corde colique ascendante.

Le signe de la sangle peut être aussi considéré comme un signe objectif, comme un signe physique. Lorsqu'on se place derrière le malade, qu'on embrasse son buste entre les deux bras et qu'avec les deux mains placées à la partie inférieure du ventre, au-dessus du pubis, on soulève l'abdomen en haut et en arrière, on produit souvent une sensation de bien-être et d'allègement : c'est qu'on a momentanément supprimé le tiraillement produit par les viscères tombant sur les mésentères et les plexus mésentériques.

Quant aux signes subjectifs, ils comprendraient, d'après M. Fr. Glénard, plusieurs catégories de sensations anormales. On peut rencontrer chez les entéroptosés :

1° Des phénomènes asthéniques (faiblesse générale, faiblesse des reins, d'estomac);

2° Des phénomènes mésogastriques, attribuables au tiraillement de l'intestin sur ses ligaments mésentériques (sensation de tiraillement, de poids, de creux, de vide, de fausse faim);

3° Des phénomènes gastriques ou choméliens, comme les appelle M. Glénard en l'honneur de Chomel qui les a bien décrits (flatulence, symptômes vaporeux, douleurs, aigreurs, brûlures, vomissements, serrements, crampes);

4° Des phénomènes névrosiformes (insomnie, irritabilité, mélancolie, impuissance, vertiges, céphalalgie, palpitations, bourdonnements, névralgies, crises, etc.).

Il faut tenir compte de plus d'un certain nombre de manifestations auxquelles M. Glénard attribue une grande importance au point de vue du diagnostic de l'entéroptose. Ce seraient des signes subjectifs susceptibles de se produire avant la constatation possible des signes physiques :

1° Apparition ou exacerbation des douleurs et des malaises vers trois heures du soir;

2° Réveil vers deux heures du matin avec ou sans malaise;

3° Aggravation des malaises par l'ingestion de certains aliments (en première ligne la graisse, les féculents, le lait, le vin).

M. Glénard accorde une grande importance à la façon dont apparaissent les accidents de dyspepsie provoqués par certains aliments; il voit dans l'existence de cette série un élément important de diagnostic; il y voit aussi une indication précise au point de vue du traitement diététique.

4° Irrégularité et insuffisance des selles.

Il convient de dire que M. Glénard n'attribue pas toutes ces manifestations, sans exception, à l'entéroptose. En effet, pour lui :

1° Les symptômes choméliens sont des symptômes de l'atonie gastrique;

2° Les symptômes neurasthéniques sont des symptômes de la diminution de la tension abdominale;

3° Les symptômes vaporeux sont des symptômes dus à la compression du corset : ils appartiennent donc exclusivement à la dyspepsie féminine;

4° Les symptômes mésogastriques sont des symptômes d'entéroptose.

On voit donc, en somme, que, pour M. Glénard, les signes de l'entéroptose sont en dehors des signes physiques et du signe fourni par l'épreuve de la sangle : les symptômes qu'il qualifie de neurasthéniques, les symptômes mésogastriques, le malaise tardif après le repas, le réveil vers deux heures du matin avec ou sans malaise et une intolérance particulière pour une série d'aliments.

M. Glénard se défend d'avoir voulu donner, en proposant sa conception de l'entéroptose, une théorie générale susceptible d'expliquer l'ensemble des faits catalogués par d'autres auteurs sous des titres différents et diagnostiqués : neurasthénie, dilatation de l'estomac, dyspepsie. Il est facile de voir cependant que fort peu de ces faits peuvent échapper à l'étiquette entéroptose, si l'on se contente, pour reconnaître cette entéroptose, de constater l'une ou l'autre des catégories de symptômes que nous venons d'énumérer.

Une dernière remarque, si M. F. Glénard donne place à la néphroptose dans le cadre de d'entéroptose, l'abaissement et la mobilisation du rein n'auraient cependant aucun signe subjectif particulier, en dehors, sans doute, de l'étranglement rénal. Les accidents attribués déjà par certains auteurs et par nous récemment, à la mobilité du rein seraient attribuables d'une façon générale à l'entéroptose (1).

Telle est, aussi brièvement exposée que possible, dans ses grandes lignes, la conception de M. Glénard. On peut très bien accepter la réalité de l'entéroptose, sans accepter ce système dans son ensemble. Sans doute, l'entéroptose existe réellement et elle mérite qu'on la prenne en considération. Mais nous pensons que certains auteurs la diagnostiquent avec une facilité trop grande et lui attribuent ainsi une fréquence qu'elle n'a pas. Nul doute encore qu'elle ne soit quelquefois un phénomène secondaire, intéressant sans doute mais surajouté dans des cas où ces mêmes auteurs la considèrent comme le fait initial.

(1) Soc. méd. des hôpitaux, décembre 1893.

C'est une cause d'aggravation de la maladie principale plus que la maladie elle-même.

C'est ce que nous chercherons à démontrer dans la seconde partie de cette étude.

LES SECOUSSES TRACHÉALES DANS L'ANÉVRYSME DE L'AORTE (1)

Par M. le docteur MARTIN-DURR, ancien interne des hôpitaux de Paris.

IV

ITALIE

Nous retrouvons la question des secousses trachéales dans l'anévrysme de l'aorte étudiée dès 1879 en Italie.

Cardarelli (2) fit paraître en 1879, dans *Il Movimento medico-chirurgico*, un mémoire où il appelle l'attention sur la pulsation du tube laryngo-trachéal comme signe de certains anévrysmes de la crosse de l'aorte.

Il donne le résumé de cinq observations.

I. Le premier malade a été vu avec le professeur Pellachia. Il était aphone et l'on constatait chez lui *une légère pulsation communiquée au tube laryngo-trachéal*.

L'autopsie montre un anévrysme de la crosse de l'aorte.

II. La deuxième observation a trait à un prêtre devenu subitement aphone, et chez qui Cardarelli constata de même une légère pulsation communiquée au tube laryngo-trachéal.

III. La troisième observation relate l'histoire d'un homme aphone, chez qui Cardarelli constate que *le tube laryngo-trachéal est secoué par une impulsion rythmique très nette*.

Le malade fut revu plus tard, à un moment où le diagnostic n'était plus douteux, l'anévrysme ayant usé le sternum.

IV. Chez le quatrième malade, la pulsation trachéale n'était pas seulement sensible en appliquant le doigt latéralement au tube laryngo-trachéal, mais encore si l'on maintenait manifestement le cartilage thyroïde, celui-ci, à chaque pulsation artérielle, était porté vers la droite, de sorte que, le malade ayant le cou long et maigre et la pomme d'Adam assez proéminente, si l'on prenait celle-ci entre les doigts, on pouvait compter exactement les pulsations artérielles (*si potevano numerare esattamente le pulsazioni arteriose*).

Le médecin du malade confirma plus tard la présence d'un anévrysme aortique.

V. La cinquième observation a trait à un homme aphone et tourmenté de toux spasmodique. On constata chez lui une pulsation manifeste de la trachée, que l'on sentait en appliquant la pulpe du doigt *sur le côté droit de cette trachée*, spécialement si l'on employait quelque force. La même opération pratiquée sur le côté gauche du tube trachéal *ne permettait pas* de sentir la pulsation aussi manifestement.

De ces cinq observations, Cardarelli pose les conclusions suivantes.

La pulsation laryngo-trachéale mérite une très grande importance, non seulement parce qu'elle peut être observée dans les anévrysmes de volume assez circonscrit, mais parce qu'elle ne peut être observée dans les tumeurs d'autre nature.

Cette seconde partie de sa conclusion a été vérifiée par lui, dit-il, chez un grand nombre de malades et de gens sains. Il n'a trouvé de légère impulsion que chez un malade atteint d'athérome aortique avec accès intermittents d'angor pectoris (ce malade a été vu par lui avec Grassi de Mugnano).

Six ans après, un élève de Cardarelli, Lagana (1), publia un nouveau cas d'anévrysme de la crosse de l'aorte, où l'existence de la secousse trachéale lui permit de poser le diagnostic.

Le résumé de l'observation est le suivant :

Ingénieur, cinquante-trois ans, de bonne santé, si ce n'est quelques attaques légères de rhumatisme. A eu plusieurs blennorragies et un chancre induré, qui a été considéré comme syphilitique, mais n'a jamais été suivi d'accidents secondaires ni tertiaires.

Vu pour la première fois en novembre 1882 : son unique tourment est une toux fréquente, un peu quinteuse, avec une expectoration muco-purulente peu abondante et difficile. L'examen thoracique montre un athérome de l'aorte avec hypertrophie du ventricule gauche et une bronchite diffuse chronique.

En décembre, diminution rapide de l'intensité de la voix, phénomène qui fait appeler en consultation le professeur Cardarelli. Celui-ci appelle l'attention sur la possibilité de l'anévrysme de l'arc aortique. La percussion et l'auscultation thoraciques ne donnent pas de signes certains. Il n'existe pas de modification du pouls artériel, pas de modification de la pupille.

Avec une observation attentive de la région trachéale (ultima ratio), nous pûmes nous rendre compte que le *tube laryngo-trachéal présentait une impulsion rythmique à peine sensible*, mais qui certainement n'était pas transmise à la trachée par les artères du cou, mais provenait de l'intérieur du thorax. Cette impulsion se sentait plus facilement si l'on appliquait avec quelque force le doigt latéralement sur le *côté gauche* de la trachée. Elle n'était pas bien sensible, si l'on appliquait le doigt sur le côté droit.

Avec Cardarelli, Lagana conclut à l'existence d'un anévrysme de la paroi postérieure de la crosse de l'aorte.

D'après lui, les signes d'un anévrysme occupant la *concavité* de l'arc aortique (*partie postéro-inférieure*) sont au nombre de trois :

1° Les phénomènes de compression du récurrent ou de la partie du pneumogastrique qui est supérieure à l'origine du laryngé inférieur.

2° Les signes de compression de l'œsophage et des bronches.

3° La pulsation du tube laryngo-trachéal.

Son travail se termine par les conclusions suivantes :

1° La pulsation du tube laryngo-trachéal est un signe important dans le diagnostic de l'anévrysme de la portion postéro-inférieure de l'arc aortique.

2° Si cette pulsation peut exister (bien que pas toujours), dans de simples cas d'athérome ou de dilatation aortique avec une simple lésion des valvules semi-lunaires, cependant elle est un signe pathognomonique d'anévrysme, lorsqu'elle accompagne les phénomènes de tiraillement ou de compression du laryngé inférieur.

3° Dans ces anévrysmes, les phénomènes nerveux et la pulsation du tube laryngo-trachéal ne peuvent exister sé-

---

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 359.

(2) A. CARDARELLI. Sulla pulsazione del tubo laringo-tracheale come segno di certi aneurismi dell' arco aortico. *Il Movimento med.-chir.*, 1879, p. 223 à 229.

(1) LAGANA. Un caso d'aneurisma della parete posteriore dell' arco dell' aorta, *Il Movimento med.-chir.*, 1885, p. 12 à 20.

parément, et l'un et l'autre ont toujours un développement contemporain.

(Comme on le verra plus loin, nous faisons des réserves au sujet de cette dernière conclusion.)

REVUE DE LA PRESSE

Ruptures de la vessie. — M. le médecin-major de 2e classe Sieur vient d'étudier, dans les « Archives de médecine », le traitement chirurgical des ruptures traumatiques de la vessie.

« L'intervention, dit-il, est le seul mode de traitement des ruptures de la vessie. — Pour être curative, cette intervention devra être hâtive, surtout si la rupture est intra-péritonéale ou s'il existe une fracture du bassin. — Si la rupture est intra-péritonéale, la laparotomie sera médiane et aura pour but la suture hermétique de la vessie, et, s'il y a lieu, le drainage de la cavité abdominale. — Si la rupture est extra-péritonéale, on aura le choix entre l'incision médiane de la taille hypogastrique, l'incision de Trendelenburg, le procédé d'Helferich et la symphyséotomie. En cas de doute sur le siège de la rupture, le mieux sera de commencer par l'incision verticale. — Dans tous les cas, on devra, autant que possible, respecter le péritoine. L'ouverture de cette séreuse ne sera permise que si l'on a des doutes au sujet de l'intégrité des viscères abdominaux, même dans la variété extra-péritonéale, la suture de la vessie devra toujours être tentée et préférée au drainage. On devra se contenter, pour drainer, de la voie hypogastrique et n'inciser le périnée que dans le cas d'infiltration urineuse ou de lésions siégeant au voisinage du col. Si l'on ne peut employer la suture, on drainera la vessie à l'aide de tubes-siphons et d'une sonde maintenue à demeure. L'usage de cette dernière devra, dans tous les cas, être préféré au cathétérisme. »

Néphrites aiguës. — « On peut observer, dit, dans le « Lyon médical », M. Humbert Mollière, des néphrites aiguës et chroniques dans le cours des maladies du foie, mais la néphrite aiguë paraît être de beaucoup la plus rare. Elles ont vraisemblablement pour cause l'action irritative des produits toxiques du sang qui, n'étant plus arrêtés et détruits par le foie, traversent nécessairement les reins. — Il est possible d'expliquer rationnellement, par un mécanisme dépendant de lésions partielles du foie, la genèse de véritables maladies de Bright en dehors de toute autre donnée étiologique, et sur ce point l'attention doit être fixée désormais. »

Corps étranger de l'œsophage. — M. Cahier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, publie, dans les « Archives de médecine et de pharmacie militaires », une observation d'œsophagotomie externe pratiquée chez un homme qui, pendant son sommeil, avait avalé son dentier.

« Pour conclure, dit-il, nous pensons que la conduite à suivre en présence d'un corps étranger anguleux de l'œsophage est la suivante :

1° Pratiquer sans délai l'œsophagotomie externe, si une prudente tentative d'extraction par les voies naturelles est suivie d'échec, ce qui est habituel ;

2° Suturer la plaie du conduit, si le chirurgien n'a aucun doute sur l'intégrité des tuniques ; y renoncer si des tractions violentes ont été exercées ;

3° Dans ce dernier cas, établir un drainage soigneux au moyen d'un tube introduit dans l'œsophage, par la plaie opératoire, à une profondeur de 5 à 6 centimètres seulement, et réserver le pronostic devant la famille, en raison des déchirures probables des tuniques œsophagiennes et de la possibilité d'une issue funeste, dont l'opération ne doit pas être rendue responsable ;

4° Que l'on suture ou non, faire, avant de procéder au pansement de la plaie opératoire, un bon lavage de l'estomac par la méthode du siphon, et faire nettoyer la bouche plusieurs fois par jour au moyen de gargarismes antiseptiques.

5° Soutenir l'opéré dans les premiers jours par des lavements peptonisés ou des injections sous-cutanées d'huile d'olive aseptisée. »

PHARMACOLOGIE

Le proto-iodure de fer ; sa préparation ; ses indications ; son emploi dans l'anémie, le lymphatisme, la scrofule, la syphilis, etc.

Par M. le docteur X. Delmis.

Le proto-iodure de fer occupe un des premiers rangs parmi les préparations ferrugineuses. Tous les auteurs reconnaissent son efficacité. MM. Dieulafoy (1), Luzet (2) le citent comme le meilleur des anti-chlorotiques. Aussi il nous a semblé que ce médicament méritait une étude spéciale.

Le proto-iodure de fer est un protosel, c'est-à-dire que, pour un poids égal, il contient le maximum de substance active, qui, ici, est le fer. Il se présente en paillettes verdâtres solubles dans l'eau.

Sa préparation est très délicate. C'est d'elle que dépendent la pureté du sel et son inaltérabilité. Le mode vulgaire de préparation, celui qui est en usage dans les officines pharmaceutiques, est le suivant : on verse de l'iode sur de la limaille de fer plongée dans l'eau, on laisse le fer se dissoudre en partie, on filtre, on ajoute ensuite le sirop destiné à empêcher le mélange ainsi obtenu de s'altérer. Les pilules sont obtenues par un procédé aussi rudimentaire. Il nous a paru nécessaire de protester contre une telle manière de faire.

Il arrive de cette façon que les malades absorbent au lieu du proto-iodure que le médecin ordonne un mélange où l'on trouve, en outre, de l'iode en excès, des iodates dus à l'oxydation de l'iode pendant la longue réaction que ce procédé nécessite et des oxydes de fer plus ou moins indigestes et irritants. Aussi nous nous associons pleinement à ce que nous lisons dans Hayem : « Lorsque dans certains cas, après avoir essayé nombre de préparations martiales, sans obtenir de résultats, on déclare, de guerre lasse, l'inutilité du fer, c'est qu'on a passé à côté de la bonne préparation, de sorte que le cas prétendu incurable par le fer peut être guéri en quelques semaines, par un autre médecin faisant appel à une préparation ferrugineuse non encore utilisée (3). »

Cette difficulté d'obtenir le proto-iodure de fer à l'état pur et de le conserver inaltéré, oblige à recourir à des modes spéciaux de préparation, et c'est surtout pour ce médicament qu'il est nécessaire de recourir à une spécialité. Pour notre part, nous nous sommes bien trouvés de suivre les indications des auteurs du *Dictionnaire Jaccoud* (4) qui recommandent le sirop et les dragées de proto-iodure de fer de Gille, qui constituent la plus ancienne et aussi la plus parfaite de ces préparations.

(1) Dieulafoy. *Manuel de pathologie interne*, t. II, p. 127.
(2) Luzet. *La chlorose* (Bibl. Charcot-Debove), Paris 1892, p. 206.
(3) Hayem. *Le sang*, p. 702.
(4) Barallier. *Dict. Jaccoud*, art. Iode, t. XIX, p. 382. — Hirtz. *Idem* art. Fer, t. XV, p. 589.

Le proto-iodure de fer agit à la fois par son fer et par son iode. Nous allons étudier successivement les indications qui résultent de la présence du fer et celles qui résultent de l'action de l'iode.

Par son fer, le proto-iodure constitue un remède actif contre toutes les causes d'affaiblissement et d'altération du sang. Contre la chlorose, qui est, pour ainsi dire, la maladie primitive du globule sanguin, il peut être considéré comme un remède vraiment spécifique. Contre les anémies secondaires, il a encore une action des plus bienfaisantes. C'est ainsi qu'on l'emploiera utilement contre l'anémie qui résulte des grandes hémorragies, contre celle qui suit les intoxications par l'oxyde de carbone, l'hydrogène sulfuré, ou le phosphore, contre celle qui est consécutive aux grandes maladies fébriles comme chez les convalescents de fièvre typhoïde, de pneumonie, de scarlatine, etc., contre l'anémie des cancéreux, contre l'anémie de l'infection paludéenne, et contre celle de la maladie syphilitique. Dans tous ces cas, il aidera puissamment à la reconstitution de globules nouveaux et, par suite, augmentera la richesse du sang.

L'iode de son côté trouve son indication dans des maladies diverses : le lymphatisme, la scrofule, la tuberculose; les goîtres, simple ou exophtalmique; enfin, il n'est pas moins indiqué que le fer, dans la syphilis, en sorte, que l'on a pu annoncer avec raison que l'iodure de fer était destiné à détruire l'iodure de potassium dans le traitement de la syphilis, puisque, au point de vue iode, il est aussi actif que lui, et puisqu'il y ajoute l'action du fer. Citons à ce point de vue l'opinion de Gubler : « L'iodure de fer a une grande utilité par l'action résolutive de l'iode; on l'utilisera avec avantage chez les scrofuleux, les syphilitiques (1). »

En terminant, il n'est pas inutile de faire remarquer que le proto-iodure de fer échappe au reproche que l'on a fait si souvent aux autres préparations ferrugineuses de n'être pas digérées, ni assimilées. Tandis que les autres ferrugineux colorent les selles en noir, et s'y retrouvent en partie, le proto-iodure de fer ne colore pas les selles et ne s'y retrouve pas. Les mémorables expériences de Claude Bernard (2) ont démontré qu'il imprégnait toute l'économie et se retrouvait dans la plupart des liquides physiologiques, sueur, salive, mucus broncho-pulmonaire, lait. Il ne provoque, en outre, lorsqu'il est préparé dans les conditions convenables que nous avons indiquées, aucun trouble digestif, et doit être préféré à tout autre ferrugineux.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 avril 1894. — Présidence de M. Rochard.

RAPPORTS

Luxations récidivantes de l'épaule. — M. Verneuil fait un rapport sur deux observations de luxation récidivante de l'épaule que M. Ricard a guérie par une opération nouvelle. (Sera publié.)

Uretéro-cysto-néostomie. — M. Tillaux fait un rapport sur un travail de M. Bazy relatif à une opération nouvelle destinée à remédier aux fistules uretérales et que M. Bazy désigne sous le nom de uretéro-cysto-néostomie.

Les fistules uretérales, dit M. Tillaux, sont graves et peuvent aller jusqu'à nécessiter la néphrectomie. Elles deviendront plus fréquentes à mesure que nous pratiquerons davantage l'hystérectomie vaginale. C'est, en effet, au cours de cette opération qu'il peut arriver au chirurgien de pincer ou de couper un uretère. C'est dans deux cas de ce genre que M. Bazy a eu l'idée de recourir à une opération consistant à aboucher à la vessie le bout supérieur de l'uretère coupé.

Lorsque, dans le cours d'une hystérectomie vaginale, l'opérateur a sectionné ou pincé un uretère, le bout supérieur de celui-ci s'abouche par cicatrisation au vagin et les malades perdent alors leurs urines par le vagin, comme dans les cas de fistules vésico-vaginales. Il s'est formé, en un mot, une fistule uretéro-vaginale. On a déjà cherché à remédier à ces fistules par plusieurs opérations, soit par la néphrectomie, soit par un abouchement de l'uretère au côlon, ainsi que l'a pratiqué M. Chaput. Cette dernière opération ne donne pas un résultat bien satisfaisant. M. Bazy s'est alors proposé de rétablir l'état physiologique, c'est-à-dire de replacer l'uretère dans la vessie, sans chercher à le replacer au niveau de l'orifice ancien et normal, mais bien par un abouchement en un point quelconque de la vessie, d'où le nom d'uretéro-cysto-néo-cystotomie, c'est-à-dire communication nouvelle de l'uretère avec la vessie. Voici comment M. Bazy pratique cette opération : Il fait une laparotomie, cherche le bout supérieur de l'uretère généralement dilaté, dans ces cas, et assez facile à trouver. Cela fait, il introduit dans la vessie un troquart mousse, à l'aide de ce troquart, fait saillir le fond de la vessie dans la plaie, ouvre celle-ci dans le point le plus voisin de l'uretère, introduit une sonde uréthrale à travers la vessie, sonde sur laquelle il coiffe l'uretère et suture ainsi celui-ci à la vessie.

M. Bazy a pratiqué deux fois cette opération et a guéri ses deux malades.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Études de chirurgie infantile. Les hernies inguinales de l'enfance (1), par le docteur G. Félizet.

M. Félizet s'est donné pour but de montrer que ces hernies de l'enfance présentent des lésions anatomiques et des caractères cliniques qui leur sont propres.

La première partie de l'ouvrage est tout entière consacrée à cette démonstration : anatomie, physiologie pathologique, anatomie pathologique, c'est-à-dire étude des piliers, du trajet herniaire, du cordon, des différentes variétés présentées par le sac et par son contenu. Symptômes, accidents, marche, diagnostic exact et précis, tels sont les différents chapitres minutieusement passés en revue par l'auteur.

La deuxième partie est revêtue d'un cachet plus personnel encore. M. Félizet y est vraiment lui, il décrit ce qu'il a vu, chaque jour, et nous fait connaître le fruit de son expérience déjà grande. De suite, il entre dans la discussion du point fort délicat de la thérapeutique. Faut-il traiter toutes les hernies de l'enfance par le bandage et convient-il de réserver à l'âge adulte seul les bénéfices de la cure radicale? La réponse n'est pas douteuse et M. Félizet l'a résolue en véritable clinicien. Le même traitement ne saurait convenir à toutes les hernies, il en est qu'il faut opérer; il en est d'autres qu'il faut traiter par l'application prolongée et méthodique d'un bon bandage. Mais quel doit être ce bandage, quelles conditions doit-il remplir. Comment convient-il de le choisir, et, une fois choisi, comment faut-il l'appliquer? Toutes ces questions, d'une incontes-

(1) Gubler. *Thérapeutique*, p. 49.

(2) Cl. Bernard. *Leçons du Collège de France*, leçon du 17 fév. 1852.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

table utilité pratique, sont étudiées avec la plus grande compétence.

Les indications et les contre-indications de l'opération radicale sont ensuite passées en revue. Une fois l'opération décidée, quelle technique convient-il d'employer? M. Félizet nous dirige dans le choix des instruments, nous guide dans la préparation du malade et nous fait connaître, avec de minutieux détails, les différents temps de l'opération, telle qu'il la comprend, la décrit dans les cas simples, dans les cas compliqués soit d'adhérences, soit d'ectopie testiculaire, il suit son malade non seulement dans la période post-opératoire immédiate, mais il décrit longuement le traitement consécutif, indispensable pour obtenir une réussite durable.

Et prêchant aussitôt d'exemple, le chirurgien de l'hôpital Tenon publie les résultats définitifs, tirés de sa pratique. Le lecteur a ainsi, sous les yeux, les faits à côté de la théorie, il peut par lui-même apprécier et se rendre compte de l'excellence des descriptions contenues dans cet ouvrage intéressant, instructif et qui, jusqu'ici, est le seul consacré à ce point spécial de la chirurgie infantile.

Chirurgie du rein et de l'uretère (1), par le docteur Legueu.

Ce petit livre, de la bibliothèque médicale publiée sous la direction de MM. Charcot et Debove, a été écrit par un des élèves les plus distingués du professeur de l'École de Necker. L'auteur y montre l'étroite parenté qui rend inséparables la chirurgie du rein et celle de l'uretère.

Dans une première partie, il étudie la médecine opératoire, la technique des différentes opérations. Dans la seconde, sont discutées et critiquées les applications relatives de ces opérations dans les différentes affections du rein et de son conduit excréteur.

Ce livre, assez complet malgré ses limites restreintes, est le reflet des idées et des doctrines du professeur Guyon.

Coxalgie tuberculeuse et son traitement (2), par Ménard (de l'hôpital de Berck-sur-Mer).

C'est l'étude complète de la coxalgie, faite par un chirurgien, que sa spécialisation met journellement aux prises avec cette grave lésion de l'articulation de la hanche. C'est dire avec quelle exactitude sont faites les descriptions cliniques et avec quelle compétence sont discutées les diverses méthodes de traitement, suivant les différentes périodes et les variétés de l'affection.

L'auteur a su être clair et précis, dans l'étude d'une maladie dont les livres classiques ont souvent donné une description quelque peu obscure et toujours incomplète.

Petit manuel d'anesthésie chirurgicale (3), par MM. Terrier et M. Péraire.

Ce manuel comprend cinq parties : la première est consacrée à l'histoire de l'anesthésie chirurgicale; la seconde à l'anesthésie locale; la troisième à l'anesthésie générale. Les méthodes mixtes sont étudiées dans le quatrième chapitre. Le cinquième, des plus intéressants, est consacré à l'étude des moyens de combattre les accidents produits par les anesthésiques.

En résumé, petit livre très complet, très pratique et dont la lecture intéresse tous les praticiens, que l'étude des différentes méthodes d'anesthésie ne saurait laisser indifférents.

A. R.

(1) In-16. Bibliothèque Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(3) Petit in-8°. Prix : 3 francs. — Paris, F. Alcan.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. Brown-Séquard. L'éminent physiologiste, digne successeur de Claude Bernard à la chaire de physiologie expérimentale au Collège de France, laissera dans le monde scientifique d'unanimes regrets.

Travailleur infatigable, habile expérimentateur, professeur éloquent, Brown-Séquard a doté la physiologie de découvertes importantes et de travaux impérissables. Il a pu, emporté par son ardente imagination, se laisser parfois aller trop loin dans des déductions expérimentales, mais nul n'a jamais pu douter de la sincérité de ses convictions.

Ses obsèques ont eu lieu aujourd'hui à onze heures au milieu d'un nombreux concours de membres de l'Institut, de la Société de biologie, de confrères et d'amis.

— Par décret, en date du 31 mars 1894, M. le docteur Girard, professeur de clinique externe à l'École de médecine de Grenoble, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décrets, en date des 2 et 3 avril 1894, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur, à l'occasion de l'Exposition de Chicago :

Au grade d'officier. — M. le docteur Samuel Pozzi, agrégé de la Faculté de médecine de Paris (mission spéciale à l'Exposition de Chicago) ; M. Rigaud, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris.

Au grade de chevalier. — M. Adrian, fabricant de produits pharmaceutiques, à Paris; M. Alcan, libraire-éditeur à Paris; M. Chambon, directeur de l'Institut de vaccine animale, à Paris; M. le docteur Claude Martin, fabricant d'appareils de prothèse dentaire, à Lyon.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 mars 1894, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — MM. Louis Bureau, directeur du Musée d'histoire naturelle de Nantes; le docteur Eugène Verrier, secrétaire perpétuel de la Société africaine de France.

Officier d'Académie. — M. le docteur Brémaud (de Brest).

— Une session d'examens pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira le 14 mai 1894, à la Faculté de médecine de Paris.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Haas, médecin du *Calédonien*; Lemonnier (de Gaillon); Lhéritier, ancien médecin de l'empereur Napoléon III; Louis Potier (de Rouen); Pouchet, professeur au Muséum.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Formulaire spécial de thérapeutique infantile, par le docteur Raymond Nogué, avec une préface de M. le docteur G. Variot, médecin des hôpitaux. In-18 de 650 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, 4, rue Antoine-Dubois, place de l'École-de-Médecine.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. II, n° 3, mars 1894.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. De l'intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable, par le docteur Abel ORRILLARD, ancien interne des hôpitaux. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — REVUE BIBLIOGRAPHIQUE. — THÈSES DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Congrès international de médecine de Rome s'est terminé hier par un lunch aux Thermes de Caracalla, une bataille de fleurs sur le Corso et une retraite aux flambeaux.

Les fêtes terminées, il faut étudier ce qu'a donné le Congrès, c'est ce que nous allons maintenant exposer à nos lecteurs.

— *Caisse des pensions de retraite du corps médical français.* — L'Assemblée générale annuelle a eu lieu le 1er avril dernier, au siège social, 22, place Saint-Georges, à Paris, sous la présidence de M. le docteur G. Dujardin-Beaumetz.

Elle avait été précédée, comme le veulent les statuts, de la réunion du Comité directeur et du Comité des censeurs.

Il résulte du rapport du trésorier et de l'examen de ses livres que l'encaisse s'élevait, au 31 mars 1894, à la somme de 488203 fr. 23. La situation est donc florissante.

C'est cette année même que commence la distribution des retraites. La Société a, pour cette première année, sept pensions à servir. Au 31 décembre dernier, à la fin du dixième exercice, a été close la période d'attente pendant laquelle la Société a constitué son capital inaliénable, capital s'élevant au 31 décembre à la somme de 451280 fr. 22.

L'ordre du jour de cette Assemblée générale portait l'augmentation du chiffre des cotisations. En raison de l'abaissement du taux général de l'intérêt de l'argent, la Société, suivant l'exemple de toutes les Compagnies d'assurances sur la vie, s'est vue obligée d'augmenter le taux des cotisations annuelles. Elle a décidé qu'il serait augmenté, à partir du 1er avril, de 25 p. 100. Cette augmentation ne touchera que les nouveaux adhérents. Les anciens, admis jusqu'au 1er avril 1894, continueront à payer les mêmes cotisations.

Le bureau de la Caisse se trouve ainsi constitué pour 1894 : Président : M. Dujardin-Beaumetz (de Paris); vice-président : M. Lande (de Bordeaux); secrétaire général, M. Delefosse (de Paris); secrétaire du Comité, M. Maurat (de Chantilly); trésorier, M. Verdalle (de Bordeaux); contrôleurs : MM. Cézilly (de Paris) et Gassot (de Chevilly, Loiret).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Lambert (de Fondouck) et Materne (de Paris).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

131. M. COLLIN. Étude sur l'ulcère simple du duodénum. — 132. M. SONREL. Étude des abcès éclamptiques et plus particulièrement de leur pathogénie. — 133. M. CASTUEIL. Contribution à l'étude de la pathogénie des cancers. — 134. M. WATEAU. Contribution à l'étude de l'influence des affections à streptocoques sur l'évolution de la tuberculose pulmonaire. — 135. M. LE ROUX. Contribution à l'étude de la cirrhose hépatique alcoolique. Prédisposition et précirrhose. — 136. M. MOREAU. De la fragilité constitutionnelle des os. (Ostéopsathyrosis de Lobstein.) — 137. M. LARTAIL. Des transplantations de peau et de muqueuse animales sur les plaies de l'homme. — 138. M. REYNES. La fièvre typhoïde à Marseille. — 139. M. CHAPON. Contribution à l'étude des éruptions chloraliques. — 140. M. GUIGNABERT. Du traitement de la péritonite tuberculeuse par les injections de naphtol camphré. — 141. M. TEISSIER. Lésions de l'endocarde chez les tuberculeux. — 142. M. JULIE. Relation d'une épidémie de fièvre typhoïde observée dans le département de la Lozère. — 143. M. BRUNEAU. De la caféine. Ses indications dans certaines maladies aiguës chez les enfants. — 144. M. COLIN (Gabriel). Traitement des cystites par les instillations de sublimé. — 145. M. MARTIN. Recherches anatomiques et embryologiques sur les artères coronaires du cœur chez les vertébrés. — 146. M. BAEZ. Traitements palliatifs de la salpingite non enkystée. — 147. M. ROCHETTE. Etude sur la découverte de la circulation pulmonaire. — 148. M. GOLESCEANU. Essai sur l'emphysème pulmonaire des adolescents. — 149. M. DUPUY. Étude sur l'identité de la variole et de la vaccine. — 150. M. THIRARD. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des arthrites aiguës non suppurées. — 151. M. GASTINEL. Études d'hygiène urbaine. — 152. M. RECHT. De la miction chez les femmes en couches. — 153. M. ROSAL. Quelques considérations sur la pelvi-péritonite tuberculeuse. — 154. M. PITSCH. Essai sur les dents à pivot. De leurs inconvénients. — 155. M. GUITTON. Étude du sarcome primitif des muscles. — 156. M. DE LA TRIBOUILLE. Des œdèmes chez le nouveau-né et l'enfant du premier âge.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les caractères (1), par Fr. PAULHAN.

Ce livre fait partie de la bibliothèque de philosophie contemporaine. Son auteur est connu pour des travaux originaux en psychologie. Il a essayé de combler une lacune : l'étude du caractère.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, F. Alcan.

Il est curieux que les caractères, qui sont de véritables diathèses psychiques, dont la connaissance serait si utile au médecin et surtout au médecin aliéniste, aient si peu tenté l'activité des travailleurs. De ci, de là, on trouve bien quelque monographie isolée, mais, en somme, les documents en cette matière sont des plus rares. Et cependant l'étude en est intéressante. M. Charpentier montrait, il y a quelque temps, que les idées de persécution survenaient, de préférence, chez les personnes soupçonneuses, méfiantes, toutes prêtes à fabriquer un délire en harmonie avec leur caractère mental.

On peut admettre qu'il existe des rapports étroits entre les manifestations délirantes et le tempérament moral d'un individu. Mais ces vérités, qui paraissent banales, ne sont pourtant appuyées sur aucune étude bien approfondie. Aussi faut-il remercier M. Paulhan de s'être livré à un travail pouvant faciliter les études des médecins sur ce sujet, qui les intéresse fort.

Pourtant il a écrit son livre en psychologue qui s'étaye bien de documents historiques et littéraires, mais qui n'use que modérément d'expérimentations et de travaux scientifiques. Sa théorie des caractères est assez compliquée; il serait difficile de l'expliquer clairement en quelques mots. Il suffit de dire que M. Paulhan prend pour base de sa classification l'*association systématique*, celle qui tend à unir des idées, des désirs ou des images dans un but défini. Ainsi, pour choisir un exemple, les équilibrés sont ceux chez lesquels cette forme d'association est la plus parfaite, c'est-à-dire chez lesquels il y a harmonie dans les tendances, également fortes et s'équilibrant parfaitement. M. Paulhan passe ainsi en revue les diverses classes de caractères, les réfléchis, les nerveux, les impulsifs, les incohérents, les faibles, les distraits, les troublés, les obstinés, les vifs. Un chapitre est consacré aux types déterminés par les tendances organiques; ainsi les gloutons, les sexuels, les visuels, les auditifs. Un autre est réservé aux types qui manifestent des tendances sociales, les égoïstes et les altruistes, les mondains, les professionnels, etc. Un essai de détermination d'un caractère est tenté à la fin du livre, et c'est Flaubert qui en est le sujet.

En somme, nous croyons que les médecins, surtout ceux qui s'occupent de psycho-physiologie et de médecine mentale, liront ce livre avec intérêt, car il ouvre une voie d'études qu'il serait désirable de poursuivre.

N° 42. — MARDI 10 AVRIL 1894. 67e ANNÉE. MARDI 10 AVRIL 1894. — N° 42.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4 PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 avril 1894.

Cette année, 1 200 étudiants étaient inscrits pour les travaux de dissection à la Faculté de médecine de Paris, alors que, les années précédentes, les pavillons n'avaient contenu que 7 à 800 élèves. Déjà même, il y avait une difficulté grande à pourvoir tout ce monde de travailleurs de « sujets » en quantité suffisante. Des plaintes trop justifiées se faisaient déjà fréquemment entendre. Et certains élèves, que le hasard des distributions avait mal partagés, voyaient leurs travaux pratiques d'anatomie réduits à bien peu de choses. Aujourd'hui, la difficulté est plus grande. Il va devenir impossible de donner asile à tous les inscrits et si l'emplacement lui-même devient trop exigu, l'insuffisance des matériaux de dissection est bien plus grande encore.

Depuis les vacances de Pâques, 600 candidats environ sont inscrits pour subir leur examen d'anatomie. Il faut donner à ces 600 élèves 600 segments de sujets à disséquer, pour qu'ils puissent faire la préparation anatomique demandée, sans compter les cadavres indispensables pour l'épreuve de « découvertes » imposée par l'usage, sinon par le règlement.

Aussi l'émoi était grand, à la direction des travaux pratiques, lorsqu'il s'est agi d'ouvrir les cours de médecine opératoire et peu s'en est fallu que l'ouverture de ces cours ne fût longtemps retardée, faute de sujets de démonstration.

Il y a pléthore d'étudiants à la Faculté de Paris ; le doyen l'a dit, le ministre l'a répété, la presse médicale s'est faite l'écho de ces doléances et, de toute part, on crie aux familles des futurs étudiants de ne pas envoyer à Paris, au moins pour le début de leurs études, les jeunes gens tout frais sortis du baccalauréat.

Les jeunes étudiants seront, en effet, mieux dirigés, à leur début, dans les Facultés de province ou dans les écoles secondaires. Ils seront plus sous l'œil et la tutelle du maître et, mûris par l'expérience, suffisamment instruits, ils pourront, avec plus de fruit, venir demander à Paris ce que Paris peut leur donner. Ici, l'étudiant doit se diriger seul ou à peu près seul, ce qui explique les nombreux faux pas qui suivent la prise des premières inscriptions. Aussi y a-t-il intérêt à ce que l'étudiant en médecine n'arrive à Paris que déjà orienté et avec des notions médicales suffisantes pour savoir, sans guide, trouver sa route, et aller aux bonnes sources d'enseignement.

Le remède à cet encombrement serait donc de transformer peu à peu la Faculté de Paris en une Faculté de perfectionnement, où l'étudiant de province viendrait terminer et parfaire ses études. M. le docteur Brunon, professeur à l'École de Rouen, a mené, dans la *Normandie médicale*, une vigoureuse campagne pour permettre aux jeunes étudiants de rester plus longtemps au berceau de leurs études primitives. Il pense que l'attraction causée par l'internat des hôpitaux de Paris prive la province de l'élite de ses élèves ; ce dont il ne faut guère se plaindre, car de l'internat de Paris sort l'élite des praticiens de France. Aussi M. Brunon, ancien interne de Paris, n'aurait garde de protester contre ce grand mouvement qui porte la jeunesse là où elle sait trouver le meilleur terrain scientifique à cultiver. Il ne se plaint que d'une chose, c'est que le concours de l'internat de Paris prenne les élèves de province une ou deux années trop tôt, en obligeant les candidats à passer, auparavant, sous les fourches caudines de l'externat.

Mais l'administration de l'Assistance publique de Paris ne veut rien entendre, il lui faut des externes, pour assurer ses services, et l'internat est une récompense qu'elle décerne aux plus méritants d'entre eux. C'est une faveur qu'elle ne saurait accorder qu'à ceux qui ont travaillé pour elle.

Le raisonnement peut paraître juste, mais à la rigueur il ne l'est guère, l'internat est sans doute une faveur, mais c'est aussi et surtout une fonction, acquise par le concours, et peu importe que celui qui s'en est montré digne vienne de Rouen, de Nantes ou d'ailleurs, pourvu qu'il en soit digne, c'est ce qui est seul nécessaire.

Pour notre part, nous ne voyons aucun inconvénient et tout avantage, à ce que les Écoles de province conservent une ou deux années de plus leurs candidats à l'internat de Paris ; et nous aurions volontiers adopté la proposition de notre collègue Brunon, demandant de dispenser de l'externat parisien les candidats à l'internat de Paris, déjà internes des hôpitaux, reçus aux concours dans une ville de province possédant une Faculté ou une École de médecine. Nous proposerions seulement un petit amendement, portant que les internes de province seraient au moins en troisième année d'études médicales ; car, dans certaines écoles secondaires, on a vu déclarer internes des hôpitaux des élèves qui achevaient à peine leur première année d'études et qui ne connaissaient même pas les rudiments de l'anatomie.

Il faut, néanmoins, favoriser tout ce qui peut retarder l'arrivée de l'étudiant à Paris, où il sera peu guidé dans ses débuts, insuffisamment conseillé, mal dirigé souvent. Bien des carrières médicales ont été compromises par ce défaut de direction du début des études.

Le gaïacol en application externe a été employé, dans ces derniers temps, tantôt comme antipyrétique chez les tuberculeux, tantôt comme calmant de la douleur dans certaines névralgies, la sciatique par exemple. Il est très curieux de remarquer que les médicaments de la douleur sont souvent en même temps des antithermiques : le sulfate de quinine, le salicylate de soude, l'antipyrine, etc.

Le gaïacol qui, en badigeonnages sur la peau, amène quelquefois un abaissement de température excessif allant jusqu'au collapsus, agit-il par voie réflexe ou par absorption ? La chose n'est pas certaine ; il nous semble difficile toutefois d'expliquer un effet si intense par la simple révulsion cutanée, par une simple action réflexe.

M. Balzer (Société médicale des hôpitaux, 6 avril) a traité la douleur, quelquefois si intense de l'orchite, par des applications de gaïacol sur le scrotum : il en a obtenu d'excellents résultats. Tout d'abord il y a un certain degré de cuisson à laquelle succède rapidement un soulagement marqué. Ce soulagement persiste parfois d'une façon définitive. Le gaïacol en nature est trop irritant, il vaut mieux employer une pommade à la vaseline au tiers ou au cinquième. M. Balzer préfère ces applications aux applications de glace et au stypage ; sur 20 cas, il n'a pas eu d'insuccès. M. Chauffard, imitant en cela la pratique de médecins anglais, combat la douleur de l'orchite par le salicylate de soude à haute dose : il en donne d'emblée de 6 à 8 grammes ; les effets de cette médication seraient merveilleux, ce que confirme M. Marie qui l'a également mise en œuvre à l'imitation de M. Chauffard. Pour réussir, le salicylate doit être donné à dose élevée et non à dose moyenne ; il a, en même temps, une action favorable sur la blennorragie.

M. Marie présente un jeune homme atteint de syringomyélie et d'une augmentation de volume avec déformation du pied droit et de la main gauche. Il ne faudrait pas prendre cette malformation pour de l'acromégalie. On a prétendu, à l'étranger, qu'il pouvait y avoir combinaison de la syringomyélie et de l'acromégalie ; il n'y croit pas pour sa part. Ce sont là, pour lui, des maladies sans aucune relation.

M. Galliard fait voir un malade atteint probablement de tuberculose fibreuse avec symphyse pleurale de tout le côté gauche du poumon. L'état général est resté très satisfaisant, l'expectoration est presque nulle. Faut-il, dans ces conditions, donner de la créosote ou de l'iodure de potassium ? M. Ferrand conseille de faire alterner ces deux médicaments.

MÉDECINE MILITAIRE

Des infirmiers.

S'il est une question de médecine militaire importante entre toutes, c'est celle des infirmiers. Nous laisserons de côté les infirmiers régimentaires qui, eux, comptent dans les corps de troupe et font partie des unités combattantes. Nous nous bornerons à étudier le recrutement des infirmiers attachés aux hôpitaux, infirmiers appartenant aux sections.

I

Les sections d'infirmiers sont au nombre de vingt-cinq. Elles sont réparties, en France, à raison de une par corps d'armée ; les sept autres ont leur portion principale à Paris, Versailles, Vincennes, Lyon, Alger, Oran, Philippeville et Tunis.

Il est intéressant de rappeler de quelle façon a été et est actuellement assuré le recrutement des infirmiers de ces sections. A une certaine époque, les infirmiers n'étaient désignés que quand ils avaient accompli, en qualité de soldats, leur première année de service. Les chefs de corps faisaient leurs propositions, mais, comme bien l'on pense, ils profitaient de la latitude qui leur était laissée, pour faire envoyer dans les sections tous les hommes qui, pour une raison quelconque, ne faisaient pas un bon service dans les régiments. Les jeunes gens malingres, souvent indisponibles pour raison de maladie, les hommes indisciplinés, les *fortes têtes* des compagnies, tels étaient les éléments qui assuraient le plus souvent le recrutement des sections.

Les médecins militaires s'étant promptement rendu compte des effets désastreux d'un semblable mode de recrutement purent, après des demandes réitérées, obtenir que les hommes destinés à devenir infirmiers fussent désignés avant l'incorporation. Dans ces conditions, on était en droit d'espérer que les hôpitaux auraient des infirmiers présentant de meilleures garanties et que le service serait mieux assuré.

Le recrutement des infirmiers a été facile aussi bien qu'avantageux, tant que le volontariat est resté en vigueur. Il arrivait, en effet, qu'un grand nombre des jeunes gens ayant commencé leurs études médicales ou pharmaceutiques renonçaient à la faculté qui leur était laissée de faire une seule année de service et préféraient subir le sort de leur classe. Ils réalisaient, de ce fait, une économie de 1500 francs et pouvaient, en devenant infirmiers, sinon continuer leurs études, au moins rester en contact avec les malades, certains, en tout cas, de ne rien oublier du peu qu'ils avaient appris. Dans ces conditions, les médecins des hôpitaux militaires avaient sous leurs ordres des infirmiers qui étaient de bons panseurs et, au besoin, des assistants.

Mais si les infirmiers de cette catégorie constituaient un personnel d'élite, une telle organisation ne pouvait être durable, parce que ces jeunes étudiants candidats au titre de docteur ou de pharmacien de première classe étaient destinés à devenir, non des infirmiers de réserve, mais des aides-majors de réserve. Si en tolérant que les étudiants pussent être infirmiers, on assurait efficacement le service des hôpitaux, on était dans l'impossibilité de constituer de bons effectifs de réserve. Pour organiser le recrutement des sections de la réserve et de l'armée territoriale, il fallait que, dès le temps de paix, on donnât l'instruction technique et professionnelle, pendant la période du service actif, à des jeunes gens autres que les élèves docteurs ou pharmaciens de première classe. A l'heure actuelle, ces élèves ne peuvent, en aucun cas, être employés comme infirmiers.

II

Il nous reste à examiner si le service, en temps de paix, est suffisamment assuré et comment il pourrait l'être.

Hâtons-nous de dire que le recrutement des infirmiers est et restera toujours médiocre. Il ne saurait en être autrement, étant donné que l'on désigne pour remplir ces *délicates fonctions* des hommes appartenant aux classes sociales les plus diverses. Ajoutons qu'il sera bien plus difficile qu'autrefois de donner aux infirmiers l'instruction technique, le décret du 30 juillet 1893 ayant supprimé les catégories d'infirmiers qui étaient au nombre de trois : commis aux écritures, infirmiers de visite, infirmiers d'exploitation. L'instruction complète n'était donnée qu'aux infirmiers de visite, c'est-à-dire aux jeunes gens choisis parmi ceux présentant les meilleures aptitudes. Le médecin désigné pouvait consacrer utilement son temps à l'instruction de ces infirmiers intelligents, dévoués, et surtout peu nombreux.

Or la notice n° 12 prescrit que l'instruction professionnelle théorique et pratique sera désormais *donnée à tous les infirmiers indistinctement et quel que soit le service auquel ils sont employés*. Cette instruction, dit la même notice, est *donnée pendant toute l'année*. Pourquoi cette réglementation est-elle en vigueur? Parce que la direction du service de santé a voulu, sans nul doute, mettre *tous les infirmiers* en mesure de donner des soins entendus et dévoués à tous, malades ou blessés. Et la chose est plus indispensable que jamais, puisque l'on voit désigner comme infirmiers un cultivateur, un charretier, un horloger, à côté d'un clerc de notaire ou d'avoué! La plupart de ces infirmiers étant des manœuvres bien plus que des gardes-malades, le service de santé a voulu parer, dans la mesure de ses attributions, aux inconvénients multiples dont la cause initiale se retrouve dans la désignation des infirmiers faite au hasard et à la hâte par l'autorité militaire.

Mais, chose plus grave, le service de santé n'a pas les moyens de donner cette instruction à ses infirmiers, instruction pourtant reconnue *absolument* nécessaire. Si l'instruction est donnée *comme le prescrivent les règlements*, cette tâche occupera un médecin pendant toute l'année. Quel est l'établissement hospitalier qui pourra immobiliser un médecin pendant ce laps de temps (1)?

Il faut mentionner, en outre, que le service de santé, comme les autres armes ou services, subit la loi générale, et que les infirmiers ont moins de chances d'acquérir l'instruction et l'expérience nécessaires, depuis que la durée des obligations militaires a été réduite en ce qui concerne la présence effective sous les drapeaux. Un infirmier n'est au courant de ses fonctions qu'après six mois, à supposer qu'il soit intelligent et de bonne volonté; comme il a dû rester une année dans un corps de troupe, avant d'être envoyé dans une section, il ne peut, en somme, rendre quelques services que pendant dix-huit mois. C'est trop peu assurément.

III

A-t-on des moyens de stimuler et de récompenser les infirmiers? Cela aussi fait défaut. La proportion des gradés est minime, 1 sergent et 2 caporaux sur 13 hommes comptant à l'effectif de la section. D'autre part, depuis l'unification des soldes, les infirmiers sont soldés sur le même taux que les autres hommes de troupe. Comme eux ils sont nourris à l'ordinaire (1); ils ont droit, pour toute faveur, à 25 centilitres de vin par repas, tandis qu'autrefois ils étaient nourris à la dépense et touchaient une solde spéciale, tous avantages que la loi leur a supprimés.

Enfin, il ne faut pas oublier que, depuis plusieurs années, l'effectif des sections a toujours été incomplet, ce qui rendait d'autant plus difficile l'exécution du service. Sur ce dernier point, satisfaction a été donnée au service de santé, et, récemment, le ministre de la Guerre a donné l'ordre de porter au complet l'effectif des sections. A défaut de la qualité, les médecins auront donc le nombre d'infirmiers nécessaire.

Est-il possible d'avoir de bons infirmiers, ou tout au moins un noyau de bons infirmiers? La chose nous paraît réalisable. Il semble que l'on puisse arriver au but par deux voies différentes :

1° Soit en constituant un cadre d'infirmiers commissionnés qui seraient répartis dans les hôpitaux, à raison de un par division; ceux-ci seraient aidés pour l'exécution du service par les infirmiers de l'armée active, dont ils feraient l'instruction. Le service de santé des colonies a obtenu la création d'un corps d'infirmiers commissionnés, et cette institution paraît, jusqu'ici, avoir donné de bons résultats;

2° Soit en prenant dans les corps de troupe, après deux mois de service, tous les élèves ecclésiastiques, et en les mettant à l'entière disposition du service de santé. En utilisant ainsi cette catégorie de dispensés, on aurait des chances de disposer d'un personnel plus instruit, plus expert et plus dévoué.

Cette dernière solution présenterait deux avantages : elle n'occasionnerait aucune dépense budgétaire (le contraire se produisant si l'on constituait un corps d'infirmiers commissionnés); elle permettrait surtout de préparer assez tôt ces jeunes gens au rôle d'infirmier et de brancardier, le seul qu'ils doivent remplir.

HOPITAL DU VAL-DE-GRACE. — M. E. Delorme.

Du genou à ressort.

Le malade qui fait le sujet de cette observation présente une affection singulière et non décrite du genou droit, caractérisée par un brusque ressaut vers la fin de l'extension. Cette sorte de déclanchement douloureux de l'article a chez lui pour conséquences de rendre la marche incertaine, très pénible, et possible seulement pendant quelques instants. L'intérêt de ce cas réside dans son excessive rareté, l'obscurité de sa pathogénie et l'incertitude des indications thérapeutiques qu'il comporte.

Le nommé Jean T... soldat au 3e régiment de dragons, 24 ans, né à Theix (Morbihan), a été atteint, à la suite d'une chute de cheval, il y a trois ans, d'une entorse grave du genou droit avec hémo-hydarthrose qui a laissé dans l'article des craquements articulaires.

(1) Nous avons dit, dans notre précédente étude, que les hôpitaux militaires étaient *totalement* dépourvus d'aides-majors. Ce sera donc un médecin-major qui, selon nos prévisions, devra s'imposer un surcroît de travail de plusieurs heures par jour pendant toute l'année.

(1) Notice n° 17 du service de santé à l'intérieur (texte modifié suivant la décision du 2 janvier 1891).

Il y a un an environ, il s'est aperçu de l'affection curieuse dont il est porteur et qui fait tout l'intérêt de son observation :

Pendant la marche, au moment où le malade s'appuie sur le membre inférieur droit et fait passer le genou du mouvement de flexion à celui d'extension complète, on constate, à l'examen de visu du creux poplité, que le genou éprouve un brusque ressaut ; il se déclanche pour ainsi dire. C'est exactement lorsque le genou n'est plus fléchi que de 160 degrés environ, c'est-à-dire qu'il a parcouru presque tout son arc excursif, que ce ressaut s'observe.

Ses caractères méritent d'être fixés. Il est brusque, comme je viens de le dire ; il se communique à toute la cuisse qu'il ébranle fortement en présentant son maximum au niveau du genou. Le mouvement d'extension, après lui, se continue plus rapidement qu'il s'exécutait avant, mais il n'y a pas d'arrêt dans ce mouvement. Le ressaut s'accompagne d'une douleur à la face interne et postéro-interne de l'articulation sans craquements perceptibles à l'oreille ou à la main. Lorsque, de l'extension complète, le genou passe à la flexion, le ressaut ne se reproduit plus; *on ne l'observe que pendant la marche*, mais il est alors continu. Lorsqu'on imprime au genou des mouvements passifs de flexion et d'extension, lorsque le malade exécute ces mêmes mouvements lentement ou brusquement on ne les constate plus. J'ai vérifié le fait plusieurs fois.

Le malade accuse une gêne très marquée dans le fonctionnement du membre inférieur droit. Sans un appareil immobilisant bien son articulation, il ne pourrait faire que quelques pas ; avec cet appareil il ne peut marcher plus d'un quart d'heure.

Lorsqu'on examine le genou droit il ne présente, au premier abord, rien d'anormal : son volume est celui du genou opposé, ses saillies et méplats sont conservés; la synoviale n'est épaissie ni au niveau du cal sous-tricipical ni au niveau de l'interligne ; la surface extérieure des condyles fémoraux, tout ce qui de leur face antérieure est accessible au toucher est régulier ; ils ne présentent pas de bosselures ; le rebord du condyle interne du tibia jusqu'à près d'un centimètre au-dessous de l'interligne est quelque peu saillant, mais sa saillie est très régulière, uniforme et d'ailleurs elle se retrouve avec les mêmes caractères du côté opposé.

Pendant les mouvements actifs et passifs au genou on entend et on sent des craquements fins, multipliés. Ils sont liés à des altérations de la synoviale car on les perçoit sous les doigts qui pressent le ligament rotulien ou le tendon du triceps, c'est-à-dire qui pressent médiatement des parties de la synoviale qui ne sont pas en rapport avec les surfaces articulaires. Tous ces détails ne sont pas inutiles à noter. J'aurai à y faire appel tout à l'heure lorsque je chercherai l'explication du ressaut que présente le genou de cet homme.

J'ajouterai que, dans l'extension complète, le genou malade présente des mouvements de latéralité plus étendus et plus nets que du côté opposé ; que, dans le sens antéro-postérieur, dans l'extension, ce genou offre encore des mouvements assez étendus et qui, comme les premiers, donnent, avec un bruit, une sensation très nette d'écartement des surfaces articulaires lorsqu'on les provoque.

Le triceps est atrophié à droite ; la mensuration circulaire de la cuisse donne deux centimètres de différence à seize centimètres au-dessus de la rotule et, de ce côté, un épaississement plus notable du pannicule adipeux sous-cutané masque encore une partie de l'atrophie musculaire.

Les contractions des trois portions du triceps droit sont faibles, peu persistantes; pendant le passage du courant le muscle n'a pas la dureté de celui du côté opposé et la chose est surtout sensible au niveau du droit antérieur.

Par contre, la jambe malade est plus grosse d'un centimètre que la jambe saine, ce qui tient à la compression circulaire exercée sur le genou.

Quelle est la *nature* de l'affection présentée par ce malade ? Cette question méritait d'autant plus de fixer mon attention que, de sa solution, dépend, en grande partie, le traitement qui est applicable à cette affection singulière et non étudiée.

J'ai cru, tout d'abord, et pendant un certain temps, avoir affaire à un déplacement, à une subluxation du fémur en arrière se reproduisant à chaque tentative de marche et liée à une déchirure des ligaments croisés. Le traumatisme grave subi par le genou, sa mobilité antéro-postérieure, la propulsion apparente du fémur droit à chaque pas fait par le malade, semblaient confirmer, tout d'abord, cette hypothèse, mais après un examen suffisant, je l'abandonnai. L'impossibilité de reproduire par des pressions directes même énergiques ou des mouvements actifs ce déplacement *apparent*, si facile pourtant à obtenir pendant la marche ; la constatation bien évidente, en saisissant le genou pendant la marche, que le déplacement n'était pas réel, que le niveau des condyles fémoraux en arrière ne dépassait pas celui des condyles du tibia, et que le niveau de ces derniers, en avant, ne débordait pas non plus celui des condyles fémoraux, ces résultats de l'exploration excluaient absolument toute pensée de subluxation fémorale.

Aussi peu admissible, moins admissible encore, était l'idée d'une subluxation des cartilages semi-lunaires. Je ne retrouvais pas, en effet, chez mon malade, les caractères de cette lésion ; ces arrêts brusques de la marche, l'immobilisation instantanée et douloureuse de la jointure, la flexion du genou, la saillie anormale au niveau de l'interligne.

L'analogie du symptôme typique présenté par mon malade avec le ressaut brusque des doigts à ressort, m'engagea à rapprocher son affection de celle si bien étudiée par Notta.

La lecture des mémoires consacrés au doigt à ressort en même temps qu'elle me fournissait des renseignements précieux sur le mécanisme du ressaut, qu'elle dirigeait plus méthodiquement mon examen, à la fois du côté de la jointure et des régions voisines, qu'elle me faisait retrouver dans les deux mémoires fort intéressants et originaux de M. Poirier des indications malheureusement trop écourtées, sur des cas semblables au mien, cette lecture accentuait, à mesure que je la poursuivais, l'utilité d'un rapprochement des deux affections.

Dans l'une comme dans l'autre, je retrouvais le ressaut pendant un mouvement toujours au même degré d'amplitude, les douleurs plus ou moins vives, la sensation rapidement acquise de fatigue, mais je constatais quelques dissemblances : en particulier, l'absence du phénomène pendant les mouvements communiqués ou pendant les mouvements spontanés en dehors de la marche, alors que dans le doigt à ressort le ressaut existe à chaque *tentative active ou passive de mouvements*.

Quelque valeur qu'on puisse attacher à la théorie des lésions des tendons et de leur vaginale dans la pathogénie du doigt à ressort, il est de toute évidence que, pour le genou, où les conditions anatomiques sont si dissemblables,

il est inutile de s'y arrêter. D'ailleurs, chez mon malade, tendons et expansions tendino-capsulaires sont remarquablement sains.

Faut-il chercher ici dans des modifications de l'articulation la raison du changement brusque de son mouvement ?

Pour M. Poirier qui, dans un mémoire bien connu et riche d'expériences ingénieuses, s'est fait le défenseur du mécanisme articulaire du doigt à ressort, une altération même légère des surfaces articulaires, une saillie anormale, une crête saillante dont le développement est lié à un traumatisme ou à la diathèse rhumatismale ; une déformation, une proéminence localisée des faces latérales de l'épiphyse articulaire dans le champ d'excursion des ligaments, une simple rétraction ligamenteuse suffisent pour donner lieu au phénomène du ressort. Ce mécanisme du ressaut lui semble applicable non seulement au doigt à ressort mais encore au genou. « Je connais, dit-il, incidemment, dans son article des *Archives générales de médecine* (1889, t. XXIV, p. 310), deux cas de genou à ressort et j'ai signalé à la Société anatomique un cas rapporté par M. Tillaux, qui m'a dit avoir disséqué avec grande attention un genou qui présentait le phénomène du ressort à un degré très marqué et n'avoir pu en constater la cause. On est en droit de penser que le ressort était dû à une déformation légère des condyles, ou encore que le ligament latéral interne dans son excursion sur la face cutanée du condyle rencontrait quelque saillie osseuse, trop petite pour l'arrêter définitivement, mais assez prononcée pour provoquer un temps d'arrêt suivi d'une brusque reprise (genou à ressort). »

Il entre d'autant moins dans ma pensée d'infirmer, d'une façon générale, la portée des recherches et des expériences qui ont servi à notre collègue à établir son ingénieuse théorie que j'inclinerais à croire, avec lui, que dans certains cas des altérations ostéo-articulaires peuvent très bien donner lieu au phénomène du ressort. Mais, chez mon malade, en particulier, je dois observer qu'il m'est difficile de rattacher le ressaut à ces altérations. Les ligaments latéraux ne sont point, en effet, rétractés, ils sont plutôt relâchés, à en juger par les mouvements de latéralité passifs assez étendus qu'on peut imprimer à la jointure ; la surface extérieure des condyles du fémur, d'autre part, est normale.

Comme je l'ai fait remarquer dans mon observation, celle des condyles du tibia est un peu plus saillante qu'elle ne l'est d'ordinaire dans cette saillie et bien uniformément régulière et elle existe sur le tibia gauche.

La synoviale des culs-de-sac latéraux n'est épaissie en aucun point et, le serait-elle même au niveau des ligaments, que, si j'en juge par quelques faits que j'ai observés, le ressaut n'existerait pas dans ce cas.

Il semble plus difficile d'infirmer l'importance des altérations des surfaces articulaires, en particulier de celle du fémur, bien que la surface extérieure accessible des condyles fémoraux m'ait paru régulière au palper médiat. Les craquements multipliés, étendus, que j'ai rattachés à des altérations de la synoviale, pourraient être considérés, par d'autres, comme un signe d'altérations cartilagineuses, voire osseuses.

Mais s'il en était ainsi, comment s'expliquer ce fait que, pendant les mouvements du genou actifs, passifs, lents, brusques, avec ou sans pressions sur le pied, je n'ai pu obtenir de ressort ? *Il faut que mon malade marche pour que celui-ci se produise.* Or, sans avoir besoin d'invoquer ici plus qu'il n'est nécessaire les dissections faites sur les oiseaux ou les constatations sur le cadavre, lesquelles montrent qu'un tubercule saillant qui soulève un ligament produit un ressaut aussi bien sur la patte détachée que sur la patte de l'animal vivant, qu'une crête articulaire donne lieu à un ressaut sur un orteil passif de cadavre (Walther), sans avoir besoin, dis-je, de trop s'arrêter à ces constatations, la simple réflexion suffit pour faire admettre qu'un obstacle mécanique à la progression d'un ligament ou d'une surface osseuse susceptible de produire un ressaut, doit déterminer celui-ci d'une façon continue, permanente. Sans pouvoir l'affirmer absolument, je pense que, chez mon malade, ce n'est pas à des altérations traumatiques ou rhumatismales des surfaces articulaires, périarticulaires ou ligamenteuses qu'il faut attribuer le phénomène du ressaut.

Dans une thèse remarquable, riche de faits, « Le doigt à ressort » (Paris 1889), le docteur Carlier invoque pour expliquer la production du doigt à ressort dans la plupart des cas *un spasme fonctionnel.* C'est l'opinion que, lors de la présentation de mon malade, a soutenue M. le professeur Verneuil ; c'est à elle que, jusqu'à plus ample informé, je me rallierai.

Mon malade n'a pas, il est vrai, d'antécédents nerveux. Chez ce Breton, calme, il ne saurait être question de névrosisme, je m'en suis assuré ; il n'a point le moindre stigmate d'hystérie, pas de trouble de sensibilité même sur le membre atteint. De ses articulations, le genou et la hanche, violemment contus, présentent seuls des craquements, ses doigts, ses orteils n'ont pas les déformations de l'arthritisme. S'il ne présente donc pas certaines causes regardées comme prédisposantes des spasmes fonctionnels, si le spasme est non intermittent mais constant, certains caractères du ressaut ne me forcent pas moins à croire qu'il est dû à un spasme fonctionnel. Ce ressaut augmente d'intensité par la fatigue ; parfois pendant les mouvements de latéralité du membre, dans le lit, la cuisse est prise de tremblement ; la douleur pendant la marche s'étend à toute la cuisse ; elle est même plus intense au niveau des muscles et, en particulier, des fléchisseurs internes, près du creux poplité, qu'au niveau du genou, mais la raison principale qui me fait admettre ce mécanisme, *c'est que ce ressaut cesse complètement pendant quelques pas et à intervalles et diminue très notablement pendant les autres*, lorsque je paralyse des muscles du genou en comprimant circulairement la cuisse avec une bande d'Esmarch dont j'ai eu bien soin de ne commencer les tours qu'au-dessus du genou. Le ressaut, au contraire, *réapparaît*, brusque, intense et continu, après l'ablation de la bande.

L'atrophie du triceps, d'une part, la tendance que le malade a de commencer la marche avec flexion modérée et toujours la même du genou me font penser que ce sont les fléchisseurs qui sont pris d'un spasme au moment où le malade commence à s'appuyer sur son articulation douloureuse et mobile. Sans tenir au delà de la mesure à mon explication, je penserai que ces fléchisseurs annihilent l'action antagoniste des extenseurs affaiblis à un moment précis et toujours le même du champ excessif du genou et qu'une reprise brusque de l'action des extenseurs achève le mouvement. La brusquerie de cette action entraînerait le ressaut.

Je prévois bien les objections qu'on peut adresser à cette manière de voir, l'allégation, en particulier, de la rareté du ressaut à la suite des arthrites du genou alors que les atrophies tricipitales sont la règle, mais quelle qu'en soit la valeur, l'origine musculaire de l'affection ne me semble pas moins des plus plausibles.

Les deux expériences suivantes semblent démontrer qu'il en est ainsi :

1° Si, pendant la marche, on palpe avec une main le triceps droit, avec l'autre les muscles fléchisseurs, on sent que le triceps est mou, les fléchisseurs durs et la résistance de ces derniers est surtout grande sur les muscles postéro-internes.

2° Si, pendant que le blessé marche, je fais passer à travers les trois portions du triceps (réophore positif à la partie supéro-interne de la cuisse, réophore négatif sur la partie interne) un courant intermittent d'une pile de Gaiffe assez intense pour augmenter l'énergie de ce muscle sans que ce courant soit assez fort pour immobiliser le membre en extension, au moment où le membre passe de la flexion à l'extension, le ressaut *disparaît presque à certains pas; il diminue à tous*. Le ressaut est léger, ondulant, il a perdu sa brusquerie, et l'ébranlement si manifeste du membre, à chaque pas, avant l'électrisation, s'atténue considérablement lorsque les réophores sont appliqués.

Si j'en juge par mon observation, le genou à ressort constitue une affection gênante, douloureuse et grave au point de vue du fonctionnement du membre. De ce fait, elle mérite bien de fixer notre attention. Il y a plus d'un an que le phénomène du ressaut a été observé chez cet homme, et, loin de s'atténuer, il s'accuse davantage et, cependant, les traitements n'ont pas manqué : révulsifs, contention de la jointure pendant la marche par une genouillère, ou une bande enroulée, électricité.

Mais alors que mes collègues qui, les premiers, ont vu ce malade et que moi, nous étions si peu fixés sur le mécanisme de production de cette affection, le traitement a-t-il été bien dirigé et poursuivi avec assez de conviction ? Il ne m'en coûte pas d'avouer le contraire. Je vais insister sur l'emploi des douches excitantes sur les extenseurs, sur le massage de ces muscles, quelque aléatoire qu'en soit l'emploi tardif.

J'emploierai avec plus de persistance l'électrisation faradique des extenseurs, antagonistes des muscles atteints de spasme ou de prédominance fonctionnelle.

Les courants continus appliqués sur les muscles atteints de spasme sont parfois utiles. M. le professeur Verneuil m'en conseillait l'emploi après avoir vu mon malade, j'y aurai recours si l'électricité faradique est insuffisante. J'hésiterais à faire appel aux bons effets de la bande d'Esmarch employée par Dally dans la crampe des écrivains bien que ce moyen fasse cesser le spasme chez mon malade, car je craindrais qu'elle n'ait le fâcheux effet d'augmenter l'atrophie du triceps.

J'ai fait remarquer dans mon observation que le ressaut disparaissait dans les mouvements exécutés en dehors de la marche et que les mouvements n'étaient plus alors douloureux. Me basant sur cette donnée je ferai faire souvent au malade, dans son lit, des mouvements énergiques d'extension appelés à la fois à développer le triceps et à distendre les fléchisseurs sans réveiller les réflexes articulaires qui aboutissent au spasme de ces derniers.

Que si par ce traitement je n'arrivais, ni à guérir, ni même à améliorer l'état de mon malade, aurais-je épuisé tout moyen d'action ? L'immobilisation du genou par une bande de flanelle bien serrée calme les douleurs et assure la marche ; une genouillère de cuir à attelles latérales se prolongeant sur la jambe et la cuisse permettrait d'obtenir le même résultat plus sûrement et mieux, car elle exercerait moins de compression sur les vaisseaux poplités et n'entraînerait pas de gonflement du ventre, inconvénient constaté ici puisque la jambe du côté malade a, ici, augmenté de un centimètre et demi du fait de cette compression. Je pourrais même mettre en parallèle, avec cette immobilisation par cette genouillère, une résection ankylosante qui d'emblée me permettrait d'atteindre le même but en rendant peut-être la marche plus facile, grâce au raccourcissement léger du membre obtenu. Mon malade mis au courant des modes de traitement applicables à son affection a déjà accepté cette opération, tant il est désireux de retrouver, avec une marche presque normale, la disparition de ses douleurs.

Je dirai pour terminer : le genou à ressort ou à ressaut constitue une affection gênante, douloureuse, et qui peut être très nuisible au bon fonctionnement du membre. Pour ces raisons elle ne saurait être négligée par le chirurgien.

Il y a lieu de créer une place à part dans les descriptions cliniques à cette affection à peine indiquée et non décrite.

Des faits ultérieurs détermineront sa fréquence, lui assigneront une pathogénie diverse ou uniforme, nous fixeront sur sa gravité absolue ou relative, sur sa durée, sur le degré d'efficacité des traitements qui lui sont applicables.

Le cadre est tracé, il est tout à remplir. Je n'ai trouvé, en effet, d'observations du genou à ressort ni dans les périodiques que j'ai consultés ni dans la *Revue des Sciences médicales ;* il n'en est pas fait mention dans nos articles de Dictionnaires ou nos Traités récents de pathologie, et les seules indications que j'ai relevées sont celles qui nous ont été fournies par M. Poirier, dont j'ai cité au long les propres termes. Il est regrettable que notre confrère se soit borné à une courte mention, faite incidemment, et exclusivement en vue d'apporter un argument de plus à la théorie articulaire du doigt à ressort qu'il a défendue si brillamment. Je souhaiterais que ma communication fournît à M. le professeur Tillaux l'occasion de revenir sur son malade et à d'autres de nos collègues celle de nous signaler de nouveaux faits.

— Par décret, en date du 5 avril 1894, a été nommé dans la réserve de l'armée de mer :

Au grade de médecin en chef. — M. le docteur Monin, médecin en chef de la marine, en retraite.

— Le concours pour trois places de chef de clinique à l'École de médecine de Marseille vient de se terminer par les nominations suivantes : Chef de clinique chirurgicale, M. le docteur Em. Lartail; chef de clinique médicale, M. le docteur Em. Cassoute; chef de clinique obstétricale, M. le docteur P.-A. Lop.

— M. le docteur Et. Saint-Hilaire, secrétaire général de la Société de laryngologie et d'otologie de Paris, est nommé médecin auriste de l'Institut départemental des Sourds-Muets.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

RHUMES
Grippe, Enrouements
SIROP ET PÂTE
BERTHÉ
Suppression complète de la **TOUX**, de la **DOULEUR**, des **INSOMNIES**.
Pâte 1f60. **GUÉRISON RAPIDE.** Sirop 3 fr.
FUMOUZE, 78, Fg St-Denis, PARIS
Exiger le Timbre officiel.

Contre la **Douleur**
et les **Insomnies**
dans toutes les maladies.
SIROP ET PÂTE
BERTHÉ
à la Codéine
Aussi efficaces que la morphine dont ils ne présentent pas les dangers.
Exiger le Timbre officiel. Sirop 3f; Pâte 1f60
FUMOUZE, 78, Fg St-Denis, PARIS
ET DANS LES PRINCIPALES PHARMACIES.

CAPSULES RAQUIN

AU COPAHIVATE DE SOUDE



ANTIBLENNORRHAGIQUE
LE PLUS EFFICACE
à toutes les périodes de la maladie

NI ODEUR, NI RENVOIS, NI IRRITATION DES VOIES DIGESTIVES
DOSE : 6 A 12 CAPSULES PAR JOUR

PRESCRIRE : **CAPSULES RAQUIN** au Copahivate de Soude
EXIGER le TIMBRE de l'UNION DES FABRICANTS.

FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg Saint-Denis, PARIS

OVULES CHAUMEL
FUMOUZE-ALBESPEYRES, 78, Faubourg St-Denis, PARIS.
PHARMACIE CHAUMEL, 87, Rue La Fayette, PARIS.
PANSEMENTS VAGINAUX
OVULES CHAUMEL
GLYCERINE SOLIDIFIÉE A TOUS MÉDICAMENTS
ENFANTS SUPPOSITOIRES CHAUMEL
ADULTES SUPPOSITOIRES CHAUMEL
GRAYONS & BOUGIES CHAUMEL
SUPPOSITOIRES CHAUMEL

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.

RHUMATISMES. GUERISON
par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

SOLUTION
de Salicylate de Soude
du **Docteur CLIN**
Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

La **Solution du Dr CLIN**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.
Cette Solution, très exactement dosée, contient :
2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.
Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine
PEPTONE CATILLON
en **POUDRE**, *produit* ***supérieur, pur, inaltérable,*** *représentant* **10** *fois son poids de viande assimilable.*
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.
Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
2 à 4 cuillerées par jour dans un grog ou du lait sucré.
Lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum.
VIN DE PEPTONE CATILLON
30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les FORCES, l'APPÉTIT, les DIGESTIONS
Très utile à tous les débilités : enfants, convalescents, maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, etc.
Eviter les imitations plus ou moins actives.
EXIGER NOTRE MARQUE. — Paris, 3, Boulevd St-Martin et Phies.
MÉDAILLE EXPOSIT. UNIVERS. 1878 188[illegible]

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

DYSPEPSIES - GASTRALGIES
Pepsine Boudault
« *En prescrivant simplement : Pepsine,*
« *le pharmacien est obligé de ne donner*
« *que celle du Codex. Cette pepsine ne doit*
« *peptoniser que 20 fois son poids de fibrine,*
« *tandis que* **la Pepsine Boudault**
« *peptonise* **50 fois** *son poids.*
« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex
« ne doivent peptoniser que la moitié de
« leur poids de fibrine, tandis que le **Vin**
« et l'**Elixir de Pepsine Boudault,**
« peptonisent **deux fois** leur poids de
« fibrine, soit **quatre fois plus.** »

SIROP DU
Dr DUFAU
A l'extrait de stigmates de
MAIS
Maladies aiguës et chroniques de
LA VESSIE
Diurétique puissant et inoffensif
AFFECTIONS DU CŒUR, ALBUMINURIE
DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, et dans un verre d'eau froide ou chaude. Boisson très agréable.
Prix : 3 francs le flacon.

PILULES DE
PODOPHYLLE COIRRE
CONTRE :
CONSTIPATION HABITUELLE
HÉMORROÏDES, COLIQUE HÉPATIQUE
DOSE : Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.
Prix : 3 francs la boite.

GRANULES TROIS CACHETS
PHOSPHURE DE ZINC
A 4 milligr., 1/2 milligr. de phosphore actif
Ces **Granules** sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit.
Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.
DOSE : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas.
Prix : 3 francs le flacon.

N° 43. — JEUDI 12 AVRIL 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 12 AVRIL 1894. — N° 43.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Notre distingué collègue du Havre, M. Gibert, est venu jeter quelque trouble dans les idées généralement admises aujourd'hui sur le rôle des eaux d'alimentation dans la production de certaines épidémies, en particulier des épidémies de fièvre typhoïde et de choléra. Pour ce qui concerne l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi récemment au Havre, M. Brouardel, après enquête, avait incriminé l'eau de certaine source de cette ville. M. Gibert ne partage en aucune façon l'opinion émise par M. le doyen; il innocente complètement les eaux et, s'appuyant sur des faits d'observation rigoureuse et sur des statistiques très nettes, il s'applique à démontrer que l'origine de cette dernière épidémie doit être attribuée à l'infection du sol et du sous-sol de la ville. Les arguments invoqués par M. Gibert semblent, pour la plupart, bien probants. Il en est un cependant qui n'a peut-être pas toute la valeur que lui accorde notre éminent confrère. Pour innocenter les eaux de telle ou telle source du Havre, il s'appuie sur l'absence, dans ces eaux, du bacille d'Eberth. Or, M. Dujardin-Beaumetz nous dira tout à l'heure qu'il n'est pas douteux que c'est à l'infection des eaux de la Vanne qu'est due l'épidémie de Paris, bien que le bacille d'Eberth y brille par son absence. La présence ou l'absence de ce bacille n'a donc pas d'importance? Que devient alors la spécificité des bacilles? Si le regretté Peter était là, elle passerait, croyons-nous, un assez mauvais quart d'heure.

Quoi qu'il en soit de ces questions de pure doctrine, il ressort nettement de la très intéressante communication de M. Gibert que la ville du Havre, comme beaucoup d'autres en France, aurait besoin d'être assainie par des moyens rigoureusement scientifiques, moyens qui ont été appliqués avec plein succès à Francfort, à Dantzig, à Bruxelles, à Berlin, etc. La désinfection des habitations est sans doute une excellente mesure et qui rend tous les jours les plus grands services; mais cela ne suffit pas, et pourquoi ce qui a été d'une application si simple en Allemagne et en Belgique semble-t-il si difficile chez nous? On ne peut que le regretter en songeant aux conséquences funestes de cet état de choses au point de vue de la dépopulation de la France. « Si nous ne savons pas faire d'enfants, a dit en terminant M. Gibert, sachons au moins les conserver. »

Chemin faisant, M. Gibert a soulevé une question qui a bien aussi son intérêt pour les praticiens. Il nous a montré l'exemple de jeunes médecins ayant perdu presque toute leur clientèle pour avoir été de trop consciencieux médecins sanitaires.

Nous partageons complètement l'avis de notre confrère du Havre quand il demande la nomination de médecins sanitaires, spécialement chargés de la surveillance et de l'exécution des moyens prescrits par la loi. Le médecin praticien a assez à faire, en temps d'épidémie, avec les soins qu'il doit à ses malades, riches et pauvres.

M. Brouardel, directement pris à parti par M. Gibert, n'a pu, obligé de s'absenter, répondre immédiatement. Il le fera certainement dans la prochaine séance. Mais M. Dujardin-Beaumetz n'a pu laisser sans protestation quelques-unes des assertions de M. Gibert : celui-ci accuse le sol des villes de pouvoir donner la tuberculose, la diphtérie et la fièvre typhoïde. M. Beaumetz répond à cela que, pour la tuberculose et la diphtérie, c'est le sol de la chambre et non celui de la rue qu'il faut incriminer; d'où la nécessité de la désinfection des appartements. Quant à la fièvre typhoïde, si, comme le soutient M. Gibert, c'est le sol de la rue qui la donne, comment se fera le contage? Où sera la relation directe, immédiate, de ce sol avec l'individu contaminé? L'explication de ce mode d'infection paraît bien difficile à donner, tandis qu'elle est des plus simples pour la transmission par l'eau de boisson.

A cela, M. Gibert répond en citant de petites épidémies de fièvre typhoïde ou de choléra chez des Normands n'ayant pas une goutte d'eau à leur disposition et ne buvant que du cidre ou de l'eau-de-vie.

Ne faut-il pas conclure de tout cela que ces questions d'étiologie des maladies épidémiques sont beaucoup plus complexes qu'on ne le croit généralement; que si l'eau est l'un des principaux vecteurs de la fièvre typhoïde, ce n'en est pas le seul, et qu'elle peut être communiquée par d'autres agents encore mal connus.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Le Dentu qui a communiqué une observation de luxation récidivante de la rotule, pour laquelle il a fait une opération analogue à l'opération de M. Ricard.

L'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Grancher sur les titres des candidats à la place vacante dans la section d'anatomie patho-

logique. Les candidats sont ainsi classés : en première ligne, *ex æquo*, MM. Malassez et A. Voisin; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Hanot et Raymond; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Vaillard et Déjerine.

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. Després.

Rétraction de l'aponévrose poplitée

Le nommé F... (Valentin), trente-quatre ans, tailleur, entré à l'hôpital de la Charité, salle Boyer, n° 4, se plaignait de ne pouvoir étendre la jambe gauche depuis un an. Il ne souffrait d'ailleurs que d'une certaine fatigue pendant la marche. Travaillant toujours assis, les jambes croisées en tailleur, depuis l'âge de dix-sept ans, il avait été atteint de douleurs rhumatismales dans les épaules et dans le cou. Ses antécédents de famille sont bons : son père est mort d'une péritonite accidentelle; sa mère vit encore. Il est marié et père d'un enfant sain. Son mal a commencé de la sorte : il apparut, il y a environ quatre ans, une rougeur avec démangeaison sous le jarret gauche; il y fit peu d'attention, mais depuis un an, il s'est aperçu que la jambe ne pouvait pas être étendue complètement.

A l'examen, M. Després constate une flexion de la jambe sur la cuisse formant, dans l'extension maximum, un angle obtus de 150 degrés environ, c'est-à-dire un angle obtus très ouvert. Le malade en marchant boite bas et le membre est plus court d'environ 15 centimètres. Le jarret présente une plaque rouge un peu violacée avec épaississement de l'épiderme. Au-dessous de la peau, et immédiatement au-dessous d'elle, on sent une bride dure située exactement au milieu de l'espace compris entre les tendons du demi-tendineux et du biceps, c'est-à-dire sur le trajet des vaisseaux et des nerfs, mais dans un plan beaucoup plus superficiel. En haut, il y a simplement une bride fibreuse d'un volume un peu inférieur au tendon du biceps, mais en bas, la bride augmente de volume et présente trois nodosités d'un volume à peu près égal et grosses comme de très gros pois. Les premiers jours, elles étaient douloureuses à la pression, au point que M. Després se demandait si ces nodosités n'étaient point des névromes. Mais il y avait un autre signe important : la bride dans la partie qui renfermait les nodosités était adhérente à la face profonde de la peau, à l'endroit où celle-ci présentait la coloration violacée dont nous avons parlé.

Devant ce fait singulier, le diagnostic dut demeurer en suspens.

Après avoir traité le mal par le repos, les cataplasmes de farine de lin, les applications de teinture d'iode, les douleurs à la pression avaient cessé et la marche était moins douloureuse. Mais la bride sous-cutanée et ses nodosités persistaient et il était toujours impossible d'étendre la jambe. M. Després alors, quoiqu'il n'ait encore vu aucun fait de ce genre, diagnostiqua une rétraction de l'aponévrose poplitée, analogue à la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Le pronostic paraît grave, en ce sens qu'il n'y a pas de guérison radicale possible.

Enlever la bride, ce serait faire une opération reconnue inutile pour la rétraction de l'aponévrose palmaire.

M. Després conseille au malade de continuer sa profession de tailleur, de ménager la marche et de recourir au repos et aux applications émollientes lorsque la bride causera de la douleur.

Ce fait est une rareté. Il semble démontrer un point nouveau dans l'histoire des rétractions des aponévroses. Dupuytren n'était pas éloigné de penser que la rétraction était due à un traumatisme et, pour ma part, j'ai établi que les brides sous-cutanées étaient des cicatrices sous-cutanées. Malgaigne attribuait ces cicatrices sous-cutanées a une irritation de la peau. Eh bien, chez notre malade, il est positif qu'un intertrigo de la peau du creux poplité a précédé de trois ans l'apparition de la rétraction. Alors on expliquerait ainsi la génèse de la bride : ce tailleur travaillant jusqu'à quatorze heures par jour, assis les jambes croisées, eut une irritation permanente de la peau du jarret qui entraîna sans doute une inflammation chronique de l'aponévrose et, à la suite de quelque effort, peut-être, il aura brisé quelques fibres de son aponévrose qui se seront cicatrisées avec production de tissu de cicatrice, c'est-à-dire de tissu rétractile. La théorie de Menjaud trouverait aussi dans ce fait sa justification, puisque F... a eu à diverses reprises des atteintes de rhumatisme.

Pour ce qui est du traitement, il y avait lieu d'hésiter. Certes, on pouvait enlever la bride, mais elle se serait reproduite, car la cicatrice d'une cicatrice enlevée est toujours une cicatrice et l'on aurait été obligé, pour obtenir la rectitude du membre, de placer après l'opération un appareil silicaté, non seulement pour empêcher la rétraction immédiate, mais encore pour ankyloser le genou dans la rectitude. A ce prix seul, on aurait obtenu un résultat, mais alors ce tailleur devait renoncer à l'exercice de sa profession. Mieux vaut donc laisser les choses en l'état et traiter les douleurs et la fatigue de la marche par les moyens employés à la Charité. Le malade doit se reposer au lit deux jours par mois. A cette condition, il pourra continuer son métier pendant de longues années. Si la rétraction augmentait, il aurait la ressource d'un pilon et marcherait sur le genou, comme les amputés de la jambe, et en dehors de la marche, il ne serait point gêné pour son métier de tailleur, ce qui est la principale considération qui doit le guider.

L'ENTÉROPTOSE (1)

Par Albert Mathieu, médecin des hôpitaux.

II

L'existence de l'entéroptose ne peut pas être contestée. C'est un fait d'une constatation facile dans certains cas. Il y a des personnes dont le ventre tombe passivement suivant les lois de la pesanteur; elles sont très soulagées par l'usage d'une ceinture qui soutient et remonte la masse abdominale. Cela se voit surtout chez des femmes qui ont eu plusieurs grossesses et chez des individus qui ont maigri rapidement.

Il y a aussi des malades plus ou moins déprimés ou cachectiques, aux parois abdominales relâchées, dont l'abdomen est saillant au-dessous de l'ombilic, déprimé au-dessus d'une façon anormale, sans que le ventre soit lâche et flottant dans son ensemble.

Cette entéroptose est celle qu'on peut appeler l'*entéroptose en dehors*. Elle se lie quelquefois à l'hépatoptose et à la néphroptose, assez souvent aussi à la dilatation ou au déplacement vertical de l'estomac avec dilatation prépylorique, comme cela se voit surtout chez les femmes qui ont abusé du corset. Il importe de connaître cette entéroptose

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 365.

en dehors que nous appellerions volontiers encore l'entéroptose vraie. Souvent elle s'accompagne de constipation, et la constipation est volontiers une cause d'éclosion, et d'aggravation de la dyspepsie; elle provoque des sensations pénibles de fatigue, de tiraillement, et chez les prédisposés peut certainement amener de véritables phénomènes de neurasthénie générale ou de neurasthénie à prédominance abdominale.

N'eût-il fait que d'attirer directement l'attention sur cette chute de l'abdomen, sur ses conséquences et les moyens mécaniques d'y remédier, que de forcer les médecins à tenir compte de cet élément symptomatique, sinon inconnu, au moins très négligé avant ses publications répétées, que M. Glénard aurait rendu déjà un indéniable service à la clinique. Il ne s'en est pas tenu là, et il a cherché à expliquer par l'entéroptose, par la dislocation des organes abdominaux, des états pathologiques qu'on expliquait avant lui par l'anémie, le nervosisme, que d'autres après lui ont attribués à la dilatation de l'estomac, à l'auto-intoxication, à la neurasthénie, à la dyspepsie nerveuse ou à la dyspepsie par gastrite.

Il a cherché à diagnostiquer l'entéroptose, avant qu'elle ne soit appréciable au dehors; il a cherché par des signes objectifs et subjectifs à reconnaître et à déterminer l'*entéroptose en dedans*, susceptible de coïncider non pas avec un ventre plus ou moins tombant, mais avec un ventre fort peu proéminent, fort peu développé. Il en est ainsi arrivé à donner une importance beaucoup plus grande à l'entéroptose au début ou à la ptose viscérale partielle qu'à la chute totale de l'abdomen et de son contenu. Il a été, par cela même, amené à annexer à l'entéropose ce qui, d'après nous, devrait y rester étranger.

Toutefois, il a été conduit à constater l'existence d'un certain nombre de phénomènes, les uns déjà connus, les autres inconnus, qui présentent un vif intérêt même pour ceux qui n'acceptent pas en bloc la doctrine tout entière; dans l'entéroptose, en effet, il faut distinguer le fait et la doctrine.

Il a de cette façon enrichi de signes nouveaux la séméiologie de l'abdomen, et il a complètement remanié certains chapitres de pathologie. Il a montré, entre autres choses, que le rein déplacé et mobile se rencontre chez les femmes avec une fréquence beaucoup plus grande qu'on ne le croyait auparavant. Le rein mobile autrefois était considéré comme une très grande rareté; les recherches de Glénard, confirmées par celles de Landau, de Küttner et de nous-même (1), ont montré que, chez les femmes, on le trouvait au moins une fois sur cinq ou six individus pris au hasard.

Nous allons passer successivement en revue les signes objectifs et subjectifs de l'*entéroptose en dedans*. Chemin faisant, nous aurons l'occasion de signaler l'intérêt que présentent ces signes, même pour ceux qui n'acceptent pas l'interprétation qu'en donne M. Glénard, ni les conséquences qu'il en tire.

Le boudin cæcal et la corde colique sont des phénomènes auxquels il attribue une grande importance; ils trahissent tous deux la sténose du côlon. Lorsqu'elle existe, la corde colique se perçoit de la façon suivante : lorsqu'on fait glisser l'extrémité des doigts réunis sur la ligne médiane du ventre, du haut en bas, en appuyant assez fortement, on perçoit, soit au-dessus, soit au-dessous de l'ombilic, un ressaut particulier

(1) Soc. méd. des hôpit., 8 déc. 1893.

qui donne l'idée d'une corde tendue en travers. Cette corde n'est autre que le côlon transverse ainsi que portent à le croire sa situation, sa continuité apparente avec le côlon ascendant et le cæcum, la présence quelquefois de scybales dans son intérieur, ainsi que le démontrent péremptoirement des constatations directes faites à l'autopsie ou au cours d'une laparotomie (1).

Quant au boudin cæcal, ou corde colique ascendante, le palper de la fosse iliaque droite en révèle plus aisément la présence.

Dans ces conditions, on perçoit ordinairement au creux épigastrique des battements aortiques très marqués. Cela tient à ce que le côlon transverse n'est plus interposé entre les doigts de l'explorateur et l'aorte. C'est ainsi que ces battements artériels deviendraient indirectement un signe de ptose intestinale.

Si la situation très abaissée de la corde colique et des angles du côlon servait seule au diagnostic de l'entéroptose, il n'y aurait rien à objecter, parce qu'on saisirait ainsi cette ptose sur le fait. L'abaissement seul de l'anse colique transverse présente une signification plus restreinte parce qu'on conçoit très bien que cette anse doive tendre à se redresser en se distendant par les gaz, et à se déprimer ou à se laisser déprimer lorsqu'elle est vide et contractée. C'est la topographie anormale du gros intestin *dans son ensemble* qu'il faudrait pouvoir déterminer, et cela ne peut se faire que dans un très petit nombre de cas.

C'est donc à tort que M. Glénard est amené à déduire l'existence de l'entéroptose de l'existence même de la corde colique. Comment est-il arrivé à établir cette relation diagnostique ? C'est qu'il est parti de cette idée ingénieuse que l'intestin vide de gaz, présentant une plus grande densité, *devait* tomber dans l'abdomen. D'après sa conception première c'était le côlon le grand coupable, non seulement il tombait, mais il entraînait même le duodénum, le foie et tout le reste.

M. L. Faure, prosecteur des hôpitaux (2), a démontré que le foie n'est pas soutenu par la masse intestinale et qu'il peut supporter sur le cadavre une traction de 10 à 15 kilogrammes sans s'abaisser. Il est donc peu probable que le poids de l'anse transverse du côlon soit suffisant pour amener sa ptose sur le vivant.

Ce n'est pas au resserrement du côlon et à l'augmentation de sa densité qu'il faut attribuer les ptoses abdominales, mais au relâchement des parois musculaires et des ligaments suspenseurs. Que le relâchement de ces ligaments puisse être rapporté à une sorte d'état diathésique général, nous sommes assez disposé à le croire avec M. Le Gendre.

L'existence fréquente du boudin cæcal, et l'existence beaucoup moins fréquente de la corde colique transverse coïncident habituellement avec la constipation. Cela nous paraît être l'indice d'un véritable état de spasme de la partie inférieure du tube digestif, chez des malades qui ont souvent de l'atonie de l'estomac, et chez lesquels, du reste, la clinique rend vraisemblable la succession de l'atonie et du spasme, dans le temps et dans l'espace. M. Glénard, avec lequel je me croyais d'accord sur ce point (3), n'admet pas ce

(1) Glénard. Palpation de l'intestin, in *Rev. des maladies de la nutrition*, 15 janv. 1894.

(2) L. Faure. *L'appareil suspenseur du foie, l'hépatoptose et l'hépatopexie*, Th. de Paris, 1892.

(3) G. Sée et Mathieu. *Rev. de méd.*, 1885.

spasme colique. Il y aurait une sténose due à l'atonie intestinale; il me semble qu'on se représente beaucoup plus facilement la sténose d'origine spasmodique que la sténose d'origine atonique. Jusqu'à présent le relâchement et la distension m'ont paru caractériser l'atonie gastro-intestinale.

Pour M. Glénard la néphroptose n'a pas d'importance par elle-même. C'est un signe indirect de l'entéroptose et il attribue à cette entéroptose ce que d'autres rapportent à la chute et à la mobilité du rein. On peut lui objecter que la néphroptose est souvent isolée, indépendante de tout signe de ptose intestinale, et que, si elle est souvent latente, elle se révèle parfois par des symptômes qui ne sont pas ceux que l'on rencontre dans l'entéroptose, qu'on ne voit même à peu près jamais, lorsqu'il y a une entéroptose en dehors, visible pour tout le monde, incontestable.

Le signe de la sangle — nous avons dit en quoi il consiste — est en quelque sorte à cheval sur les signes objectifs et les signes subjectifs. Il n'a pas toute la valeur que lui attribue l'école de Glénard. En effet, beaucoup de personnes, qui n'ont pas d'entéroptose susceptible d'être démontrée, éprouvent une sensation d'allègement, de bien-être, dès qu'on fait sur eux l'épreuve en question.

La sangle a été quelquefois utile à des personnes qui n'avaient ni le ventre saillant, ni le ventre tombant, qui n'avaient pas, par conséquent, d'entéroptose en dehors. C'est même cette circonstance qu'invoquent le plus volontiers les partisans de l'entéroptose en dedans, pour appuyer leur conviction dans l'existence de cette ptose inaccessible aux moyens de perception et de démonstration directes.

Il ne faut pas oublier cependant que la compression de l'abdomen peut avoir une grande influence sur les névropathes. Ne voit-on pas la compression de la région ovarienne provoquer ou arrêter des attaques convulsives? D'un autre côté, il arrive assez souvent que l'effet de la ceinture disparaisse, s'épuise, sans que l'on sache pourquoi. N'est-ce pas qu'il y avait là un élément de suggestion qui a fini par s'évanouir?

Examinons maintenant les signes subjectifs attribués par M. Glénard à l'entéroptose; il distingue, dans une première série, quatre ordres de phénomènes qu'il qualifie ainsi : asthéniques, méso-gastriques, choméliens et névrosiformes.

Les phénomènes choméliens sont des manifestations très communes, qui appartiennent à des dyspepsies de cause diverse. Ils peuvent parfaitement exister et ils existent souvent indépendamment de toute entéroptose en dehors et même d'entéroptose en dedans. Ils n'ont rien en tout cas de caractéristique.

Les phénomènes névrosiformes, les phénomènes asthéniques et une partie des phénomènes méso-gastriques sont des phénomènes de névropathie fréquents chez certains névrosés. Beaucoup d'entre eux appartiennent au cadre de la neurasthénie.

Ici se pose la question : La neurasthénie n'est-elle pas souvent la conséquence des ptoses viscérales intra-abdominales?

Il est certain que, chez des individus prédisposés, la ptose du rein, du foie, et peut-être aussi de l'intestin, peut devenir, certaines circonstances aidant, fatigue, surmenage, émotions morales, menstruation, la cause occasionnelle de l'éclosion des accidents névropathiques. Seulement, et cela montre que la prédispositien est là le fait capital, primordial, qui doit dominer la conception d'ensemble de ces états morbides, toutes ces ptoses peuvent rester absolument latentes ou ne donner lieu qu'à des accidents très modérés ou strictement localisés. Cela nous paraît péremptoire.

Dans une seconde série, nous avons, d'après M. Glénard, énuméré comme signes subjectifs de l'entéroptose : 1° l'apparition ou l'exacerbation des douleurs et des malaises vers trois heures du soir; 2° le réveil vers deux heures du matin avec ou sans malaise; 3° l'aggravation des malaises par l'ingestion de certains aliments (en première ligne, la graisse, les féculents, le lait, le vin); 4° l'irrégularité et l'insuffisance des selles.

Les douleurs tardives après le repas (trois à quatre heures de l'après-midi et deux heures du matin) se rencontrent dans des conditions tout à fait divergentes de dyspepsie : chez les hyperchlorhydriques, chez les femmes à corset trop serré qui ont un estomac vertical avec dilatation de l'antre prépylorique, dans l'entérite muco-membraneuse. Elle est donc très fréquente et M. Glénard, qui voulait annexer un grand nombre des dyspeptiques à l'entéroptose, a été amené à considérer cette douleur tardive comme un signe rationnel de ptose intestinale.

Parfois, il signale seulement, dans l'après-midi, vers quatre heures, une sensation de malaise général; mais c'est l'heure où la pression artérielle s'abaisse chez les neurasthéniques (1). C'est l'heure à laquelle les dames font volontiers visite au pâtissier, c'est à peu près l'heure du *five o'clock;* une tasse de thé, un gâteau et un peu de médisance relèvent les plus déprimées, sans qu'il soit besoin de sangle abdominale.

Quant aux intolérances alimentaires et à la constipation que signale M. Glénard, c'est également monnaie courante chez les dyspeptiques et les neurasthéniques. Ce qui m'étonne seulement, c'est qu'il attribue une si grande importance à l'intolérance pour le lait. Est-ce bien d'une intolérance vraie qu'il s'agit, n'est-ce pas plutôt une aversion plus ou moins superficielle? On voit si souvent des malades déclarer ne pouvoir ni sentir, ni supporter le lait, qui le prennent et le digèrent très bien dès qu'ils ont acquis la conviction que cet aliment leur est réellement utile.

Après cette série de critiques, qu'on ne soit pas tenté de considérer, comme simple acte de courtoisie, les sentiments d'estime, dont j'ai fait profession au début de cette étude pour les recherches de M. Glénard. Peut-être me demandera-t-on ce que je retiens de ces recherches et des interprétations de leur auteur. Le voici : 1° la démonstration de l'existence et de l'intérêt clinique de l'entéroptose vraie, de l'entéroptose en dehors; 2° la fréquence réelle du rein mobile et de l'hépatoptose; 3° l'existence de la sténose — j'allais dire du spasme — du côlon; 4° l'utilité de la sangle chez les vrais entéroptosés et chez certains névropathes dyspeptiques; 5° l'influence possible, en tant que cause occasionnelle, de l'entéroptose sur la genèse de la neurasthénie.

C'est quelque chose que cela. Qui ne voudrait en avoir autant à son actif?

---

(1) Chéron. *De l'hypodermie*, 1893.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 avril 1894. — Présidence de M. Rochard.

COMMUNICATIONS

Luxations récidivantes de la rotule. — M. Le Dentu a fait au genou, à propos d'une luxation récidivante de la rotule, une opération analogue à celle de M. Ricard.

Il s'agissait d'un enfant de sept ans qui avait une luxation ancienne de la rotule, réduite mais qui, en raison de la grande laxité de tous les liens fibreux de l'articulation, quittait à chaque instant sa position normale et se portait en dehors.

Pour remédier à cet état de choses, à la partie interne de l'articulation, en dedans de la rotule, M. Le Dentu mit à nu la capsule et y fit un pli, à la base duquel il fit passer un catgut qu'il enroula en surjet autour du pli de la synoviale qui se trouva rétrécie d'autant. Les suites opératoires furent simples et, depuis, la luxation ne s'est pas reproduite.

L'hygiène au Havre. — M. Gibert rappelle la mortalité exceptionnelle qui sévissait au Havre autrefois, il s'est préoccupé, depuis de longues années, d'appeler l'attention de l'opinion publique de cette cité sur les meilleurs moyens d'améliorer son état sanitaire.

Entré au conseil municipal, en 1876, il déposa aussitôt un mémoire sur la création d'un Bureau d'hygiène, à l'exemple de ceux qui avaient été créés à Turin par Rizzetti et à Bruxelles par Janssens. Ce bureau fut créé dix ans après; il vient de publier un exposé de ses travaux que M. Gibert présente à l'Académie.

La mortalité de la ville du Havre est, pour la dernière décade, de 30 p. 1000 dans l'ensemble de la ville; mais dans certains quartiers, certaines rues et même certaines maisons, elle s'élève jusqu'à 56,60 et même 110 p. 1000. Chose remarquable : ce ne sont pas toujours les maisons ou les rues habitées par la population la plus misérable ou la plus adonnée aux excès de toutes sortes qui témoignent de la mortalité la plus élevée.

Il faut aussi observer que la phtisie, la diphtérie, la fièvre typhoïde et même le choléra ont au Havre la même distribution géographique, se concentrant, chaque fois qu'elles s'y montrent, presque dans les mêmes parties de la ville, et ce n'est que lorsque l'on a pu les attaquer par des mesures de désinfection régulières et bien appliquées que ces maladies ont pu être jugulées. La phtisie s'y transmet par contagion, d'étage à étage, de même la diphtérie.

Quant à la fièvre typhoïde et au choléra, dans les dernières épidémies, les cas se sont également montrés dans les mêmes rues, presque dans les mêmes maisons. Or, M. Gibert a pu démontrer que le choléra a été, en 1892, importé au Havre; il n'y a pas été transmis par l'eau, mais il s'est propagé par contagion directe. Il lui paraît en être de même pour la fièvre typhoïde, quoi qu'en aient dit MM. Brouardel et Thoinot dans l'enquête qu'ils firent sur place.

M. Brouardel a conclu à l'infection des eaux de la source Saint-Laurent. M. Gibert n'admet pas son opinion, et cela, pour diverses raisons. Il est un premier point qui a son importance : l'épaisseur (70 mètres) du filtre au travers duquel doivent passer les germes pour arriver jusqu'aux sources. Il admet, bien que cela soit peu vraisemblable, que certaines fractures du terrain pourraient amener dans la nappe aqueuse où s'alimente la source Saint-Laurent des eaux contaminées par les déjections répandues sur le plateau. Mais si cette hypothèse était réalisée en fait, la contamination se révélerait par l'examen bactériologique; or, celui-ci fait avec le plus grand soin a toujours dénoté l'absence du bacille d'Éberth dans l'eau. Il y a plus : les habitants du plateau utilisent l'eau d'un puits qui s'alimente à la même nappe que la source; or, la fièvre typhoïde est absolument inconnue chez eux.

Ces raisons sont corroborées, et cela de la manière la plus probante, par l'étude de l'épidémie au Havre même.

Tout d'abord la ville a été atteinte dans tous ses quartiers par l'épidémie; or, quatre sources fournissent l'eau à la population. Il faudrait donc admettre que toutes ces sources ont été contaminées en même temps. Cette hypothèse est d'autant moins admissible que ces quatre sources prennent naissance à des distances assez grandes les unes des autres (16 kilomètres).

Si ensuite on examine les points de la ville où l'épidémie a eu son maximum et ceux où elle a eu son minimum, on constate ce fait étrange que les quartiers riches, où les habitants vivent dans les meilleures conditions hygiéniques, ont été particulièrement éprouvés. Le Perret, au contraire, l'endroit le plus malsain, celui qui abrite la population la plus misérable, a été presque complètement épargné. Il s'est même produit, dans ces quartiers riches, ce fait véritablement paradoxal que, dans une villa, le maître de la maison mourut de la fièvre typhoïde; or, se défiant énormément de l'eau de la ville, il ne s'était servi que d'eau minérale. Les autres habitants de la villa, qui avaient usé de l'eau de Saint-Laurent, restèrent indemnes de la maladie.

A première vue, on ne s'explique pas que les quartiers riches aient payé un si rude tribut à la dothiénentérie, alors que le plus misérable des quartiers n'a presque rien eu. L'explication, à mon sens, est pourtant très simple. Le sol des quartiers riches était souillé; celui du quartier pauvre ne l'était pas.

Le quartier pauvre, Le Perret, est construit sur des terrains de galets; les eaux du sous-sol sont soumises aux fluctuations de la marée, qui, deux fois par jour, nettoie ce sous-sol. De là, pour ce quartier malsain, une cause de salubrité qui fait défaut dans les quartiers riches. Il y a plus :

Dans les quartiers riches, il n'y a pas d'égouts; il n'y a guère que des puisards. Ces puisards absorbent bien, dans les premiers temps, tous les liquides qu'on y jette, et avec eux leurs germes, mais à force d'absorber, ils finissent par se colmater, n'absorbent plus, et alors les germes morbides se disséminent peu à peu au loin, à travers le sol avoisinant. Il résulte de là que la plus grande partie de la ville du Havre se trouve construite, en réalité, sur un véritable marécage infectieux.

La conséquence de tout cela est facile à déduire. On voit, dans ces faits, la preuve que l'eau n'est pas le seul agent de transmission de la fièvre typhoïde et que celle-ci peut fort bien être le résultat d'une infection par le sol. Mais on y voit aussi cette conséquence pratique, applicable à bien d'autres villes de France que Le Havre, c'est la nécessité pour les municipalités d'assurer un drainage parfait de leur sous-sol, afin de le débarrasser définitivement, au fur et à mesure de leur production, des germes morbides qui peuvent s'y déposer.

Ces améliorations, des villes étrangères les ont réalisées avec un zèle, une activité qui, malheureusement, ne se sont pas rencontrés chez nous. Aussi voyons-nous à Londres, à Berlin, à Bruxelles, et dans bien d'autres centres populeux, la mortalité diminuer et la fièvre typhoïde tendre à disparaître, alors que chez nous il en est tout autrement.

Le devoir de l'Académie serait de réagir contre un pareil état de choses. Sans doute, elle a une commission des épidémies qui récompense de temps à autre un travail intéressant sur les épidémies, et on ne saurait trouver cela mauvais, mais cela peut-il remédier à l'insuffisance de l'hygiène publique en France? C'est auprès des pouvoirs publics que l'Académie devrait agir pour obtenir de sérieuses réformes d'hygiène. Parmi ces réformes, une des premières qui s'im-

pose est celle de la création de véritables médecins d'épidémies, ne s'occupant que des questions d'épidémies et d'hygiène générale et ayant renoncé à la clientèle.

Un jeune médecin a bien voulu être mon correspondant à propos d'une petite épidémie qui avait sévi dans sa commune. On l'apprit, et presque toute sa clientèle le quitta; il nous fut fort difficile de lui trouver une situation pour remplacer celle que son zèle et son dévouement venaient de lui faire perdre.

Sans doute, ces réformes impliquent une forte dépense et c'est là l'objection contre laquelle nous nous buttons à chaque instant. Mais qu'est-ce que la dépense lorsqu'il s'agit de conserver la santé et la vie de nos concitoyens! Puisque nous ne savons plus faire d'enfants, sachons au moins les conserver.

M. Dujardin-Beaumetz tient à relever plusieurs points de la communication de M. Gibert. Pour M. Gibert, le sol d'une ville peut donner la tuberculose, la diphtérie, la fièvre typhoïde. Pour ce qui est de la tuberculose et de la diphtérie, c'est non pas le sol de la rue, mais le sol de la chambre qui les donne. C'est ce qui explique que nous arrêtions la propagation de ces maladies par la désinfection des habitations. Quant à la fièvre typhoïde, si c'est le sol de la rue qui la transmet, où M. Gibert trouvera-t-il l'élément du contage, la relation directe et immédiate entre ce sol et l'individu contaminé? M. Dujardin-Beaumetz ne nie pas la contagion de la fièvre typhoïde, mais il la croit très lente et très difficile. Il croit surtout que cette contagion ne s'exerce guère que dans les campagnes, en raison des conditions hygiéniques spéciales que présentent les habitations des paysans. Mais M. Dujardin-Beaumetz repousse l'hypothèse de la transmission de la fièvre typhoïde par le sol ou le sous-sol d'une ville; tandis qu'il est hors de doute, pour lui, que cette transmission se fait le plus ordinairement par l'eau de boisson. Il en donnera prochainement une nouvelle preuve en faisant connaître les résultats de l'enquête sur les origines de l'épidémie de Paris. Ce sont bien incontestablement les eaux de la Vanne qui doivent être incriminées bien qu'on n'y ait pas trouvé le bacille d'Eberth.

M. Gibert n'a pas confondu entre eux les modes de transmission de la tuberculose, de la diphtérie et de la fièvre typhoïde. Les deux premières maladies sont propagées par contagion directe assurément; il s'est borné à nier qu'au Havre la fièvre typhoïde ait pu être propagée par l'eau d'alimentation qui ne renferme pas de bacilles typhiques, alors que le sol en fourmille. L'épidémie de choléra à Yport, en 1892, a nettement montré que des maladies de cause alimentaire comme celles-ci peuvent être transmises par contagion directe et par l'air. Actuellement, une épidémie de fièvre typhoïde sévit aux environs de la gare de Beuzeville où il n'y a pas de puits ni de cours d'eau, mais qui reçoit des vidanges du Havre.

N'a-t-on pas vu maintes fois à la campagne des individus, dont les chaussures étaient salies par un sol pollué, placer à leur bouche les mains qui s'étaient également salies au contact de la chaussure et avaient ainsi introduit des germes nocifs dans leur tube digestif? C'est d'ailleurs à la campagne, bien mieux que dans les grandes villes où les conditions sociales sont si diverses, que l'étiologie des grandes maladies épidémiques est aisée à suivre.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 7 avril 1894, ont été promus dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe Ayme.

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — MM. les médecins principaux Rangé et Kieffer.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Pichon.

Au grade de médecin de première classe. — MM. les médecins de deuxième classe Rimbert et Guinier.

— Un concours pour la nomination à trois places de médecin au Bureau central s'ouvrira le vendredi 18 mai 1894, à midi, à l'Administration centrale. Le registre d'inscriptions sera ouvert le lundi 16 avril 1894, à midi, et clos définitivement le samedi 28 du même mois, à trois heures.

— MM. les médecins-majors de première classe Goubeau, Choux et Fluteau; M. le médecin aide-major de première classe Boullet, et M. le médecin-major de deuxième classe Laflorgue sont désignés pour le service de l'hôpital de Bourbonne-les-Bains.

— M. le médecin principal de deuxième classe Lenoir; MM. les médecins-majors de première classe Delamarre, Darricarrère, et Soillier; MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Haller et Marie sont désignés pour le service de l'hôpital de Vichy.

— M. le médecin-major de première classe Rigal et M. le médecin-major de deuxième classe Pourrat sont désignés pour le service de l'hôpital de Bourbon-l'Archambault.

— M. Dumayne, médecin principal de deuxième classe; MM. les médecins-majors de première classe Carette et Péborde; MM. les médecins aides-majors de première classe Viéla et Bousquet, sont désignés pour le service de l'hôpital de Barèges.

— *École de médecine d'Alger.* — MM. Martinet et Lordeau sont nommés, le premier, préparateur de pharmacie, le second, préparateur de matière médicale.

— *Hôpital Saint-Louis.* — Cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques. — Le professeur Alfred Fournier reprendra ce cours le vendredi, 13 avril, à dix heures, et le continuera les mardis et vendredis suivants.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Faculté de médecine de Toulouse. — Sont maintenus dans les fonctions de chef de clinique : MM. Destarac et Rigal (clinique médicale); Stieber (clinique obstétricale); Chabaud (clinique des maladies des enfants).

— *École de médecine d'Amiens.* — M. le docteur Boussavit est institué chef de clinique chirurgicale.

— *École de médecine de Clermont.* — M. le docteur Truchot est nommé professeur de physique (chaire nouvelle).

Un congé est accordé, sur sa demande, à M. le professeur Blatin.

— *École de médecine de Rennes.* — M. Bertheny, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, est prorogé dans ses fonctions.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Hue, suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, est prorogé dans ses fonctions.

— *École de médecine de Tours.* — M. le docteur Archambault est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Abaut (de Langoiran), Buttura (de Cannes), Cusco, ancien chirurgien des hôpitaux de Paris; Didelon (de Nancy), Géry (de Solliès-Pont), Grenet (de Paris), Joisson (de Mouron), Joly et Rogues, médecins-majors de première classe en retraite; Laguens (de Castillon), Lahaye (de Thiaucourt), Paniès (de Lauzerte), Sailly (de Paris); Védrennes, médecin-inspecteur des armées en retraite, et de M. Marcel Couraud, externe du service de M. Landrieux. Ce malheureux jeune homme a succombé à une piqûre anatomique qu'il s'est faite en pratiquant l'autopsie d'un malade mort de pneumonie infectieuse.

— M. le docteur Péan reprendra, à l'Hôpital International, ses cours de clinique et d'opérations chirurgicales, samedi prochain 14 avril, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants, de neuf heures et demie à midi.

— M. le professeur Duplay reprendra ses leçons de clinique chirurgicale à l'Hôtel-Dieu, le mardi 17 avril, à neuf heures et demie et les continuera les mardi et vendredi de chaque semaine à la même heure.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 15 avril 1894, à Gennevilliers (jardin d'essai de la Ville de Paris, pour l'épuration et l'utilisation agricoles des eaux d'égout).

Départ à neuf heures vingt par la gare Saint-Lazare, pour la station de Clichy-Levallois.

Les leçons du jeudi soir reprendront à l'Hôtel de Ville, le jeudi 19 avril à huit heures et demie du soir.

— *Revue générale des sciences pures et appliquées* n° 7 (15 avril). — I. M. P. FERROUILLAT : La lutte contre l'oïdium et le mildiou. — II. Mlle P. TSIKLINSKY : L'immunité expérimentale contre le vibrion du choléra asiatique. — III. M. C. GUILLAUME : L'Exposition de la Société française de physique.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.* — La Compagnie du chemin de fer d'Orléans délivre des billets pour les deux itinéraires suivants :

Premier itinéraire (1re classe, **86** fr.; 2e classe, **63** fr.; durée, **30 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *vid* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *vid* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Deuxieme itinéraire (1re classe, **54** fr.; 2e classe, **41** fr.; durée, **15 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais et retour à Paris, *vid* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2, pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

REVUE GÉNÉRALE

Du régime alimentaire dans l'albuminurie.

Par M. le docteur Lasserre,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

L'albuminurie n'est qu'un symptôme que l'on peut voir survenir dans les affections rénales les plus diverses. Elle ne constitue pas une maladie propre; aussi sa constatation n'entraîne pas une thérapeutique univoque. On a cru autrefois que toute albuminurie était passible du régime lacté exclusif. « Tout individu convaincu d'albuminurie était un condamné au lait à perpétuité (1). » Mais on est revenu de cette méthode thérapeutique trop exclusive, souvent inutile, parfois nuisible. Les travaux de MM. Lecorché et Talamon, la discussion qui a eu lieu en août 1892 à l'Académie de médecine, le livre de M. Labadie-Lagrave sur la *Pathogénie et le traitement des néphrites* (2) [auquel nous ferons de nombreux emprunts], ont aidé à cette réaction et remis à l'ordre du jour la question du régime dans l'albuminurie.

L'albuminurie ne doit pas être le critérium unique sur lequel on se basera pour instituer la thérapeutique dans les affections rénales. En effet, son abondance est loin d'être en relation avec les lésions qui la provoquent. Une néphrite aiguë, par exemple, peut s'accompagner d'une albuminurie abondante sans entraîner un pronostic grave, tandis qu'on voit souvent survenir l'urémie dans le cours d'une albuminurie de quantité insignifiante et même parfois chez des rénaux dont l'urine ne renferme, en ce moment, aucune trace d'albumine.

D'autre part, la déperdition de l'organisme en albumine n'est jamais suffisante pour être par elle-même une source d'indications thérapeutiques. Senator a bien mis en lumière cette considération (3).

Enfin, il est difficile actuellement d'affirmer que l'on peut reconnaître l'existence ou la non-existence d'une lésion rénale par la nature de l'albuminurie; car les expériences de MM. Lépine et Cazeneuve (4), entre autres, sont venues ébranler la différenciation établie entre les albumines rétractiles et non rétractiles. Bien plus importants seront, pour guider le traitement, l'examen complet des urines (quantité, densité, matières extractives, toxicité) et l'étude du syndrome clinique que présente le malade.

Ces réserves faites, il n'en est pas moins vrai que l'albuminurie, qui est un des symptômes les plus importants des affections rénales et un des plus faciles à constater en clinique, réclame une thérapeutique qui, si elle diffère suivant les cas particuliers, est néanmoins basée sur des principes fondamentaux, à des indications toujours semblables, déterminées par la connaissance des fonctions si importantes du rein et par les hypothèses pathogéniques de l'albuminurie.

Le rôle des reins, émonctoires chargés de l'élimination des déchets de la nutrition, montre clairement quelle importance de premier ordre le régime alimentaire doit jouer dans le traitement de ses lésions, d'autant plus que le rein malade est particulièrement susceptible à l'action des matières toxiques. Cette susceptibilité du rein pathologique rend de même nocif l'emploi d'un grand nombre de médicaments. Aussi cette question du régime alimentaire dans l'albuminurie a-t-elle une importance énorme et prime-t-elle toute la thérapeutique des affections rénales.

Prenant pour type l'albuminurie la plus fréquente, celle qui est liée au mal de Bright, voyons, en effet, quelles sont les indications fondamentales qui se présentent.

La première indication est évidemment de faciliter l'accomplissement des fonctions rénales, de favoriser la polyurie. Les reins sont chargés d'éliminer les produits toxiques, déchets de la nutrition, terme ultime de la transformation des matières alimentaires. Leur rétention dans l'économie, due à l'imperméabilité pathologique du filtre rénal, donnant lieu aux accidents toxiques les plus graves, il faut, de toute nécessité, aider à leur élimination. On doit donc éviter avec soin tout ce qui peut diminuer la quantité des urines. La polyurie est, comme on le sait, un symptôme des plus favorables dans le cours des affections rénales.

Il faudra de même réduire au minimum l'introduction dans l'organisme des substances toxiques, des substances susceptibles de fermentation et surtout des albuminoïdes. Ce sont, en effet, ces substances qui produisent, par leur métamorphose dans le tube digestif, ces matières, dites matières extractives (créatine, créatinine, xanthine, leucine, tyrosine, etc.), qui agissent comme de vrais poisons et sont particulièrement nocives pour le rein. D'après M. Gaucher, l'injection de ces poisons produit une véritable néphrite. Ces expériences méritent une confirmation (1), mais en tout cas, ces matières ne peuvent exercer qu'une influence fâcheuse sur le rein déjà malade, d'où l'extrême importance de réduire au minimum l'emploi des aliments qui leur donnent naissance.

Enfin une autre indication se pose, peut-être cependant moins importante que la précédente, c'est de diminuer l'albuminurie d'origine alimentaire. Il semblerait, au premier abord, que, de même que dans le diabète on réduit le plus possible l'introduction du sucre dans l'économie, il faille aussi dans l'albuminurie se défier avec soin des albumines dans l'alimentation.

Certaines expériences, certaines observations (Claude Bernard, Senator, etc.) signalent, en effet, l'apparition d'albuminurie consécutivement à l'ingestion d'albumines sous forme d'œufs, par exemple. Mais ces faits ont été interprétés de différentes manières et on peut admettre avec Senator (2) que cette albuminurie alimentaire dépend de troubles gastriques concomitants, la surcharge du sang en albumine, l'hyperalbuminose ne jouant pas le principal rôle. Quoi qu'il en soit, et nous ne voulons pas discuter ici cette question complexe qui est celle de la pathogénie de l'albuminurie, il paraît prouvé que l'élimination des toxines est plus dangereuse pour le rein malade que celle des substances albuminoïdes; celles-ci peuvent cependant irriter le glomérule et les tubuli, surtout quand, ingérées en excès et digérées incomplètement, elles sont transformées simplement en syntonine.

En outre, se rappelant le rôle important que M. le professeur Hayem fait jouer aux troubles digestifs dans la pro-

(1) Lecorché et Talamon. *Méd. moderne*, 14 janvier 1893.
(2) Bibl. Charcot-Debove.
(3) Senator. *Traité de l'albuminurie*, 1891.
(4) Lépine et Cazeneuve. Soc. de biol., 1881.

(1) Hayem. *Leçons de thérapeutique*.
(2) Senator. Loc. cit., p. 171.

duction de l'albuminurie, il sera indiqué de veiller avec le plus grand soin à l'intégrité des fonctions gastro-intestinales.

Il résulte nettement des considérations précédentes que la thérapeutique des affections rénales, de l'albuminurie en particulier, est presque exclusivement réduite à une question d'hygiène alimentaire et que le régime y joue le rôle le plus important.

II

Quel est donc le régime qui répond le mieux à ces desiderata, qui remplit le mieux ces indications ? C'est sans contredit le régime lacté exclusif. Le lait, depuis longtemps employé d'une façon empirique dans le traitement des hydropisies, est maintenant reconnu comme l'aliment de choix dans les affections rénales. Des travaux récents sur la digestion sont venus corroborer les résultats fournis par la pratique et consacrer l'efficacité du régime lacté exclusif dans le traitement des néphrites.

Le lait répond en effet à toutes les indications thérapeutiques que nous avons posées :

Il a une action diurétique qui favorise l'élimination des matériaux toxiques formés dans l'organisme.

Bien digéré, il ne donne qu'une quantité insignifiante de résidu et aucun des principes qu'il renferme n'est nocif pour l'épithélium rénal.

Il réduit les fermentations et les phénomènes de putréfactions intestinales à leur minimum. Vintervitz (1) a démontré récemment qu'il possède une force retardatrice sur la putréfaction des albuminoïdes et la formation des premiers produits intimes de décomposition (leucine, tyrosine, etc.), ainsi que sur les produits ultérieurs (indol, skatol, etc.).

Enfin, non seulement il est d'une digestion facile, mais, en outre, il produit sur les voies digestives des effets thérapeutiques remarquables.

Pour toutes ces raisons, le lait est l'aliment de choix dans l'albuminurie et, dans certains cas, il est même le seul aliment possible. Le *régime lacté exclusif* possède, en effet, de nombreuses applications dans les affections rénales.

Il s'impose d'abord dans les néphrites aiguës et, dans ces cas, il est l'agent le plus actif de la guérison. C'est par son emploi rigoureux que l'on peut espérer obtenir le retour complet à l'état sain de l'organe malade ; il empêche l'établissement de lésions définitives. Il en est de même pour les accidents aigus survenant dans le cours des néphrites chroniques. Chaque fois, en un mot, que l'on peut diagnostiquer l'existence d'une poussée congestive sur le rein, il faut aussitôt établir rigoureusement le régime lacté exclusif.

Dans les néphrites chroniques, chaque fois que l'on pourra craindre l'apparition de l'insuffisance urinaire et, à plus forte raison, lorsque des accidents d'origine cardiaque ou d'ordre urémique se seront déclarés, il y a urgence absolue à instituer ce régime dans toute sa rigueur. Seul, il possède dans ces cas une valeur thérapeutique réellement efficace.

Lorsqu'on se trouve en présence d'une albuminurie dont l'origine est inconnue, dont on ignore l'ancienneté, il est indiqué également de commencer, s'il s'agit d'un malade vigoureux, par établir le régime lacté absolu, qui pourra, dans quelques cas, amener une amélioration rapide et parfois même la guérison. Mais si, après trois semaines environ de ce régime, la diminution de l'albumine ne se produit pas, ou cesse de progresser, il faut revenir à un régime moins exclusif. Cette indication a été nettement posée par M. Brault (1).

Enfin, dans les cas d'albuminurie survenant dans le cours de la grossesse, l'alimentation exclusivement lactée, que M. le professeur Tarnier conseille depuis longtemps, sera le meilleur moyen de prévenir les accidents éclamptiques. Tous les accoucheurs sont unanimes à ce sujet, comme l'a montré la discussion qui a eu lieu récemment à l'Académie de médecine (2) sur le traitement de l'éclampsie. Ce que nous savons sur le rôle du lait dans les auto-intoxications et les recherches récentes sur la pathogénie de l'éclampsie, tout cela contribue d'ailleurs à donner une nouvelle force à cette méthode thérapeutique.

Tels sont les cas dans lesquels la diète lactée s'impose d'une façon rigoureuse, son application pouvant être pour le malade une question vitale.

III

Le lait étant un aliment complet peut suffire, pendant quelque temps, à l'alimentation d'un adulte, surtout quand il est soumis au repos absolu (nous verrons plus loin qu'il est insuffisant à nourrir un homme valide). Mais encore faut-il pour cela qu'il soit pris en quantité suffisante. La dose quotidienne nécessaire est de 3 à 4 litres en moyenne. Mais souvent cette dose sera difficilement tolérée ; elle provoquera des troubles digestifs, tels que vomissements, diarrhée, et produira un dégoût absolu pour cet aliment. Là sont les écueils du régime lacté intégral, contre lesquels le médecin doit lutter de toutes ses forces.

Pour les éviter, il faudra régler d'une manière rigoureuse la diète lactée et surveiller étroitement les malades qui y sont soumis. Le lait doit être administré comme un médicament et non au hasard. Il ne suffit pas de dire au malade de boire 4 litres de lait par jour, il faut lui indiquer les moyens de supporter facilement cette alimentation monotone, en insistant sur les plus petits détails de pratique qui acquièrent, dans certains cas, une grande importance.

On commencera d'abord le régime lacté par des doses peu élevées : 1 litre suffira le premier jour. Certains auteurs préfèrent, sauf les cas d'urgence, laisser manger un peu les malades les premiers jours, pour arriver graduellement à la diète lactée qui serait ainsi mieux supportée.

Le lait sera pris à doses fractionnées et à intervalles réguliers, par tasse de 300 grammes toutes les deux heures, par exemple. M. Labadie-Lagrave recommande que, pendant la nuit, le malade profite des moments de réveil pour en absorber une certaine quantité, afin qu'il n'y ait pas d'interruption dans l'action du régime. Ingéré en trop grande quantité à la fois, le lait donnerait presque toujours lieu à des phénomènes d'intolérance dont la diarrhée est le premier symptôme.

Le lait est généralement mieux supporté froid ; en tout cas, on laissera au malade toute latitude à cet égard.

Son goût est très désagréable à certains malades; il fau-

(1) Cité par Rondot, in *Régime lacté* (Bibl. Charcot-Debove).

(1) Brault. *Traité de médecine*, t. X, p. 730.
(2) *Bull. de l'Acad. de méd.*, janv. 1893.

dra alors l'aromatiser avec du cognac, du kirsch, y ajouter un peu de café noir, du sucre ou du chlorure de sodium, suivant le cas, et conseiller de se rincer la bouche avec de l'eau de Vichy après chaque prise de lait, pour éviter la fadeur qu'il provoque et qui, souvent, en amène le dégoût.

S'il entraîne des vomissements, on conseillera de le prendre glacé ou additionné soit d'eau de Vals (une à deux cuillerées à soupe par tasse), soit de bicarbonate de soude (à la dose de 1 gramme). Dans le cas de diarrhée, on le coupera avec de l'eau de chaux.

Le lait de chèvre et le lait d'ânesse pourront, pendant quelques jours, remplacer le lait de vache, s'il n'est plus supporté.

Le lait doit être pris bouilli pour éviter les dangers d'infection possible, d'autant plus à craindre que, chez les albuminuriques, l'organisme est débilité. Mais le lait bouilli est moins digestible que le lait cru; aussi M. Germain Sée conseille-t-il de le remplacer par le lait stérilisé qui est souvent mieux supporté et dont l'usage a pu, dans quelques cas, faire cesser une diarrhée rebelle. L'emploi du lait stérilisé se répand d'ailleurs tous les jours davantage et est destiné à prendre une grande extension. La simplicité des appareils qui permettent sa préparation à domicile y contribue largement. On en trouvera la description complète dans la thèse de M. Chavane (1).

Enfin, chez quelques malades qui ne supportent le lait d'aucune façon, on essayera de le remplacer par des laits fermentés, tels que le képhir ou le koumys.

Le képhir est un lait de vache fermenté à l'aide d'un champignon que l'on recueille au Caucase, connu sous le nom de grains de képhir et qui renferme des cellules de levûre et un bacille spécial. Sous l'influence de cette fermentation, les matières albuminoïdes du lait se transforment en caséine, albumine, syntonine et peptone et il se produit une notable quantité d'acide lactique. La digestion en est, par suite, très facile. Le képhir pourra donc être très utile chez les albuminuriques dyspeptiques. On l'emploie aux mêmes doses que le lait.

Le koumys s'obtient par la fermentation lactique et alcoolique du lait de jument ou de vache. Il présente à peu près les mêmes avantages que le képhir; mais, d'après Strange, sa valeur alimentaire est assez faible. Cinq litres ne suffiraient pas à la ration d'un adulte, si on n'y ajoutait une certaine quantité d'hydrates de carbone.

Telles sont les principales précautions qui doivent présider à l'établissement de la diète lactée et les principaux moyens dont le médecin peut disposer pour en assurer l'exécution dans les cas difficiles.

Sous l'influence de ce régime rigoureux, on voit bientôt les symptômes s'amender : la quantité des urines augmente, les œdèmes disparaissent, les phénomènes qui avaient pu faire craindre l'urémie rétrocèdent, l'albuminurie diminue ; elle peut même, spécialement dans les néphrites aiguës, disparaître complètement. Quinze jours à trois semaines peuvent suffire pour obtenir ce résultat.

Lorsque, après ce temps de régime rigoureux, les urines renferment encore de l'albumine, faut-il continuer la diète lactée, dans l'espoir de faire disparaître cette albuminurie persistante? Non, c'est là une pratique fâcheuse contre laquelle MM. Lecorché et Talamon se sont vigoureusement élevés. La diète lactée trop longtemps prolongée devient inutile. En effet, après trois semaines ou un mois, on a obtenu, par le régime lacté, toute l'amélioration que l'on peut en attendre. La diminution dans la quantité de l'albumine ne continuera plus; elle persistera à un taux minimum sur lequel le lait n'aura plus aucune prise.

En outre, fait bien plus important, le régime lacté exclusif trop longtemps prolongé produit les effets les plus fâcheux, a des inconvénients sérieux qu'il nous faut indiquer maintenant.

C'est d'abord le dégoût qu'il provoque si souvent, très variable d'ailleurs suivant les individus. Cependant il est peu de malades qui ne se fatiguent à la longue de cette alimentation si exclusive et toujours semblable, pour laquelle ils finissent par éprouver une réelle répulsion. Or, chez de nombreux albuminuriques et spécialement chez les brightiques, il surviendra ultérieurement, dans le cours de la maladie, des épisodes aigus dans lesquels la diète lactée redevient urgente. On voit quelles difficultés surgiraient alors en présence d'un malade déjà dégoûté du lait par suite d'un usage trop longtemps et inutilement prolongé.

En outre, le lait peut produire à la longue des troubles gastro-intestinaux, qu'il faut, avons-nous dit, éviter avec soin chez les albuminuriques.

Mais le plus grand reproche que l'on puisse faire à la diète lactée est d'être, à la longue, un régime débilitant, anémiant. Si le lait est un aliment parfait pour l'enfant nouveau-né, s'il peut suffire quelque temps à un adulte soumis au repos absolu, il est insuffisant pour nourrir un homme qui, comme presque tous les albuminuriques, reste valide ; son emploi exclusif amène la diminution du poids du corps, la perte des forces, produit une véritable anémie, qui se montre d'autant plus facilement et qui est d'autant plus à redouter que les albuminuriques ont une grande tendance à la cachexie. MM. Lecorché et Talamon (1) ont rapporté des observations de malades chez qui, à la suite d'une diète lactée longtemps prolongée (quatre mois, neuf mois, dix-huit mois), on trouvait un état général des plus précaires : perte des forces, amaigrissement (de 35 livres dans un cas), affaiblissement extrême. La cessation de la diète lactée amena, dans tous ces cas, une amélioration rapide en même temps que cessait parfois une albuminurie, réduite, il est vrai, au minimum, mais que le lait était impuissant à faire disparaître.

L'étude de la composition chimique du lait vient donner la raison de ces faits. En comparant la proportion des différents principes que renferme le lait avec la ration d'entretien d'un homme adulte, on voit que, en faisant ingérer quatre litres de lait (ce qui est la dose maximum que l'on puisse atteindre), on donne une quantité plus que suffisante d'albumine et de graisses, tandis que la quantité des principes hydrocarbonés est insuffisante. C'est à cette restriction des hydrocarbures qu'il faut attribuer la dénutrition qui accompagne la diète lactée (2).

Les travaux récents de M. Germain Sée (3) sur la ration d'entretien en sont d'ailleurs la preuve. Il y insiste sur l'importance des hydrocarbures dans l'alimentation et

(1) Chavane. *Du lait stérilisé. Son emploi dans l'alimentation du nouveau-né*, Th. de Paris, 1893.

(1) Lecorché et Talamon. *Méd. moderne*, 14 janv. 1893.
(2) Rondot. *Régime lacté*, p. 23.
(3) G. Sée. Acad. de méd., 1892.

propose de remplacer l'ancienne ration d'entretien composée de :

Albumine	118 grammes.
Graisses.	40 —
Hydrocarbure . . 350 à	400 —

par la suivante :

Albumine	60 grammes.
Graisses.	60 —
Hydrocarbures.	500 —

Ces connaissances sont d'une grande importance pour l'établissement du régime alimentaire.

La diète lactée exclusive ne doit donc pas être appliquée inutilement ; elle sera réservée aux cas que nous avons énumérés plus haut ; dans toute autre circonstance, l'albuminurie ne réclamera pas de thérapeutique aussi énergique ; il faudra permettre au malade une alimentation plus large. Le lait n'en reste pas moins fort utile dans ces cas ; joint à une alimentation choisie, il constitue le régime habituel des brightiques, le *régime mixte*. Ce régime, loin d'entraîner l'amaigrissement comme la diète lactée, est, au contraire, un régime d'engraissement à cause de la richesse du lait en graisses, sa pauvreté en hydrocarbures étant compensée par les aliments que l'on y joint (1).

Le lait pris comme boisson aux repas sera suffisant à la dose de 1 à 2 litres par jour. Coupé avec des eaux alcalines, il sera la boisson de choix pour les albuminuriques.

Enfin, chez quelques albuminuriques, on peut supprimer complètement l'usage du lait et le remplacer par d'autres boissons ; et cela dans les cas où il est mal supporté comme boisson de table ; mais surtout chez les malades dont l'albuminurie est très peu abondante, irréductible, et nullement influencée par le régime. Telles sont les albuminuries persistantes, consécutives à des néphrites aiguës, qui ne s'accompagnent d'aucun trouble de la santé, et que MM. Cuffer et Gastou ont considéré comme due à des néphrites partielles (2).

Nous allons donc étudier successivement quels sont les aliments et les boissons que l'on doit conseiller aux brightiques et dans quelles conditions on doit en régler l'usage.

Aliments. — Quels que soient les aliments que l'on permette aux brightiques, leur emploi doit être soumis à des règles hygiéniques sévères qui en faciliteront la tolérance. Ils ne devront être ingérés qu'en petite quantité à la fois ; l'albuminurie augmentant par le fait de la digestion, on conseillera des repas fréquents et peu abondants ; en outre, le taux de l'albumine étant toujours plus élevé le soir, il y aura intérêt à remplacer le repas du soir par une légère collation.

Les aliments seront ingérés sous une forme qui en rende la digestion facile. Les poudres de viande, les viandes pulpées, les purées de légumes sont des préparations très avantageuses, car elles ne donnent presque pas de résidu. Les mets seront préparés simplement sans épices, sans condiments, de façon à être le moins nocifs pour l'épithélium rénal. On ne permettra que des aliments frais qui donnent beaucoup moins de matières extractives toxiques. En un mot, on respectera autant que possible les indications générales que nous avons posées au début.

(1) Mathieu. *Thérapeutique des maladies de l'estomac et de l'intestin*

(2) Cuffer et Gastou. *Rev. de méd.*, fév. 1891.

Quant à la nature des aliments permis, c'est là une question souvent discutée et différemment résolue, certains aliments, les œufs, la viande, par exemple, ayant été successivement regardés comme nuisibles ou inoffensifs.

Il est difficile, en effet, d'établir une règle générale pour l'alimentation des brightiques, les uns supportant bien un régime presque semblable à celui de l'homme sain, les autres voyant survenir des accidents au moindre écart de régime. Aussi faut-il, pour chaque malade, procéder par tâtonnements en se guidant sur son état général, sur l'intégrité plus ou moins parfaite de ses voies digestives, en recherchant ses susceptibilités individuelles (certains aliments produisant toujours une augmentation du taux de l'albumine), on arrivera ainsi à instituer le régime le plus utile dans chaque cas ; et ce sera celui qui, sans donner lieu à aucun accident d'insuffisance rénale, à aucun phénomène toxique, se rapprochera le plus du régime normal.

Dans tous les cas, il faudra toujours procéder graduellement et commencer par les aliments habituellement bien supportés. C'est ainsi qu'on commencera d'abord par le *régime végétal* dont l'utilité est reconnue par tout le monde et qui offre, en effet, de nombreux avantages. Il est suffisant pour l'alimentation avec dépense de forces. Les végétaux constituent des aliments complets ; s'ils contiennent généralement moins d'azote que la viande, ils sont beaucoup plus riches en hydrates de carbone, sucre, féculents, dextrine. En outre, devant être mangés frais et s'altérant, d'ailleurs, très lentement, ils ne renferment pas de toxines et ne donnent pas lieu à la formation de matières extractives.

Ce sont surtout les légumes secs azotés (haricots, pois, lentilles) qui peuvent être utiles. Le riz, qui est d'une grande richesse nutritive, est d'une grande ressource. M. Dujardin-Beaumetz a conseillé un féculent exotique, le soja japonais, sorte de pois qui renferme une quantité considérable de matières protéiques.

Quant aux légumes verts, les herbacés, les salades, tout le monde reconnaît leur innocuité. Leurs principes azotés sont, en effet, sous forme d'amides ou d'acido-amides, ne ressemblant en rien aux albumines proprement dites (Germain Sée). Malheureusement ils ne sont que fort peu assimilables et, par suite, peu nourrissants.

Senator recommande de s'abstenir des légumes piquants tels que les radis, les raves, etc., et M. Dujardin-Beaumetz conseille d'éviter les choux qui souvent donnent lieu à des fermentations intestinales.

Les fruits constituent un aliment ternaire des plus utiles pour les brightiques. Crus ou cuits, M. Germain Sée recommande leur emploi. On évitera cependant les noix à cause de leur richesse en albumine.

Après les légumes, on aura recours aux autres hydrates de carbone et aux graisses sur l'utilité desquels Senator a beaucoup insisté, mettant en lumière leur rôle d'aliments d'épargne. Ils suppléent, en effet, à l'albumine alimentaire et épargnent l'albumine des tissus. Nous avons vu quelle était l'importance des hydrocarbures dans l'alimentation. Ces aliments doivent donc jouer le plus grand rôle dans le régime du brightique. On les donnera sous forme de pâtes alimentaires : macaroni, nouilles, de farine lactée, chocolat, racahout, etc.

Parmi les graisses, on s'adressera surtout au beurre qui est plus facile à digérer.

Les avis ont été beaucoup plus partagés sur l'usage des

œufs qui, pendant longtemps, ont été rigoureusement bannis de l'alimentation des brightiques. Semmola et Senator les ont proscrits absolument. Une expérience de Claude Bernard avait en effet montré l'apparition de l'albuminurie à la suite d'ingestion d'œufs durs. Nous avons vu que ces faits pouvaient être interprétés de différentes manières. MM. Lecorché et Talamon ont entrepris des recherches à ce sujet qui les ont conduits aux conclusions suivantes : pour les œufs dont l'albumine a été coagulée par la coction, leurs effets sont les mêmes que ceux d'une alimentation fortement azotée ; leur emploi doit être subordonné aux mêmes règles. Quant aux œufs crus ou peu cuits, le résultat de leur ingestion est variable. Chez les brightiques dont l'estomac fonctionne régulièrement, l'albumine de l'œuf est peptonisée et assimilée comme celle des autres aliments azotés ; elle ne détermine aucune modification dans la quantité d'albumine excrétée. Au contraire, dans un cas de mal de Bright avancé, avec mauvaise nutrition générale, leur absorption peut encore être régulière ; mais l'assimilation est défectueuse ; ils produisent une augmentation de l'albumine, sans entraîner cependant d'irritation rénale. Il vaut mieux dans ces cas s'en abstenir. Enfin, chez les brightiques présentant des troubles digestifs ou menacés de poussées aiguës albuminuriques, l'absorption et l'excrétion de l'albumine de l'œuf non peptonisée produit une irritation rénale dangereuse. Il faut alors les proscrire absolument.

Il résulte de ces recherches que les œufs peuvent entrer dans l'alimentation des brightiques ne présentant pas de troubles digestifs. MM. Dujardin-Beaumetz et Germain Sée en conseillent l'usage. Jamais ils ne les ont vu augmenter l'albuminurie. La seule précaution est de les faire absorber bien cuits (œufs durs, brouillés).

C'est à un régime, ainsi composé de légumes, d'hydrates de carbone, de graisse et d'œufs, que l'on soumet généralement les brightiques. Les éléments qui le composent permettent la plus grande variété dans les menus, et il est habituellement bien supporté des malades. Cependant, il est souvent utile de recourir à une alimentation plus riche et de permettre au malade le régime carné.

On a longtemps cru que les *viandes* devaient être rigoureusement exclues de l'alimentation des albuminuriques. Ce sont, en effet, des aliments d'une digestion plus difficile, elles produisent des substances albuminoïdes dont l'élimination par le rein est irritante, des matières extractives dont nous connaissons le danger pour l'épithélium rénal.

Cependant, l'utilité du régime carné, chez les brightiques, a été démontrée par de nombreuses observations de MM. Lecorché et Talamon, Germain Sée, etc., et cela surtout chez ceux qui ont une tendance spéciale à l'anémie et qu'un régime moins riche mènerait à une cachexie précoce.

Un travail récent d'un médecin anglais, M. Hate White (1), vient confirmer cette opinion. Il a soumis successivement dix brightiques chroniques à la diète lactée, à une alimentation farineuse, et à un régime mixte reconstituant (viandes, farineux, lait, beurre, etc.). Il a observé que, si avec le régime lacté la quantité des urines est augmentée, ces divers modes d'alimentation n'ont par contre pas d'influence bien constante sur le poids spécifique de l'urine et la quantité de l'urée ; et, qu'enfin, le régime mixte, plus que tous les autres, exerce une action favorable sur l'état général des malades et ne paraît nullement favoriser la production de l'urémie.

On peut donc, et on doit même, dans certains cas, permettre l'usage des viandes aux albuminuriques chroniques ; mais alors on les surveillera étroitement, prêt à revenir à un régime plus rigoureux, si quelque symptôme inquiétant apparaît. Les viandes permises seront toujours fraîches, pour éviter les ptomaïnes que la putréfaction y développe, et très cuites. Les gibiers, les salaisons, la charcuterie seront rigoureusement interdits.

On recommande habituellement l'usage des viandes blanches (veau, agneau, volailles), et M. Dujardin-Beaumetz conseille spécialement les viandes gélatineuses (têtes de veau, pieds de mouton, etc.) ; cependant, d'après M. Germain Sée, les viandes noires ne sont pas plus dangereuses, à condition d'être absorbées en quantité modérée.

On permettra l'usage des poissons frais, tandis qu'on proscrira de l'alimentation les crustacés et les mollusques.

Boissons. — Quant aux boissons qui peuvent remplacer le lait chez les albuminuriques, des opinions diverses ont été émises. Mais tous les médecins sont d'accord pour proscrire absolument les boissons fortement alcooliques, non pas surtout à cause de l'action directe que l'alcool peut exercer sur le rein, mais à cause de la perturbation des fonctions digestives et de l'altération de la nutrition générale qu'il produit (Labadie-Lagrave).

Les vins de fruit, les vins légers, blanc ou rouge au gré du malade, sont le plus habituellement conseillés comme boisson de table. M. Germain Sée leur préfère cependant l'infusion de thé léger.

Quand à la bière, si MM. Lecorché et Talamon la conseillent à cause de ses qualités diurétiques, Senator la repousse à cause de la grande quantité des matières extractives qu'elle renferme ; en tout cas, il n'est question ici que des bières légères, les bières anglaises, fortement alcoolisées, étant évidemment nuisibles.

L'usage des eaux minérales est très utile chez les albuminuriques, MM. Lecorché et Talamon en ont fait une étude approfondie et ont abouti aux conclusions suivantes.

Les eaux bicarbonatées sodiques : Vichy (Célestins), Royat, Vals, Saint-Nectaire, qui favorisent la polyurie et agissent favorablement sur les voies digestives, sont indiquées chez les brightiques qui présentent des troubles digestifs ou hépatiques. Chez les malades anémiés et épuisés, on préférera les eaux bicarbonatées et sulfatées calcaires de Contrexéville, Pougues, Vittel. Les eaux chlorurées (Bourbonne) et ferrugineuses, Bussang, Orezza, qui ont des propriétés reconstituantes et stimulent la nutrition, seront très utiles également chez les brightiques affaiblis et au début de la cachexie.

Telles sont les considérations qui doivent présider à l'établissement du régime alimentaire chez les albuminuriques. On sait que ce régime doit être bien moins sévère qu'on ne l'a dit généralement. C'est qu'en effet, à côté de l'insuffisance rénale et de l'urémie contre lesquelles est dirigée la diète lactée, il y a un autre écueil à éviter non moins grave, bien que plus insidieux, c'est l'anémie et l'affaiblissement de l'état général qui ne tardent pas à faire du brightique insuffisamment nourri un véritable cachectique.

Pour cela on permettra au malade tous les aliments qu'il pourra supporter, dans les conditions auxquelles nous avons subordonné leur emploi, et en le soumettant à une

(1) W. Hate White. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 25 avril 1893.

hygiène alimentaire sévère. Mais, dès que l'on verra apparaître un symptôme pouvant faire craindre l'urémie : diminution dans la quantité des urines, céphalalgie, œdèmes, vomissements, troubles respiratoires, il faudra aussitôt restreindre l'alimentation et revenir à la diète lactée ; de même, et cela se voit surtout dans le cours des néphrites interstitielles, dès que l'activité du cœur paraît s'exagérer, que les phénomènes asystoliques sont à craindre, on recourra vite à l'usage exclusif du lait. Ces cures de lait, d'une durée de trois semaines environ, sont de la plus grande utilité chez presque tous les brightiques. Il y aurait même avantage à les instituer sans indication spéciale tous les six mois, par exemple, chez la plupart des albuminuriques.

Jointes à l'emploi de purgatifs et d'antiseptiques intestinaux, elles ménageraient au rein malade un repos favorable et produiraient une sorte de lavage de l'organisme qui aurait le meilleur effet prophylactique sur les complications urémique et cardiaque du mal de Bright.

Pendant leur durée, le malade serait soumis au repos, pour ne pas être éprouvé par l'action débilitante de ce régime d'ailleurs passager.

OBSERVATION DE PÉRITONITE TUBERCULEUSE AVEC ASCITE

TRAITÉE PAR LA PONCTION ET LES INJECTIONS DE NAPHTOL CAMPHRÉ

VALEUR COMPARATIVE DE LA LAPAROTOMIE ET DE LA PONCTION, SUIVIE D'INJECTIONS ANTISEPTIQUES

Par A. Demmler,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Dans le n° 86 du *Bulletin médical*, M. le docteur Rendu a rapporté l'observation d'un cas de « péritonite tuberculeuse », guérie par l'injection de naphtol camphré. Le résultat de cette intervention, si favorable qu'il soit, ne me paraît pas pourtant devoir nous encourager dans cette voie, et j'exposerai plus loin les raisons qui me paraissent militer en faveur d'une opération plus radicale. Mais je veux tout d'abord faire remarquer qu'il n'est pas rare d'observer des péritonites tuberculeuses, guérissant, sans intervention d'aucune sorte, par le simple traitement médical. Dans la discussion, qui a eu lieu récemment sur ce sujet à la Société de chirurgie, ce fait a été rappelé, et dans une communication au sujet d'un cas de laparotomie pour péritonite tuberculeuse, suivie d'amélioration pendant deux mois, j'ai également indiqué que, dans deux ou trois circonstances, sous l'influence de larges frictions mercurielles, combinées avec un traitement tonique, j'avais vu rétrocéder des cas d'ascite, manifestement due à une péritonite tuberculeuse, chez de jeunes soldats. Le cas cité par M. le docteur Rendu, si favorable qu'ait été le résultat, ne peut donc être considéré que comme un fait isolé, et on ne peut jusqu'ici en tirer d'autres conclusions que celles données par notre éminent confrère lui-même, à savoir « qu'avant de faire la laparotomie, on agira sagement en essayant les injections de naphtol camphré ». Mais avant de décider si ce mode de traitement doit l'emporter sur la laparotomie, et faire passer celle-ci au second rang, il est utile de recueillir d'autres faits et d'opposer aux succès nombreux, donnés par l'ouverture du ventre et le nettoyage de la cavité abdominale, les résultats obtenus par l'injection simple de naphtol camphré ou autres antiseptiques. Je crois donc utile de faire connaître le cas suivant, dans lequel l'emploi d'injections antiseptiques ne m'a donné qu'un résultat passager. Je dirai ensuite pourquoi cette méthode de traitement ne me paraît pas offrir les mêmes garanties que la laparotomie avec lavages.

C... (Émile), cavalier au 6e régiment de cuirassiers, entré à l'hôpital le 28 octobre 1893 avec le diagnostic : « tuberculose abdominale ». Cet homme, qui a déjà été admis le 13 août pour « embarras gastrique fébrile », ne s'est jamais rétabli complètement. Les fonctions digestives ont toujours été mauvaises et il a considérablement maigri depuis cette époque. L'examen, pratiqué au moment de l'admission, démontre que le ventre est légèrement tendu, empâté, peu douloureux à la pression, avec matité dans les parties déclives. Selles diarrhéiques depuis trois à quatre jours. Pas de vomissements. A l'auscultation, pas de signes bien nets. Inspiration forte et rude dans les sommets ; pas de signes surajoutés. Fièvre hectique le soir.

Le diagnostic porté est : « tuberculose générale avec localisation prédominante sur le péritoine et l'intestin ».

Traitement : glycérine créosotée (1 p. 80 grammes). Frictions mercurielles.

La diarrhée persiste les jours suivants, l'ascite augmente notablement et le malade dépérit. Le 20 novembre, je fais une ponction et je retire 4 litres 400 grammes de liquide clair. J'injecte 15 grammes de liqueur de Van Swieten, qui se mélange avec le liquide restant, environ 2 litres. Je remplace en même temps les préparations de glycérine créosotée par le tannin et l'iodoforme mélangés (50 centigrammes de tannin pour 1 centigramme d'iodoforme), six cachets par jour.

Le malade se trouve un peu soulagé par la diminution de pression ; mais la diarrhée persiste. La fièvre disparaît néanmoins, mais, au bout de quelques jours, le liquide a reparu à peu près complètement et je pratique le 27 novembre une nouvelle ponction. J'évacue 6 litres 900 grammes de liquide et j'injecte 5 grammes de naphtol camphré. Sous l'influence de ce traitement, les phénomènes péritonéaux paraissent s'amender, le liquide ne se reproduit pas et la diarrhée diminue. La fièvre disparaît, mais l'état général est toujours défectueux ; l'amaigrissement s'accentue, quoique le malade prenne un peu plus d'alimentation. On sent, peu à peu, se former un empâtement plus manifeste ; le liquide est remplacé par une cuirasse qui recouvre tout le péritoine et indique évidemment une généralisation des tubercules à toute la surface péritonéale.

En présence de cette généralisation, je me demande s'il ne serait pas sage de faire une laparotomie. Mais, par suite du mauvais état général et de la marche aiguë de l'affection, je me décide à ne pas intervenir, parce que, suivant moi, la laparotomie n'a pas chances de succès dans la granulie subaiguë.

Le 7 décembre, en raison de l'inutilité du traitement, par le tannin et l'iodoforme à hautes doses, je prescris le vin de quinquina et la pepsine avec des cachets de salicylate de bismuth.

Cette nouvelle thérapeutique reste inutile ; l'empâtement du ventre augmente, sans que le liquide se reproduise notablement, et le malade succombe le 25 janvier, deux mois après mon intervention.

A l'autopsie, outre une granulie de la plèvre à gauche, on note dans la cavité abdominale les lésions suivantes : peu de liquide. Le grand épiploon est adhérent aux anses intestinales ; il ne peut être détaché. Toutes les anses intestinales sont accolées entre elles, couvertes de fausses membranes avec des tubercules caséeux. Dans le flanc gauche, en décollant les adhérences, on tombe sur une collection peu volumineuse, formée de matières caséeuses.

Tel est le résumé de cette observation. Je ne pense pas que, sur un fait d'insuccès, on puisse s'appuyer pour condamner une méthode ; aussi je crois utile de dire pourquoi je considère la ponction, avec injection de liquides antiseptiques, comme moins sûre que la laparotomie, et pourquoi je lui reproche de faire perdre un temps précieux. Si encourageantes que m'avaient paru au début les suites de mon intervention, je n'ai jamais eu une grande confiance dans le succès, et je me suis reproché, maintes fois, de n'avoir pas pratiqué la laparotomie d'emblée, comme j'en avais tout d'abord l'intention. Je l'eusse certainement faite dans la suite, si cet amaigrissement continu du malade, cet empâtement absolu du ventre, ne m'avaient convaincu que je me trouvais en présence d'une généralisation rapide du mal, contre laquelle toute intervention eût été illusoire.

J'ai dit que, malgré le remarquable succès obtenu par M. le docteur Rendu, je n'avais pas une grande confiance dans l'emploi des injections antiseptiques : en voici les raisons. J'avais, à différentes reprises de l'année 1890, tenté l'emploi des injections de sublimé (5 à 10 grammes), dans la cavité pleurale, pour des cas de pleurésies dans lesquelles, l'épanchement restait stationnaire ou se reproduisait. J'ai continué cet essai dans certains cas, même après ponction et avant de retirer tout le liquide ; j'ai injecté jusqu'à une trentaine de grammes de solution de liqueur de Van Swieten, en laissant l'antiseptique pendant quelques instants dans la cavité, puis le retirant avec une nouvelle quantité de liquide, pour recommencer ensuite la même opération une deuxième fois ; c'était une sorte de lavage de la plèvre. Jamais je n'ai obtenu de résultats sérieux ; j'ai fait disparaître, dans quelques cas, l'élément fébrile qui persistait ; l'état général a paru s'améliorer un peu ; mais en fin de compte, les malades ont dû être renvoyés dans leurs foyers sans avoir obtenu une bien manifeste amélioration.

Je pense que, dans le cas d'ascite tuberculeuse, il doit en être ainsi. Et, en effet, si l'on considère qu'après une ponction avec aspiration, on n'enlève jamais toute la quantité de liquide, on sera forcé de reconnaître que la quantité d'antiseptique que l'on peut introduire, se mélangeant à ce liquide, se trouvera dans un état de dilution tel que son pouvoir d'action sera bien diminué. Si l'on peut, en effet, jusqu'à un certain point, compter sur l'action modificatrice de l'agent antiseptique sur l'agent virulent, c'est à la condition que l'antiseptique sera en quantité suffisante pour lutter contre les bacilles.

Seuls, des lavages abondants pourront, par un contact prolongé, par l'enlèvement de tout le liquide contenant le principe infectieux, débarrasser la cavité des germes morbides qu'elle contient. Je ne parle même pas ici de cette hypothèse assez ingénieuse qu'on a émise, relative à l'arrivée de l'air et de la lumière dans la cavité péritonéale par suite de l'ouverture du ventre et à l'action de ces deux agents sur le bacille tuberculeux. Je préfère donner un argument plus sérieux, c'est-à-dire la facilité plus grande de débarrasser toute la cavité péritonéale, et peut-être aussi la réaction plus grande, opérée par le traumatisme chirurgical et l'action de la chaleur, réaction favorisant l'arrivée des leucocytes chargés de combattre l'ennemi.

Enfin, pourquoi préférer la ponction ? Y a-t-il donc une si grande différence au point de vue de l'innocuité entre la ponction et la laparotomie? Au risque d'être accusé d'exagération, je ne crains pas de dire que cette dernière me paraît offrir des garanties plus grandes, contre toute chance d'inoculation, parce qu'il est plus facile d'être aseptique ; parce que l'innocuité que paraît posséder la simple ponction, n'attire pas toujours une attention aussi scrupuleuse de la part des aides ou du chirurgien. Combien se décideront à faire une ponction, suivie d'injection, par cela seul qu'ils se croient à l'abri des dangers qu'offre la laparotomie, et qui ne réfléchiront peut-être pas, que cette ponction, si elle n'est pas entourée des mêmes précautions que l'ouverture du ventre au bistouri, offrira des chances d'infection d'autant plus grandes, que le lavage consécutif ne pourra pas, jusqu'à un certain point, être un correctif aux desiderata de l'asepsie?

Pour me résumer, je crois qu'il est plus juste de dire que, dans les cas de péritonite tuberculeuse, on doit proposer au malade la laparotomie, et que, s'il la refuse, on peut, à défaut de cette intervention plus radicale et plus sûre suivant moi, essayer l'emploi des injections antiseptiques.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 avril 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATION

Contusions du rein. — M. G. Marchant rappelle les faits communiqués par M. Tuffier. Il résulte de ces faits ainsi que de ceux qu'a observés M. Marchant que, dans les cas moyens de contusion du rein, l'expectation doit être la règle de conduite. M. Peyrot et M. Marchant se sont trouvés en présence de cas graves, de déchirures du rein qui nécessitaient une intervention, l'application d'une pince à demeure dans un cas, la néphrectomie dans l'autre. De même, dans le cas de déchirure du rein communiqué par M. Tuffier, l'intervention était indiquée. Mais M. Tuffier a raison quand il dit que dans les cas légers ou moyens de contusion rénale, même avec hématurie, il n'y a pas lieu d'intervenir.

A côté de ces cas légers, il en est de graves. M. Marchant a pu recueillir dix-sept cas de morts par hémorragie rénale. Ce sont ces cas qu'il a surtout visés dans sa première communication. Il y a des cas d'hémorragie, comme celui de M. Peyrot, par exemple, dans lesquels, si l'on n'intervient pas de suite, les malades succombent très rapidement. Lorsque l'on constate l'existence d'une tumeur périrénale qui augmente de volume, à mesure que le malade s'affaiblit, lorsque cette tumeur, comme dans le cas de M. Tuffier, détermine, en outre, des troubles de paralysie par compression, il n'y a pas à hésiter, il faut intervenir, soit pour suturer le rein, soit pour l'enlever si la suture n'est pas possible. On fait une incision lombaire, on examine le rein, si la déchirure est externe, on peut la suturer; si la suture n'est pas possible, on évacue le foyer sanguin, on met une pince sur le pédicule, comme l'a fait M. Peyrot. Si, enfin, le rein est tellement déchiré qu'il présente déjà des îlots de mortification, il ne faut pas hésiter, dans ces cas, à faire la néphrectomie.

M. Championnière dit qu'il est difficile, dans les cas de contusion du rein, d'édicter une règle de conduite générale. Il est de nombreux cas, en effet, où les blessés ont guéri sans aucune intervention et malgré une hématurie persistant assez longtemps. Par contre, M. Championnière a vu un cas où la mort est survenue après quatorze jours, alors qu'on n'avait pas cru devoir intervenir. Il a regretté, dans ce cas, de n'être pas intervenu. Chez un autre malade qui portait une tumeur volumineuse dans le flanc droit, il fit une incision lombaire, donna issue à 2 litres de sang, trouva

le tiers inférieur du rein séparé des deux tiers supérieurs, fit la néphrectomie et guérit le malade.

Calculs de l'urèthre. — M. BAZY fait un rapport sur des observations de calculs uréthraux adressées par MM. Lailler et Piogey. Dans deux cas, le calcul est sorti spontanément par une fistule périnéale qui a ensuite bien guéri. A propos de ces faits, M. Bazy fait une communication sur le traitement des diverses variétés de calculs uréthraux.

Splénectomie. — M. TERRIER fait un rapport sur une observation présentée par M. Hartmann. Il s'agissait d'une jeune fille qui avait des accidents péritonitiques. Elle était née à la Réunion, avait habité l'île Maurice et avait contracté des fièvres intermittentes ; elle était pâle, anémiée et présentait des accidents assez graves du côté du péritoine pour justifier une intervention. M. Hartmann fit la laparotomie, ouvrit le péritoine, donna issue à une certaine quantité de liquide séro-fibrineux, trouva des exsudats fibrineux, arriva sur la rate, qu'il attira au dehors, et constata que son pédicule était tordu deux fois sur lui-même ; il lia ce pédicule, enleva la rate, fit une suture à trois étages, ne fit pas de lavage et la malade guérit.

La rate pesait 2190 grammes. La malade eut seulement deux accès de fièvre après l'opération et sortit, peu de temps après, complètement guérie. Elle porte une cicatrice longue de 14 centimètres. L'examen du sang a montré, avant l'opération, une extrême rareté des hématies, et, après l'opération, une augmentation notable des hématies et de la matière colorante du sang.

M. Terrier a pu réunir, tant en France qu'à l'étranger, un certain nombre de cas de torsion du pédicule splénique. Dans plusieurs de ces cas, on s'est contenté de faire la laparotomie, de détordre le pédicule et de remettre la rate en place. Mais, dans un de ces cas, les phénomènes péritonitiques dus à la torsion du pédicule se sont reproduits et il a fallu, six mois après, faire la splénectomie. Le pédicule s'était tordu de nouveau. Dans un autre cas, on a tenté, sans succès, la splénopexie. Il a fallu recourir ultérieurement à la splénectomie.

M. Terrier insiste sur ces cas d'accidents péritonitiques dus à la torsion du pédicule splénique.

LECTURE

Cholécystentérostomie. — M. RICARD communique une observation de cholécystentérostomie. (Comm.: M. Michaux.)

PRÉSENTATION

Cystocèle inguinale. — M. DELORME présente un malade qu'il a opéré d'une cystocèle inguinale.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique du diabète sucré (1), par L. DREYFUS-BRISAC.

L'auteur, après discussion, admet les variétés suivantes de diabète sucré :

1° Le diabète constitutionnel arthritique, ou mieux la modalité diabétique de l'arthritisme ;

2° Le diabète pseudo-arthritique accidentel causé par un état dyscrasique passager, passager lui-même ;

3° Le diabète nerveux, à marche et à séméiologie très variables, différencié par son origine le plus souvent évidente ;

4° Le diabète progressif malin, appelé aussi diabète maigre, diabète pancréatique.

Les indications générales dans le traitement du diabète sont :

1° Agir sur la dyscrasie hyperglycémique au moyen de certains modificateurs généraux de la nutrition ;

2° Restreindre autant que possible l'introduction dans l'économie des principes sucrés ou susceptibles de s'y transformer facilement en sucre ;

3° Activer la combustion du sucre non utilisé dans l'organisme et en faciliter l'élimination ;

4° Relever l'énergie vitale et soutenir les forces.

M. Dreyfus-Brisac met au premier plan le régime alimentaire et l'hygiène que l'on tend, du reste, à considérer comme la partie la plus importante du traitement. Il ne veut pas que ce régime soit trop sévère, trop exclusif, et il rejette avec raison le régime carné pur dont Cantani s'est fait le défenseur, et tous les régimes qui s'en rapprochent.

Parmi les médications « qui ont définitivement acquis leurs lettres de naturalisation dans le traitement du diabète sucré », il faut citer : au premier rang, comme efficacité, les alcalins, les opiacés, l'arsenic, le bromure de potassium, la quinine ; « un second groupe comprend plusieurs agents, que l'on peut considérer comme des succédanés de ces médicaments, qui, quoique moins actifs, trouvent leur indication dans certaines conditions ; tels l'antipyrine, la valériane, le fer. D'autres prennent place en dernière ligne, qui sont susceptibles de rendre des services, mais dans une sphère plus modeste et dans quelques cas spéciaux, par exemple, certains anti-zymotiques et les amers. »

Dans la troisième partie de l'ouvrage sont examinées les diverses formes du diabète et les indications thérapeutiques qui leur correspondent. Vient ensuite l'étude des eaux minérales dans le diabète sucré, et, dans une dernière partie, le traitement des complications et des épiphénomènes.

On trouvera dans ce volume la lucidité de conception et d'exposition, avec les qualités de forme qui caractérisent la manière de M. Dreyfus-Brisac.

(1) In-18. Bibl. Dujardin-Beaumetz-Terrillon. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique des maladies des organes respiratoires (1), par H. BARTH.

Manuel très simple et très clair. Dans chaque chapitre, sont exposés d'abord les indications thérapeutiques, puis les moyens de les remplir.

Ce livre est, en somme, le résumé motivé de la pratique personnelle de l'auteur ; il indique comment il procède et pourquoi il procède ainsi. Les formules qu'il donne, il les a toutes personnellement expérimentées.

Il passe successivement en revue les diverses maladies des bronches, du poumon et de la plèvre. Dans un court appendice, est exposé le traitement général de l'asphyxie.

Cet ouvrage est bien dans le plan de la collection auquel il appartient ; au courant de la théorie, il est avant tout conçu dans un sens pratique ; il a une sobriété de bon aloi.

(1) In-18. Bibl. Dujardin-Beaumetz-Terrillon. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Etude de Me Louis Tamon, avoué licencié à Lourdes, successeur de Me Nivères.

A VENDRE

SUR LICITATION, LES ÉTRANGERS ADMIS

le **JEUDI VINGT-SIX AVRIL 1894**, *à midi et demi, à l'audience des criées du Tribunal civil de Lourdes, les IMMEUBLES ci-après, situés à Cauterets (Hautes-Pyrénées).*

1° **UN GRAND ÉTABLISSEMENT DE BAINS**, connu sous le nom de *Bains du Pré*, avec ses sources, canalisation, baignoires et accessoires, buvette en marbre, salle de douches, bains de pieds, appareils à douche, à humage et à pulvérisation, ainsi que tous autres accessoires servant à l'exploitation. — Mise à prix, cent cinquante mille francs, ci. . . . . 150000 fr.

2° **UNE MAISON**, dite *Grande Maison*, avec grange et cour, sise rue de la Raillière, numéro 25. — Mise à prix, quarante mille francs, ci. . . . . 40000 fr.

3° **UNE AUTRE MAISON**, avec jardin attenant, sise rue de l'Eglise, confrontant à l'un de ses aspects à la place de l'Eglise. — Mise à prix, sept mille francs, ci. . . . . 7000 fr.

4° **UN IMMEUBLE**, nature de grange, pré, bois et inculte, d'une contenance d'environ trois hectares trente-quatre ares quarante-cinq centiares, sis quartier *Benquès*. — Mise à prix, trois mille cinq cents francs, ci. . . . . 3500 fr.

5° **UNE MAISON**, à rez-de-chaussée, premier étage et grenier, avec une parcelle de terre aujourd'hui convertie en cour avec jardin, confrontant du levant à Cazabonne, du midi veuve Soulas, et du couchant à rue de la Raillière. Mise à prix, mille francs, ci. . . . . . 1000 fr.

Pour extrait : L. Tamon, avoué signé.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 avril 1894.

Lorsque le ministre de l'Intérieur, dans une circulaire restée fameuse, enjoignait aux médecins de donner leurs soins aux membres des Sociétés de secours mutuels, moyennant une rétribution dérisoire, à chaque instant sous sa plume apparaissaient les mots de privilège, monopole, faveurs accordées aux médecins, etc. Nous avons déjà réfuté, comme il convient, cette manière d'envisager la situation faite aux médecins français et rappelé que, si le corps médical jouit d'un monopole qui interdit à tout étranger à la profession le droit de pratiquer la médecine, ce monopole a été institué, non pas en faveur du médecin, mais uniquement comme garantie et protection de la santé publique. On a monopolisé la profession médicale, mais pour mieux la réglementer, pour l'accabler, à loisir, de lois et d'ordonnances vexatoires, dont le nombre devient chaque jour de plus en plus intolérable. Ce sont, sans doute, ces attentats incessants à notre liberté individuelle et à notre dignité professionnelle, qu'on appelle nos privilèges.

Il semblerait, dans les hautes sphères administratives, que la profession médicale fût synonyme d'opulence et de richesse. Ces idées, aussi fausses qu'officielles, répandues dans la masse du public, lancent chaque année des milliers d'étudiants dans nos Facultés et le nombre des médecins devient progressivement et dangereusement croissant. Cet accroissement n'est pas sans devenir inquiétant pour la profession médicale et l'avenir ne doit pas s'envisager sans quelque appréhension. On fait miroiter, aux yeux des familles et des jeunes élèves de nos lycées, ces situations extraordinaires d'honorabilité, de juste influence, de fortune, acquises par quelques-uns des grands maîtres de la profession. On fait entrevoir à la jeunesse éblouie un mirage trompeur, on la berce d'illusions qui ne deviennent réalités que pour une infime exception.

On a négligé de présenter une autre face de la situation médicale. On a montré quelques étoiles qui brillent au sommet, mais on a caché la gêne et même la misère qui y sont en bas. Et pour beaucoup de nos futurs confrères, nourris d'illusions trop décevantes, c'est cette lutte contre la gêne qu'il va falloir entreprendre dès le début de leur carrière. C'est contre les mille difficultés de la vie médicale qu'il leur va falloir se débattre de suite et sans relâche.

Nous sommes revenus aujourd'hui sur cette question qui nous tient au cœur, après la lecture du remarquable rapport de M. Lereboullet, sur la situation et les actes de l'Association générale de prévoyance et de secours mutuels des médecins de France. On y verra que l'Association a dû donner près de 60000 francs de secours à des sociétaires malheureux et plus de 4000 francs à des médecins étrangers à l'Association. On devine à quelle misère doivent être réduits ceux de nos confrères forcés de solliciter ces secours qui n'ont pu leur apporter qu'un soulagement momentané.

Grâce à sa situation, relativement prospère, situation due à la générosité des donateurs et à l'économie de la gestion financière, l'Association générale a pu donner quelques pensions viagères; 78 de nos confrères ont pu recevoir une pension de 600 francs de retraite! Maigres ressources après une vie toute de peine et de labeur; et ces 600 francs ne sont même pas le résultat de leur économie personnelle, c'est à une Société de secours mutuels qu'ils les doivent! C'est la retraite d'un facteur de village! C'est le pain sec assuré, mais ce n'est que cela. L'Association générale vient de créer dix pensions à 800 francs; dans un avenir prochain, elle espère pouvoir en constituer quelques-unes à 1000 francs!

La misère est si grande qu'il est souvent indispensable de secourir le médecin par une subvention prémonitoire pendant les formalités administratives qu'exige le règlement de chaque pension. Mais l'Association générale est loin de pouvoir soulager toutes les misères : « Je vous exposais l'année dernière, dit M. Lereboullet, avec quelle sollicitude nous nous préoccupons des malheurs qui frappent souvent à l'improviste des familles que la haute situation médicale ou chirurgicale de leur chef semblait avoir mis à l'abri des revers de la fortune. Nous voudrions donc pouvoir, en toute occurrence, venir en aide aux veuves et aux orphelins de nos confrères morts prématurément ou n'ayant pu, durant leur existence professionnelle, assurer l'avenir de ceux qui leur sont chers. *Malheureusement c'est à peine si nos ressources nous permettent de secourir, avec une parcimonie souvent cruelle, les misères les plus criantes.* »

De tous côtés, les médecins se groupent pour se défendre contre les risques de l'âge et de la maladie. A côté de l'Association générale, se sont fondées l'Association Lagoguey, l'Association amicale des médecins de France, qui ont pour

but, avec des tarifs proportionnels et plus élevés, de constituer une véritable assurance contre la maladie.

La lecture de ces documents, l'analyse des statuts de ces différentes sociétés, nous emmènent loin de ces privilèges et faveurs accordés aux médecins par les lois et règlements. Mal protégés par les pouvoirs publics, les médecins ne peuvent trouver que près des leurs aide et protection. « Il faut, en se groupant, démontrer une fois de plus que, jeunes ou vieux, riches ou pauvres, parvenus aux plus hautes situations professionnelles ou luttant péniblement sans espérances d'avenir, tous les médecins appartiennent à une même famille; qu'ils ont tous les mêmes droits, sinon les mêmes devoirs, qu'ils doivent toujours rester unis par les liens indissolubles de la solidarité et de la fraternité médicales. »

M. Laveran (Société médicale des hôpitaux, 13 avril) fait remarquer, à propos d'une récente présentation de malade par M. Galliard, que la *sclérose du poumon* peut très bien s'observer à la suite de l'infection paludéenne. Il en a publié des observations et il en possède encore d'autres, inédites, dans ses notes; il a, d'autre part, consigné ce fait anatomique et clinique dans son Traité des fièvres palustres. Cette sclérose pulmonaire peut être simple ou associée à la tuberculose; elle peut évoluer, comme les autres scléroses viscérales d'origine paludéenne, alors que le malade est guéri de l'infection palustre elle-même.

M. Ferrand rend compte des résultats qu'il a obtenus des *badigeonnages de gaïacol*. Il employait le gaïacol mélangé à la glycérine, par parties égales. L'effet sur la douleur a été très bon dans la sciatique, la névralgie intercostale, par exemple. Il n'a pas constaté l'abaissement de la température chez les tuberculeux qu'ont observé certains auteurs. Il pense que, contre la douleur, il faudrait employer le gaïacol étendu, le gaïacol pur contre l'élévation de la température.

MM. Brissaud et Souques présentent deux malades également intéressants.

Le premier est une femme âgée de vingt-sept ans, qui est atteinte de *myxœdème congénital*. Elle a les apparences d'une fillette de huit à neuf ans. Elle a été soumise au traitement par l'ingestion de lobes de corps thyroïde de mouton cru. On lui en donnait un lobe par jour; elle en a absorbé trente-quatre en tout, en six semaines. Au bout de cinq jours de traitement, se sont montrés des accidents toxiques caractérisés par de la céphalalgie, des douleurs abdominales et surtout des douleurs dans les jambes.

L'amélioration ne tarda pas à se produire; au bout de six semaines, elle était des plus marquées. La température s'était élevée, passant de 36 à 37 degrés, le pouls était plus fréquent, l'urine plus abondante. Le gonflement myxœdémateux des tissus avait beaucoup diminué, ainsi qu'en témoignent deux de ces belles photographies que l'on sait faire à la Salpêtrière. L'amélioration du côté intellectuel était moins facilement appréciable.

Le second malade, amené par les mêmes auteurs, est un jeune homme de vingt-sept ans, atteint d'*atrophie musculaire myopathique*, qui présente, d'une façon singulièrement exagérée, les déformations habituelles dans cette variété d'atrophie; le corps de ce malheureux a pris tout à fait les allures d'un monstre héraldique.

M. Hanot a observé, chez une jeune fille chlorotique, des accidents graves d'*urémie* avec vomissements, perte de connaissance, convulsions, respiration de Cheynes-Stokes, albuminurie, qui sont survenus brusquement et ont disparu rapidement, en quelques jours. Il croit que cette malade avait fait, la veille, des excès alimentaires. M. Dieulafoy a déjà signalé des faits analogues; il y a donc à se demander s'il ne peut pas y avoir une urémie chlorotique. M. Hayem fait remarquer que l'albuminurie est chose bien rare au cours de la chlorose, et il a tendance à rapporter les accidents de cet ordre, albuminurie et urémie, beaucoup plus à la dyspepsie, si fréquente chez les chlorotiques, qu'à la chlorose elle-même.

M. Marie a relevé un point intéressant, non encore signalé, de la séméiologie du *réflexe rotulien*. Lorsqu'on percute le tendon du triceps fémoral au-dessous de la rotule chez une personne saine, il y a non seulement le ressaut de la jambe que l'on connaît, avec projection du pied en avant, mais aussi une contraction dans les adducteurs de la cuisse du côté opposé qui rapproche le genou correspondant du genou percuté. Chez un malade montré par M. Marie, le réflexe rotulien est aboli du côté gauche; cependant, quand on percute le tendon tricipital de ce côté, on produit un évident mouvement des adducteurs fémoraux du côté droit. Cela prouve que, dans ce cas particulier, les centres médullaires correspondant à ces adducteurs sont intacts, ainsi que les filets nerveux centripètes. La constatation de ce phénomène permet donc, dans une certaine mesure, une localisation des lésions; elle prouve aussi que le réflexe rotulien est bien un réflexe, chose que l'on a parfois contestée.

Voilà, n'est-ce pas, une remarque ingénieuse?

A la Société de dermatologie (séance du 12 avril), à propos de malades présentés par MM. Du Castel et Thibierge, s'est élevée une intéressante discussion sur le diagnostic et la nature de lésions épithéliomateuses dont l'aspect et la marche rappellent de très près les ulcérations syphilitiques tertiaires. Dans le cas de M. Du Castel, il s'agissait d'une langue scléreuse et ulcérée, d'un épithélioma bénin de la face extrêmement étendu.

Il est difficile, en présence de cas semblables, de ne pas penser à une lésion syphilitique; la chose est d'autant plus trompeuse que souvent on obtient une amélioration passagère par l'emploi du traitement spécifique. Malheureusement, la reprise du processus ulcéreux ne tarde guère à montrer qu'il s'agissait d'autre chose que d'une lésion syphilitique. Y a-t-il donc, en cas semblable, association de la syphilis et de l'épithélioma, comme l'admettait M. Verneuil? Il semble que l'épithélioma seul puisse suffire à tout expliquer.

Dans ces cas, l'examen biopsique serait très utile; il fournirait des indications positives pour l'opération chirurgicale hâtive ou, au contraire, pour le traitement spécifique.

M. A. Renault rapporte l'observation d'une malade qu'il a soumise, à l'hôpital Broca, à des injections hypodermiques d'huile grise. Cette malade sortit de l'hôpital très améliorée; elle y revint un mois après avec une stomatite mercurielle des plus intenses. Des faits semblables ont déjà été observés. M. Augagneur a vu la stomatite mercurielle se produire alors que des violences extérieures, que des trau-

matismes avaient porté sur la région soumise aux injections. Il paraît aussi que l'on voit quelquefois, sous l'influence de certaines pratiques hydrothérapiques, et, surtout, sous l'influence de l'emploi des eaux sulfureuses, éclater des stomatites tardives assez longtemps après la suspension du traitement. M. Albert Mathieu a vu récemment aussi une malade présenter des accidents buccaux d'hydrargyrisme, quatre à cinq semaines après qu'on lui avait fait des injections de mercure dans la région fessière.

Il faut donc tenir compte de ces accidents d'hydrargyrisme tardif. En cas semblable, ce qui serait l'avantage de la méthode hypodermique devient son grand inconvénient. Le mercure étant emmagasiné dans un point du tissu cellulaire sous-cutané et ne se dissolvant que lentement, on ne peut plus en arrêter l'absorption.

M. E. Besnier saisit cette occasion de déclarer qu'il persiste dans les conclusions qu'il a formulées autrefois à la suite d'expériences répétées. Pour lui, dans la syphilis commune, la méthode des injections hypodermiques de sels insolubles de mercure ne présente aucun avantage sur les méthodes usuelles de traitement.

M. Hallopeau présente un cas de lèpre anesthésique, dans lequel, contrairement à l'opinion exprimée par Hausen, les éminences thénar et hypothénar ne sont pas atrophiées; Hausen avait déclaré que, dans cette forme de la lèpre, ces éminences étaient toujours atrophiées.

M. Barbe fait voir une jeune femme à laquelle on a enlevé l'utérus et ses annexes. Elle est devenue très nerveuse et l'on trouve actuellement sur ses mains des taches de vitiligo.

Il est bon de remarquer, à propos de cette observation, que des accidents névropathiques de divers ordre, le goitre exophtalmique entre autres, ont été parfois relevés après la castration féminine. Le vitiligo signalé par M. Barbe appartient évidemment à la même série morbide.

M. Cathelineau montre un malade atteint d'une éruption généralisée, qui s'est développée à la suite d'onctions faites avec une pommade à la résine élémi. Cette éruption simulait complètement certaines éruptions dues à des applications extérieures de composés mercuriels : onguent napolitain, solution de sublimé, etc.

M. Feulard fait voir un cas de lichen aigu qui s'est développé à la suite d'une émotion violente. Il montre aussi un enfant nettement syphilitique, dont la mère est en apparence saine. Comme elle a allaité son enfant, dont les lèvres étaient couvertes de plaques muqueuses, sans s'inquiéter, il faut admettre qu'elle est elle-même syphilitique. N'est-ce pas là un cas de syphilis conceptionnelle? Cette syphilis n'est-elle pas même le fait d'un premier mari, et non du mari actuel, père de l'enfant?

Cette femme a autrefois fait deux fausses couches. Il y aurait donc eu imprégnation de la mère par des enfants syphilitiques, puis, plus tard, naissance d'un enfant couvert de lésions spécifiques, alors que son père, second mari de la mère, était exempt de syphilis, et que la mère elle-même ne présentait pas de lésions syphilitiques appréciables.

Voilà une hypothèse ingénieuse, mais hardie.

Les autres communications sont trop purement dermatologiques pour que nous les mentionnions ici.

CYSTOSTOMIE IDÉALE

Par Alex. Wassilieff,

Interne des hôpitaux, aide d'anatomie, ancien préparateur de médecine opératoire à la Faculté de médecine de Paris.

La cystostomie, ou opération de A. Poncet, semble enfin entrer dans la pratique chirurgicale et nous paraît appelée à un avenir beaucoup plus brillant qu'on ne le pense actuellement.

Une des raisons — nous dirions même la seule et la principale — pour lesquelles on hésite à exécuter cette opération, dont l'excellence est pour nous chose démontrée au point d'être évidente, est que l'abouchement anormal, le « méat hypogastrique », crée assez souvent une infirmité gênante. S'il est vrai, comme nous le disait M. le professeur Poncet, il y a quelques mois, qu'il vaille mieux vivre avec une infirmité que mourir sans infirmité, il n'en est pas moins vrai que nous devons chercher à rendre l'opération parfaite, capable de donner, à peu près à coup sûr, un résultat analogue à celui obtenu chez le vénéré M. Diday. Nous n'insisterons pas ici sur les caractères de la perfection que présente la conception de M. A. Poncet : les avantages, la nécessité, même, de l'opération ont été exposés, d'une part dans la thèse de M. le docteur Bonan (de Lyon), d'autre part dans la thèse de notre ami, M. le docteur Boutan, thèse que nous nous félicitons d'avoir inspirée (1).

Que manque-t-il à la cystostomie actuelle, pour devenir idéale et constituer le traitement radical du prostatisme? Il manque simplement qu'elle réussisse à tout coup, comme dans les cas de M. Diday; il faut trouver le moyen de créer un urèthre contre nature, non pas seulement un méat hypogastrique, mais un véritable urèthre destiné à remplacer son prédécesseur, devenu incapable de remplir convenablement sa fonction.

On objectera certainement que, malgré la perfection du nouvel urèthre, on n'aura pas guéri le prostatique, parce que la lésion ne réside pas dans la prostate seule, ne constitue pas un simple obstacle mécanique, mais qu'elle porte sur tout l'appareil urinaire et, en particulier, sur la vessie dont elle affaiblit progressivement la puissance (2).

Bornons-nous aux faits, c'est-à-dire aux résultats constatés sur le vivant après la cystostomie; la thèse de M. le docteur Boutan en contient un certain nombre, entre autres celui du malade opéré secondairement par M. Poncet, qui a pu « de l'œil et du doigt » constater, « dans cette sorte de nécropsie d'un cystostomisé vivant », que « cette vessie de vieillard était redevenue une vessie de jeune homme ». Le cas de M. Diday est plus probant encore; en sorte que l'on doit admettre le retour possible de la contractilité vésicale.

Si l'organe arrive à se contracter de nouveau comme à l'état quasi normal, il faut, pour reconstituer un état physiologique, créer un urèthre possédant comme l'ancien les sphincters nécessaires, mais dépourvu de prostate, c'est-à-dire qu'il s'agit de créer un sphincter lisse viscéral et un sphincter strié, excentrique, avec un canal intermédiaire. Dans le cas de M. Diday, tout se passe comme si les deux sphincters existaient. Existent-ils, en réalité, sinon parfaits, du moins suffisants? Nous croyons que oui et nous pensons même qu'on peut dans tous les cas réaliser cette disposition physiologique.

(1) Boutan. Th. de Paris, juin 1893.
(2) Guyon. Th. de Launois.

Nous nous basons, pour le dire, sur trois ordres de considérations.

Premièrement. — Les faits existent, le résultat positif, parfait, de M. Diday, fût-il même isolé, ne serait pas changé par mille faits négatifs. Or, s'il existe, c'est qu'il est possible à réaliser, donc nous devons chercher à obtenir toujours ce résultat. La question se réduit à connaître par quel mécanisme l'urèthre contre nature fonctionne à la façon de l'ancien et quel manuel opératoire est convenable pour obtenir un aussi bon canal.

Mais le cas de M. Diday n'est pas isolé; le relevé des résultats obtenus indique, d'après Bonan et Boutan, que, sur 8 cystostomisés pouvant retenir leurs urines pendant plusieurs heures, 5 les retiennent spontanément, sans le secours d'aucun appareil. La proportion est considérable (1).

Deuxièmement. — L'anatomie pathologique montre qu'il peut se former un canal artificiel, long de 3 centimètres et de 1 centimètre de diamètre, entre la paroi abdominale et la vessie, restée indépendante de cette paroi. C'est ce qui résulte de l'examen d'une pièce, provenant du service de mon très cher maître, M. le professeur Tillaux, pièce dont je reproduis ici la description, telle que je l'ai donnée à mon ami, M. le docteur Boutan :

« La vessie, de forme cylindro-conique, à parois épaisses, était reliée à l'orifice cutané par un cordon de 1 centimètre de diamètre et long de 2 centimètres et demi. Ce cordon s'étendait du centre de la paroi antérieure de la vessie, à l'orifice situé exactement sur la ligne médiane, immédiatement au-dessus du pubis. Il était dirigé un peu obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, présentant une forme aplatie transversalement, et traversait l'interstice des muscles droits de l'abdomen.

Le tissu cellulaire pré-vésical et celui qui entourait le canal étaient complètement sains et ne présentaient pas la moindre trace d'infiltration d'urine ou de foyer septique quelconque, pas même d'hémorragie. Mais on pouvait constater un caractère singulier, qui est le suivant : le canal, étendu de la vessie à la peau, présentait une paroi mince, exclusivement formée par la muqueuse vésicale et une tunique externe du tissu conjonctif, sans que la musculeuse de l'organe en fît partie. Il semblait que la muqueuse eût été attirée par une boutonnière faite à la tunique musculeuse et, cependant, les fils avaient traversé toute l'épaisseur de la paroi. Ces fils avaient donc coupé la musculeuse au bout de quelques jours, évidemment après la réunion de la plaie vésicale à la plaie cutanée; il est impossible de s'expliquer autrement l'absence de tissu musculaire (au moins à l'œil nu) dans la paroi du nouvel urèthre (2)... »

Le docteur Boutan faisait suivre cette description des réflexions suivantes :

« Nous voyons, dans ce cas, que la tunique musculaire du réservoir n'a pas pris part à la constitution de la paroi du nouvel urèthre, qui paraît avoir été exclusivement formé par la muqueuse vésicale étranglée en deux points. Ce nouveau canal, en effet, semble présenter un sphincter vésical, résultant de la boutonnière faite à la musculeuse, et un sphincter superficiel formé par les muscles droits de l'abdomen...

Il en résulte que le nouvel urèthre possédait, comme l'ancien, un sphincter lisse, formé par les fibres musculaires vésicales entourant l'orifice viscéral, et un sphincter strié, formé par les muscles droits, avec une partie intermédiaire du nouveau canal. En sorte que, dans le cas particulier, la cystostomie aurait réalisé la création d'un véritable urèthre, réduit à sa partie profonde, mais dépourvu de prostate. Si donc le malade avait survécu, peut-être aurait-il pu garder ses urines pendant longtemps, sentir le besoin d'uriner et se retenir, grâce à l'existence des deux sphincters. Les choses sont sans doute disposées d'une façon analogue dans le cas de M. Diday et dans ceux où les opérés gardent leurs urines pendant quarante minutes, une heure et plus; on s'expliquerait ainsi la ressemblance étrange des fonctions de l'urèthre contre nature avec celles de son prédécesseur (1). »

Retenons de cela que l'urèthre contre nature peut être formé au bout de quelques jours, lorsque la vessie a recouvré son indépendance par rapport à la paroi abdominale et que ce canal paraît présenter un sphincter lisse, vésical, profond, en même temps qu'un sphincter strié, superficiel, tous deux existants quoique imparfaits.

Troisièmement. — La modification apportée par M. le professeur Terrier au manuel opératoire de la gastrostomie peut être appliquée à tous les abouchements artificiels, en général, et à la cystostomie en particulier. Cette modification est importante, car c'est dans la gastrostomie que l'on cherche surtout à obtenir la rétention des liquides. Pourquoi ne ferait-on pas la même chose pour la vessie?

Le but que l'on doit se proposer, en pratiquant la cystostomie, est de créer un canal avec sphincter lisse profond et sphincter strié superficiel. Le sphincter lisse existe-t-il ou peut-il être créé? Nous pensons que oui; les fibres musculaires vésicales, entourant l'orifice viscéral, sont capables de jouer ce rôle à la condition de n'être qu'écartées; résultat produit par l'incision simple de la ponction.

Le sphincter strié existe également; il est formé par les muscles droits.

Reste à créer le canal, tout en conservant les deux sphincters indépendants l'un de l'autre. Ce canal se forme facilement par l'attraction de la muqueuse vésicale, faiblement adhérente à la musculeuse, à travers la boutonnière faite à la paroi.

Le point capital est de ne pas immobiliser la vessie; il faut laisser au muscle vésical toute latitude pour se contracter, mais il faut aussi laisser à l'urine un passage permanent. Tout cela est facile à obtenir; aussi proposons-nous d'apporter à la cystostomie la modification suivante, qui permettra, nous l'espérons, la création plus fréquente et certaine d'un urèthre contre-nature semblable à son prédécesseur. Si notre espérance se réalise, la cystostomie deviendra le seul traitement radical du prostatisme.

Cystostomie idéale. — Les premiers temps et les précautions sont les mêmes que dans la cystostomie ordinaire (Voir les articles de A. Poncet, les thèses de Bonan et Boutan).

Lorsque la ponction de la vessie est faite, au lieu de suturer immédiatement à la plaie abdominale toute l'épaisseur des lèvres de la plaie vésicale, il faut, ce qui est très facile, attirer la muqueuse vésicale par l'orifice, en la décortiquant, comme on fait pour le sac dans la cure radicale des hernies. On l'attire au dehors, jusqu'à ce que l'af-

(1) Bonan. Th. de Lyon, et Boutan. Th. de Paris, 1893, p. 86.
(2) Boutan. Loc. cit., p. 34 et 35.

(1) Boutan. Loc. cit., p. 37.

frontement de la muqueuse avec la peau puisse se faire sans tiraillement. On fixe alors la muqueuse seule, à la peau, soit par un surjet au catgut, soit par des points séparés à la soie ou au fil d'argent; cette suture doit être faite avec le plus grand soin, car c'est de sa perfection que dépend le résultat.

Cette manière d'opérer est possible anatomiquement, car d'une part, la muqueuse vésicale n'est que faiblement adhérente aux tuniques sous-jacentes et, d'autre part, elle est suffisamment résistante pour supporter la faible traction nécessaire pour l'attirer à travers la boutonnière musculaire.

Maintes fois, nous avons exécuté sur le cadavre la cystostomie ainsi modifiée et jamais nous n'avons rencontré l'ombre d'une difficulté. Nous croyons donc que sur le vivant, même chose sera facile et nous nous résumerons en disant :

Pratiquée en attirant la muqueuse à travers l'orifice et en la suturant *seule* à la peau, la cystostomie réalisant ainsi la création d'un urèthre contre nature avec deux sphincters, lisse et strié, peut constituer le traitement radical du prostatisme; l'expérience ultérieure démontrera si cet espoir est fondé.

Mais sans produire l'idéal, peut-être chimérique, de la création des deux sphincters, la modification que je propose peut placer le malade dans les meilleures conditions, pour réaliser la rétention prolongée des urines. Le mécanisme de cette rétention est encore très peu connu. Aussi nous a-t-il paru intéressant de signaler le fait suivant et de le discuter.

Au point de vue de la rétention volontaire, nous avons pu étudier un malade qui fut opéré à la Pitié pour des accidents vésicaux assez bizarres. Voici l'observation de ce malade :

G... (Pierre), âgé de soixante-cinq ans, tailleur de pierre, sans antécédents héréditaires, fut envoyé à la Pitié dans le service de M. le professeur Tillaux, par le docteur Hamonic.

Ce malade souffre de la vessie depuis fort longtemps. Lorsqu'il travaillait à la construction du chemin de fer d'Orléans, il fut pris un jour, à Angoulême, de violentes douleurs à la fin de la miction et, le lendemain, de rétention d'urine qui céda en quelques heures, grâce à l'absorption, dit le malade, « d'un bouillon de tête de mouton ». Ces accidents s'étaient produits immédiatement après une visite, faite par le patient, dans une maison publique.

Les mêmes phénomènes de rétention brusque d'urine et de douleurs à la fin de la miction se reproduisirent trois ans après la première atteinte et ne durèrent, cette fois encore, que quelques jours. Puis, pendant plus de vingt ans, le malade n'eut pas à se plaindre de sa vessie.

Au commencement de l'année 1892, les mêmes phénomènes se montrèrent à nouveau, accompagnés cette fois d'hématurie. Le malade s'en fut à l'hôpital Necker, où on le sonda, ce qui, dit-il, le fit saigner et souffrir. On ne trouva pas de pierre et l'on prescrivit des lavages vésicaux.

Le malade ne resta que trois jours à Necker; mécontent du traitement qu'on lui faisait, redoutant les douleurs violentes qui accompagnaient chaque cathétérisme, il quitta l'hôpital et se rendit à l'Hôtel-Dieu où il fut admis dans le service de M. le professeur Tillaux.

Là, il eut deux hématuries, mais ne fut pas sondé. Bientôt, se sentant beaucoup mieux, il demanda sa sortie.

Aucun trouble pendant l'année 1892; cependant, vers le mois de décembre, la miction devint plus fréquente, douloureuse à la fin; les urines se troublèrent et c'est alors que le malade consulta M. le docteur Hamonic.

Mon cher ami Hamonic pratiqua le cathétérisme, ne trouva pas de pierre et prescrivit des lavages boriqués. Pendant deux mois environ, le patient se trouva amélioré; mais, en février 1893, les douleurs reparurent; il y eut des hématuries. Le cathétérisme fut de nouveau pratiqué et révéla la présence d'un calcul; aussi le malade fut-il envoyé à la Pitié pour être débarrassé de son affection.

Au moment de son entrée dans le service de notre vénéré maître, M. le professeur Tillaux, il fut facile de reconnaître l'existence du calcul. Les mictions étaient très fréquentes, extrêmement douloureuses à la fin, au point que la douleur ne diminuait presque pas dans l'intervalle de deux mictions.

Les urines étaient troubles, chargées de phosphates, sanguinolentes. Le cathétérisme était très douloureux.

Le toucher rectal indiquait une prostate relativement peu volumineuse et à peine sensible à la pression.

Le palper des reins n'indiquait aucune tuméfaction, ne provoquait aucune douleur.

L'exploration vésicale révélait ce qui suit : la capacité vésicale était très diminuée; on ne pouvait injecter plus de 150 grammes d'eau boriquée, sans provoquer une douleur violente et l'expulsion du liquide.

Sur la paroi inférieure et à gauche, touchant au col, se trouvait une masse rugueuse, immobile, présentant un diamètre antéro-postérieur de 3 centimètres environ. On sentait également à droite quelques contacts rugueux.

L'exploration est très douloureuse; elle est suivie d'hématurie. M. le professeur Tillaux prescrit des lavages boriqués tièdes; mais on ne peut les continuer plus d'un jour, le malade se refusant à subir la torture du cathétérisme. État général satisfaisant, pas d'amaigrissement.

Aussi notre vénéré maître se décide-t-il à pratiquer la taille hypogastrique, non seulement dans le but d'extraire le calcul, mais aussi pour laisser l'organe se reposer, et surtout le rendre accessible aux lavages modificateurs.

L'opération est pratiquée, le 13 avril 1893, avec ballon de Petersen, mais sans suture de la vessie à la paroi : on installe les tubes Périer-Guyon. Le calcul enlevé avait le volume d'une noix, il était phosphatique et s'écrasa pendant l'extraction. On ne trouva pas de néoplasme vésical; mais la muqueuse était tomenteuse, saignant au moindre contact et parsemée d'incrustations calcaires qui furent laissées en place.

Les suites furent des plus simples : le malade se trouva immédiatement soulagé; les lavages faits, matin et soir, à partir du troisième jour, n'étaient pas douloureux; l'appétit et le sommeil revinrent et, lorsque le dixième jour, on enleva les tubes, le malade se trouva très bien. M. le professeur Tillaux aurait voulu maintenir les tubes en place le plus longtemps possible, pour obtenir la permanence de l'orifice, mais la nécessité obligea à supprimer le siphon, dont le contact avec la vessie était devenu douloureux.

L'urine, dès lors, s'écoula par l'orifice hypogastrique et le malade reprit ses forces, ainsi qu'un certain embonpoint.

Au bout d'un mois, l'orifice s'était rétréci; on passa des bougies pour le dilater; mais bientôt le malade urina par la verge et refusa de laisser dilater son méat hypogastrique qui se ferma rapidement.

Au bout de deux mois, l'opéré quitta le service.

Il rentra à la Pitié, au mois d'août 1893.

Depuis sa sortie, il s'était bien porté, jusqu'au milieu de juillet. A cette époque, les douleurs de la miction, qui était redevenue normale, reparurent plus intenses que jamais. Il se forma une tuméfaction au niveau de la cicatrice, puis un abcès qui s'ouvrit et resta fistuleux, laissant passer de temps en temps quelques gouttes d'urine. Après l'ouverture et la fistulisation de l'abcès, les douleurs se calmèrent sans disparaître complètement et le malade revint pour réclamer à nouveau l'ouverture de la vessie.

Je proposai non plus la taille simple, mais la cystostomie. M. le professeur agrégé Jalaguier, qui remplaçait, pen-

dant les vacances, M. le professeur Tillaux, approuva ma proposition et pratiqua l'opération de Poncet, après avoir modérément distendu la vessie sans employer le ballon de Pétersen, ni la position inclinée. Cette fois-ci encore, le soulagement fut immédiat. Pendant un mois, l'urine s'écoula continuellement par le méat hypogastrique, mais pouvait être contenue grâce à un simple tampon d'ouate hydrophile. L'appétit revint, ainsi que l'embonpoint.

Peu à peu l'orifice se rétrécit et le malade pouvait garder ses urines pendant quatre et cinq heures, deux mois après l'opération. Mais la rétention se produisait dans des conditions spéciales, ce qui me porta à étudier, autant que faire se pourrait, le mécanisme de la rétention, presque volontaire.

Je dis presque volontaire, car dans la position couchée, il pouvait y avoir de l'incontinence. En interrogeant le malade, j'appris qu'il retenait ses urines, pendant tout le temps qu'il restait levé. Il sortait, se promenait sans qu'il s'écoulât d'urine par le méat hypogastrique; au bout de trois, quatre et quelquefois cinq heures seulement, il sentait le besoin d'uriner et était obligé de le satisfaire immédiatement. L'urine sortait en petit jet et tombait à une certaine distance, d'ailleurs peu considérable. Un soir, je fis uriner le malade devant moi, après une rétention d'une durée de cinq heures; le besoin d'uriner était assez impérieux.

Je constatai que, pour vider sa vessie, le malade fléchissait légèrement le tronc sur le bassin et qu'aussitôt l'urine sortait par l'orifice; le jet, assez mince, tombait à 16 centimètres en avant du pubis. L'arrêt de la miction pouvait être obtenu volontairement, ce que le malade exécuta devant moi, plusieurs fois. Je remarquai que cet arrêt volontaire était précédé d'un léger redressement du corps; j'en conclus que le sphincter strié était constitué par les deux muscles droits, dont le relâchement dans la flexion du tronc permettait l'issue de l'urine, et dont la tension par redressement du corps arrêtait l'écoulement. Ces deux mouvements étaient d'ailleurs instinctifs, car le malade ne pouvait expliquer autrement que par sa volonté, l'arrêt du jet d'urine.

Dans le décubitus dorsal, le résultat n'était plus le même; l'incontinence se manifestait au bout d'une demi-heure, de trois quarts d'heure au plus, et, cependant, le malade prétendait que, parfois, il avait pu retenir ses urines, même couché. Je cherchai la raison de ces différences et je crois l'avoir trouvée.

Éclairé sur l'action des muscles droits, je conseillai au malade de dormir les épaules basses de façon à tendre ses muscles de l'abdomen. Je pus constater qu'en effet, dans cette position, la rétention durait au moins une heure et demie, et provoquait le besoin d'uriner. J'étais, dès lors, fixé sur le rôle des muscles droits comme sphincter; mais il était difficile d'admettre qu'ils restassent tendus pendant quatre et cinq heures, et d'expliquer le besoin d'uriner.

Je pense que la tension des droits est un des éléments de la rétention prolongée, mais qu'elle n'est pas le seul. On ne peut faire que deux hypothèses : 1° il existe un sphincter profond; 2° il y a une action mécanique des viscères de l'abdomen sur le nouveau canal.

Cherchant à vérifier la première hypothèse, j'explorai l'urèthre sus-pubien avec une bougie à boule. Je sentis bien une résistance superficielle, due aux bords de la boutonnière musculaire, à 1 centimètre de profondeur environ, mais plus profondément, la boule ne rencontra aucune résistance. Aurait-il même existé un sphincter profond que son existence n'aurait pas expliqué la sensation du besoin d'uriner. Chacun sait que, dans un urèthre normal, cette sensation est provoquée par l'action de l'urine sur la muqueuse de l'urèthre postérieur. Or, chez le cystostomisé, la muqueuse du nouvel urèthre n'est que la muqueuse vésicale elle-même et non la muqueuse prostatique. Donc la sensation ne devrait pas exister.

En réalité, la sensation du besoin résulte de la distension de la muqueuse vésicale elle-même; c'est au niveau du réservoir que naît le besoin et non au contact de l'urine avec la muqueuse prostatique. Dès lors, la sensation du besoin, chez le cystostomisé, s'explique et, lorsqu'elle se produit, la tension de la contraction des muscles droits peut suffire à empêcher l'issue de l'urine. Mais ces muscles ne sont pas en tension ou contraction permanente; il faut une action adjuvante et cette action doit être exercée par les viscères de l'abdomen.

Voici comment je comprends ce mécanisme :

Supposons que l'urèthre contre nature présente une certaine longueur, 3 ou 4 centimètres par exemple. Lorsque la vessie est vide, le paquet intestinal applique le canal contre le pubis et l'aplatit de façon à accoler les parois.

La vessie, en se remplissant, se développe surtout en arrière et en haut, refoule dans ce sens la masse intestinale et augmente par suite la pression exercée sur le pubis. Cette pression ferme le canal et le maintient fermé, favorise même peut-être sa coudure, tant que le muscle vésical n'entre pas en contraction, ou que le poids de l'intestin sur le réservoir ne contrebalance pas l'effort supporté par le canal, en avant.

Plus le canal sera long, plus il subira de pression de la part de la masse intestinale, plus facilement il pourra se couder et plus la rétention sera prolongée et facile.

Le canal, au contraire, sera-t-il court, moins il sera exposé à la pression des viscères, peut-être même n'en supportera-t-il aucune et, dès lors, la rétention sera uniquement due à la tension des muscles droits.

De cela, que conclure ? Ceci, me paraît-il : c'est qu'il n'est pas nécessaire de chercher à réaliser un sphincter profond dont l'existence est très douteuse, mais qu'il faut s'efforcer de créer un très long urèthre, tout en laissant la vessie indépendante de la paroi abdominale, pour réaliser les conditions. C'est ce que M. Poncet avait déjà observé et conseillé, c'est ce qui me paraît toujours possible et facile, grâce à la modification que je propose, à savoir : la création de l'urèthre aux dépens de la muqueuse vésicale seule, décollée de la paroi musculaire du réservoir et attirée jusqu'au contact de la peau.

On réalisera ainsi les deux conditions les plus favorables : grande longueur du canal et indépendance de la vessie par rapport à la paroi.

— Par décret, en date du 11 avril 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Langle, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Juvaux, Maurel, Christen, Bernheim, Rénon, Delbecque, Gauthier, Durand, Arnaud, Gérard, Duchateau, Dengler, Bihorel, Vaudremer, Dezwarte, Bridier, Étienne, Joland, Laredde, Boutin, Vienne, Porte, Dercheu, Bezou, Cazanove, Mulliez, Bastide, Desuet, Brandstetter et Régnier.

— Le concours pour deux places de médecins du Dispensaire général de Lyon s'est terminé par la nomination de MM. les docteurs Laguaite et Robin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires,** cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants.* Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin.** Ne troublant pas les **fonctions digestives,** il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote.**

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

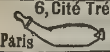
DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

CACHETS (0.20) CAPSULES (0.10) DE CHLORALOSE

HYPNOTIQUE NOUVEAU (FORMULE HANRIOT et CH. RICHET)

B. BAIN & FOURNIER, seuls préparateurs, *43, Rue d'Amsterdam, Paris.*



6, Cité Trévise Paris **PARFAIT NOURRICIER** SEUL BIBERON NETTOYABLE

CAPSULES DE MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE MYRRHE)

TONIQUE, STIMULANT, BALSAMIQUE

Contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES DE MYRRHOLINE CRÉOSOTÉE

Contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

Préparées par **H. KUENEMANN,** pharmacien de première classe, lauréat des hôpitaux, **28, rue de Grammont, Paris.**

Envoi GRATIS ET FRANCO à MM. les Médecins qui en feront la demande pour expérimenter.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE

CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.

Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.

Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.

Vin id. id. à 1 — 60.

Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes phles.

OBJETS DE PANSEMENTS

SPARADRAPS ANTISEPTIQUES, PLUMASSEAUX-ÉPONGES

DESNOIX, *DESNOIX & DEBUCHY,* Succrs

17, Rue Vieille-du-Temple, PARIS

TISSUS PHARMACEUTIQUES

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le **seul vin** de **Quinquina ne constipant pas** et **n'irritant pas les voies intestinales.**

Un verre à liqueur à chaque repas.

Dépôt central : SECRETAN, 52, r. Decamps, Paris.

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.

La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . *2 fr.*

Phien ✻, *2 bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

CHLORURE D'ÉTHYLE PUR

Anesthésique local du Prof.-Docteur REDARD.

PRÉPARÉ PAR

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER

LYON



Bté S. G. D. G.

(Tube réduit au 5e de la grandeur naturelle.)

Innocuité absolue. — Anesthésie parfaite. Guérison des névralgies, sciatiques, etc.

DÉPÔT DANS TOUTES LES PHARMACIES

Prix : **9 fr.** *la boîte de 10 tubes.*

PAPIER EYMONNET

APPLICATION DE **L'IODE** A L'ÉTAT **naissant.**

REVULSIF instantané

remplaçant en 20 minutes 5 à 6 couches Teinture d'Iode, Thapsias, etc. Opérant la vésication en 1 heure. *Effets faciles à graduer* suivant les cas. *Echantillon* FRANCO et GRATIS sur demande de MM. les Docteurs. **Eymonnet,** à Dijon. Feuille, **60c.**

ICHTHYOL

PRODUITS SANITAIRES & ANTISEPTIQUES S F P A PARIS

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*; sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation.*

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA

Société française de produits sanitaires et antiseptiques,

31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

COTON IODÉ DU Dr MÉHU

Adopté dans les hôpitaux de Paris.

Le **Coton iodé du Dr Méhu** est l'agent le plus favorable à l'absorption de l'iode par la peau et un révulsif énergique dont *on peut graduer les effets à volonté.* Son action est plus sûre et plus profonde que celle de la teinture d'iode. Il remplace avec grand avantage le papier moutarde, l'huile de croton tiglium, le thapsia et souvent même les vésicatoires.

Pharmacie Thomas, 48, avenue d'Italie, Paris.

SOLUTION PELISSE

AU BENZOATE DE SOUDE DU BENJOIN

Recommandée dans les

Affections aiguës et chroniques de la **GORGE** et des **VOIES RESPIRATOIRES.**

DOSAGE : Une cuillerée à soupe représente 75 centigrammes.

Phie PELISSE, 4, rue de la Sorbonne, Paris.

CHARBON NAPHTOLÉ FRAUDIN

CACHET DE GARANTIE F

PHARMACIEN, BOULOGNE-PARIS

MALADIES de la PEAU EMPLATRES CAVAILLES

TAFFETAS de **VIGO** sur soie, ctre **Syphilides.**
EMPLATRE OXYDE de **ZINC**, ctre l'**Eczéma.**
EMPLATRE à l'**HUILE** de **CADE**, au **SALOL**, etc.
Employés avec succès à l'hôpital St-Louis.
Pharmacie, 9, rue du Quatre-Septembre, Paris.

CHAIX & REMY LIQUIDES BROWN-SEQUARD

10, Rue de l'Orne, 10 PARIS

N° 46. — JEUDI 19 AVRIL 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 19 AVRIL 1894. — N° 46.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Brouardel a répondu à M. Gibert sur la question de la fièvre typhoïde au Havre. En loyal adversaire, il a commencé par rendre publiquement à M. Gibert la justice qui lui est due pour les services qu'il a rendus à la ville du Havre. Ils se trouvent d'accord sur bien des points, sur ce fait, entre autres, que Le Havre est le grand foyer de la fièvre typhoïde pour toute la région du nord de la France, sur la nécessité de l'assainir, etc. Mais il est un point sur lequel le désaccord est absolu entre M. Brouardel et M. Gibert. Pour ce dernier, c'est dans l'infection du sous-sol de la ville qu'il faut chercher la cause de la fièvre typhoïde, et les eaux d'alimentation n'y sont pour rien. Pour M. Brouardel, au contraire, au Havre comme à Rennes, comme à Angers, comme à Paris, c'est dans les eaux d'alimentation, et seulement dans ces eaux, qu'il faut rechercher l'origine de la fièvre typhoïde.

La conséquence pratique à tirer de ces opinions est toute différente, on le conçoit aisément. M. Brouardel dit : « Amenez des eaux pures, et la fièvre typhoïde disparaîtra »; M. Gibert soutient qu'il faut commencer par assainir le sous-sol. Le seul moyen de mettre d'accord les deux adversaires serait d'exécuter les mesures que chacun d'eux réclame.

Cette discussion ne paraît pas près de se terminer. M. Gibert a répliqué à M. Brouardel et a maintenu ses premières assertions; mais il a annoncé qu'il ne s'en tiendrait pas à cette réplique.

L'Académie a élu M. Malassez membre titulaire, dans la section d'anatomie pathologique, par 41 suffrages contre 33 accordés à M. A. Voisin, sur 77 votants.

Contrairement à ses habitudes, l'Académie s'est formée en comité secret au milieu de la séance. D'après des indiscrétions de couloir, dans ce comité secret aurait été discutée la question de savoir si l'Académie ne devrait pas prendre des vacances annuelles. La majorité s'est prononcée pour le maintien du *statu quo*.

Sur le rapport de M. Ch. Perier, l'Académie a arrêté comme suit la liste des candidats au titre d'associé national : en première ligne, M. Bouchacourt (de Lyon); en deuxième ligne, M. Azam (de Bordeaux); en troisième ligne, M. Delore (de Lyon).

LES SECOUSSES TRACHÉALES
DANS L'ANÉVRYSME DE L'AORTE (1)

Par M. le docteur MARTIN-DURR, ancien interne des hôpitaux de Paris.

V

FRANCE

La valeur diagnostique des secousses trachéales dans l'anévrysme de la crosse aortique est donc discutée dans les pays de langue anglaise et admise en Italie.

Dans les autres pays, nous n'avons pu trouver d'observation sur ce sujet.

En France, notre situation d'interne de M. le professeur Potain nous a permis de recueillir la première observation publiée dans notre pays.

OBSERVATION. — *Syphilis ancienne; anévrysme de l'aorte; insuffisance aortique; compression du récurrent; secousses trachéales.* — P. S..., soixante-sept ans, cordonnier, entre le 8 mars 1893, dans le service de M. le professeur Potain, salle Bouillaud, n° 4.

Son père est mort à cinquante-six ans de maladie inconnue, sa mère à soixante-neuf ans, de bronchite chronique.

Il a eu une fluxion de poitrine à quinze ans; depuis, n'a jamais été sérieusement malade, si ce n'est à l'âge de trente-trois ans, où il a contracté la *syphilis*, qui a été soignée au Midi par Ricord.

Les vingt années qui suivirent se passèrent sans aucun incident. Depuis huit ans, il a remarqué qu'il était court de souffle et que tous les hivers il crachait et toussait. Il était sujet alors à des accès d'oppression, qui le firent traiter comme asthmatique. Depuis quatre ans, il eut, de plus, à plusieurs reprises, des accès de dysphagie et d'enrouement.

Au mois de juillet dernier, un après-midi, en se lavant les mains, il est, tout à coup et sans cause, devenu aphone. Cette aphonie a persisté depuis sans changement.

État actuel, 9 mars. Aphonie complète. Dyspnée continue, jour et nuit; inspiration assez facile, expiration très laborieuse. Expectoration blanche muqueuse, filante comme du blanc d'œuf, très abondante (plusieurs crachoirs dans la nuit). Cornage intense.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 367.

P. 84, très régulier. Tension artérielle 19. Les deux pouls sont semblables, d'amplitude médiocre.

La pointe du cœur bat dans le septième espace intercostal, presque dans la ligne axillaire. L'impulsion est très forte.

Toute la région sternale est le siège d'un soulèvement expansif diastolique, alternant avec le choc de la pointe. Cette alternance se voit nettement sur les tracés ci-joints (fig. 3 et 4).

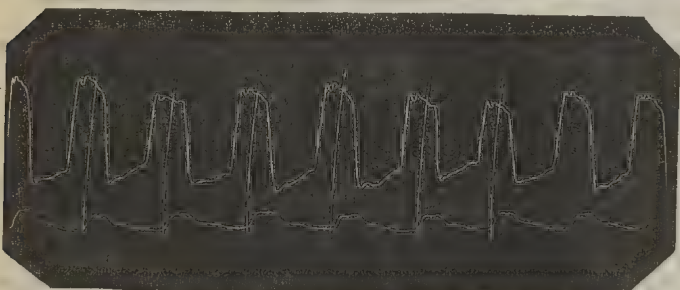
A
B


Fig. 3. — *Tracé de la pointe du cœur et de la radiale droite.*
A, Pointe du cœur. — B, Radiale droite.

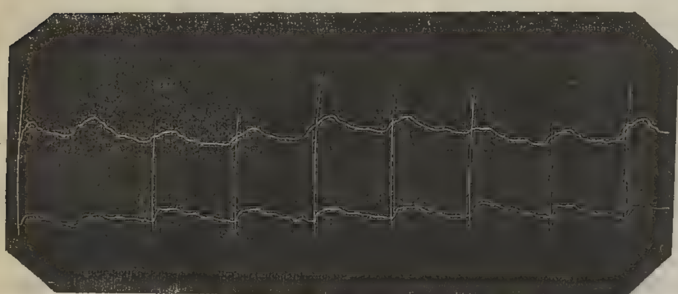
A
B


Fig. 4. — *Tracé du foyer aortique et de la radiale droite.*
A, Aorte. — B, Radiale droite.

La matité cardiaque occupe une très grande étendue : 316 centimètres carrés. Il existe, sur cette matité, deux espaces non recouverts par le poumon, l'un en bas et le long du bord gauche du sternum, *cardiaque*, l'autre, en haut, sur le sternum et le premier espace intercostal droit, *aortique*.

Au niveau du premier espace intercostal, la matité dépasse de 4 centimètres et demi le bord droit du sternum.

L'auscultation fait entendre à la base un double souffle, dont le maximum se trouve sur le sternum, au niveau de la troisième côte, et qui occupe une très grande étendue, se propageant à droite et à gauche à trois travers de doigt du bord sternal, en haut, jusque dans la carotide, en bas, jusqu'à l'appendice xiphoïde.

Le souffle systolique est rattaché à l'existence de l'anévrysme aortique, déjà indiqué par la grande étendue dont la matité dépasse le bord droit du sternum.

Le souffle diastolique, coïncidant avec des battements de la carotide droite, un double souffle crural et, sur le tracé cardiographique, avec une ligne de diastole obliquement ascendante, est rapporté à une insuffisance aortique coexistant avec l'anévrysme de l'aorte.

L'auscultation du poumon fait entendre en avant, avec un murmure vésiculaire faible, quelques ronchus sibilants et ronflants disséminés ; en arrière, une sonorité assez forte, sans rien d'excessif, et un murmure vésiculaire partout affaibli, un peu plus à gauche, où les râles sont aussi plus nombreux.

En arrière, au niveau des deuxième et troisième vertèbres dorsales, existe un bruit de cornage assez prononcé, que l'on entend à distance et qui consiste, après une inspiration faible, en une expiration rude et prolongée. Ce bruit de cornage est limité à la partie médiane et ne se propage pas sur les côtés ; il correspond à une compression médiane de la trachée.

L'aphonie est complète. Le laryngoscope montre la corde vocale gauche immobilisée dans une situation intermédiaire entre la dilatation et la constriction, tandis que la corde vocale droite se meut dans l'acte de la respiration et dans l'émission des bruits.

Secousse trachéale. — Si l'on dit au malade de fermer la bouche et de lever le menton, et qu'on prenne le cartilage cricoïde entre le pouce et l'index, on sent que la trachée est soumise à des *secousses isochrones au pouls*. Ces secousses consistent en un *abaissement du larynx* coïncidant avec chaque pulsation radiale.

Le malade est resté dix jours dans le service, en proie à une dyspnée continue jour et nuit, qui l'obligeait à se tenir constamment assis dans son lit.

Il mourut presque subitement le 19 mars au matin.

Autopsie le 21 mars (Note communiquée par M. le docteur Suchard). L'examen des organes thoraciques en place montre le *cœur* très gros, comme les deux poings du sujet.

Avant d'avoir incisé le péricarde, on voit la crosse de l'aorte très dilatée dans sa portion ascendante et constituant un anévrysme gros comme les deux poings.

Le *poumon gauche* ne présente aucune adhérence et est totalement indépendant de l'anévrysme.

Le *poumon droit*, au contraire, est très adhérent à la tumeur par une grande partie de sa face interne.

Après avoir refoulé le poumon gauche, on voit l'*aorte descendante* très dilatée, jusqu'au niveau de son passage à travers les piliers diaphragmatiques.

Le cœur ayant été enlevé en masse avec l'aorte et les branches partant de sa crosse, la trachée, le larynx, les bronches et les poumons, on voit que : 1° *toute la crosse aortique* est transformée en un énorme anévrysme sacciforme, du volume d'une tête de fœtus, commençant immédiatement au-dessus des sigmoïdes aortiques, pour se terminer après la naissance de la sous-clavière gauche. Il existe, à ce niveau, un collet dans le sillon duquel on voit passer l'anse formée par le pneumo-gastrique et le récurrent gauche, anse fortement agrandie.

2° Au-dessous du collet, l'aorte descendante est renflée en forme de poire allongée, constituant ainsi un *deuxième anévrysme*.

La dilatation de l'aorte cesse au niveau de son passage à travers le diaphragme.

Les culs-de-sac péricardiques des gros vaisseaux de la base du cœur ont disparu ; la symphyse cardiaque est totale : en aucun point le péricarde viscéral ne se détache du péricarde pariétal.

Les nerfs phrénique, pneumogastrique et récurrent droits ne sont pas modifiés dans leurs rapports avec les organes voisins.

Le phrénique gauche est légèrement dévié et soulevé en avant, à son passage en avant de l'aorte.

Le pneumogastrique gauche est repoussé en avant. Le récurrent en part au-dessous de la bronche, au niveau du collet situé entre les deux anévrysmes. Il est dévié et, suivant la dilatation anévrysmale, il est peu en contact avec la bronche. Il est comprimé dans une étendue de 3 centimètres environ, entre la poche anévrysmale et la trachée, par des ganglions prétrachéaux ardoisés ; ce nerf est dur et presque d'aspect fibreux.

En ouvrant l'aorte dans toute sa longueur, on constate que l'anévrysme principal ne renferme pas de caillots stratifiés, mais un gros caillot fibrineux mou. L'orifice aortique est insuffisant à l'épreuve de l'eau ; les valvules sigmoïdes sont un peu épaissies. Le collet inférieur mesure 7 centimètres et demi de périmètre. La face interne des deux anévrysmes et de l'aorte abdominale est couverte de plaques

jaunâtres irrégulières, par places villeuses et en d'autres fendillées par la confluence de plusieurs foyers. Ces lésions se prolongent dans toute l'étendue du vaisseau. En aucun point, il n'y a de fissures ou de pertuis.

Au niveau de la trachée, la paroi de l'aorte n'existe plus et les anneaux de la trachée se voient à nu et aplatis, ne laissant entre la trachée et l'aorte qu'une mince cloison d'à peine 2 millimètres.

Les poumons sont emphysémateux, très chargés de sang dans les parties déclives. Pas d'infarctus.

Quelques ganglions trachéo-bronchiques ardoisés. Bronches rouges renfermant du mucus sanguinolent.

La trachée et les bronches paraissent sans lésion; la bronche gauche est déviée, mais peu comprimée.

La muqueuse du larynx ne présente pas de lésions. Le *muscle crico-aryténoïdien postérieur* du côté gauche paraît plus jaune que celui du côté opposé; il est aplati et son corps, au lieu d'être saillant, est déprimé.

L'arythénoïdien est peu coloré, mais on n'y observe pas de lésion visible à l'œil nu.

Lorsqu'on incise la corde vocale inférieure gauche, on voit que le ligament repose sur un tissu *jaune et mou*, au lieu que la corde vocale inférieure droite, incisée de la même manière, est doublée de son muscle thyro-arythénoïdien interne rouge et consistant.

Les crico-thyroïdiens ne présentent pas de lésions.

(Les pièces ont été présentées à la Société anatomique, dans la séance du 24 mars 1893.)

Les autres organes n'offrent rien de remarquable (1).

TRAITEMENT DE L'ÉPISTAXIS

Par le docteur Latapie.

Je veux faire connaître à mes confrères un procédé qui m'a réussi dans trois cas sérieux d'épistaxis. Quel praticien ne s'est trouvé embarrassé en face d'une hémorragie nasale persistant malgré tous les moyens médicaux usités? On a bien la ressource du tamponnement, mais il s'en faut que le tamponnement réussisse toujours et il est d'ailleurs d'une application difficile et cause un malaise, des incommodités qu'on doit être heureux d'éviter au malade.

L'épistaxis simple, j'entends indépendante de toute tumeur, siège presque toujours, sinon toujours, à la partie antérieure de la cloison, en un point accessible au petit doigt. Chez une femme, de constitution moyenne, dans un cas d'hémorragie durant depuis vingt-quatre heures, ayant déterminé déjà plusieurs lipothymies, j'eus l'idée, avant d'en venir au tamponnement, d'essayer la compression directe. J'introduisis le petit doigt dans la narine et je comprimai l'endroit où la chaleur et l'humidité indiquaient le siège du mal; l'écoulement s'arrêta aussitôt; la malade, qui était dans l'anxiété la plus vive, respira alors librement et l'inquiétude disparut des visages de tous les assistants. Je restai dix minutes et je me retirai en indiquant ce qu'il fallait faire en cas de rechute. La nuit suivante, le sang reparut, mais la garde l'arrêta sans peine, en suivant les conseils que j'avais donnés.

Deux fois depuis lors, j'ai eu l'occasion d'employer le même moyen, avec le même succès. Il est clair que toutes les fois que l'érosion vasculaire peut être ainsi fermée, c'est-à-dire au moins quatre fois sur cinq, la compression digitale constitue le moyen à la fois le plus simple et le plus sûr.

(1) Voy. Th. de doctorat, Paris 1893.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 avril 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Burcker, Hanriot et G. Pouchet, qui se portent candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales.

COMMUNICATIONS

Abcès du foie. — M. L.-E. Bertrand communique l'observation d'un homme de vingt-huit ans qu'il a guéri d'un abcès du foie par l'incision.

Cet homme, atteint de fièvre typhoïde en 1884, a eu depuis, au Tonkin, une dysenterie grave dont il a guéri. En avril 1893, il entre à l'hôpital où l'on diagnostique un abcès du foie déjà ancien. Cet abcès est largement incisé et il en sort 1 litre de pus. Les suites opératoires sont simples et le malade guérit.

L'examen bactériologique du pus a montré des staphylocoques pyogènes, des bacilles d'Eberth et enfin une bactérie encore indéterminée. Cet examen montre que, contrairement à de nombreuses observations publiées jusqu'à présent, le pus de ces abcès n'est pas stérile ou tout au moins que cette stérilité est plus apparente que réelle. L'observation démontre, une fois de plus, l'origine et la nature microbiennes non spécifiques de l'hépatite suppurée.

Fièvre typhoïde au Havre. — M. Brouardel déclare avec M. Gibert que Le Havre est une des villes de France le plus gravement atteintes par la fièvre typhoïde. Sur les 197 villes dont M. Brouardel a pu avoir la statistique depuis 1886, il a constaté que, pour la période 1886-1891, Le Havre occupait à cet égard le 192e rang avec 1 077 décès typhoïdes donnant une mortalité de 16 p. 10 000. La dernière épidémie de Paris, celle qui sévit actuellement, n'a pas tué 400 personnes; l'année la moins chargée au Havre de 1886 à 1891 donne 91 décès, soit 7,8 p. 10 000, ce qui constituerait pour Paris une épidémie faisant 1 729 victimes. D'ailleurs, soit par lui-même, soit par ses irradiations, Le Havre est le plus gros foyer de fièvre typhoïde du Nord. Comment peut-on le faire disparaître?

Pour M. Gibert, la cause unique de l'état sanitaire du Havre au point de vue épidémique est la souillure du sous-sol. Des renseignements que M. Brouardel a recueillis, il est obligé de conclure d'une façon diamétralement opposée, ou du moins de déclarer que ce ne sont pas les quartiers dont le sol serait le plus infecté, au dire de M. Gibert, qui présentent le plus de cas de fièvre typhoïde. Au contraire, il a dit et il maintient que la répartition typhoïde est bien en rapport avec l'alimentation d'eau potable, ce qui tient à ce que les sources de Saint-Laurent étaient mal protégées contre les infiltrations et les souillures du sol.

M. Gibert objecte qu'on n'a pas trouvé de bacilles typhiques dans ces eaux; mais l'analyse a été faite alors que l'épidémie était à peu près terminée; en matière d'épidémie typhoïdique, cet examen est toujours trop tardif.

Pour établir la théorie hydrique de la propagation de la fièvre typhoïde, dit M. Brouardel, nous ne nous sommes pas basé seulement sur la valeur d'un microbe sur lequel discuteront même les bactériologistes, nous avons établi que les groupes d'individus qui étaient atteints buvaient la même eau, qu'à côté d'eux se trouvaient des groupes peu ou pas atteints qui buvaient une autre eau. M. Brouardel l'a démontré pour Clermont-Ferrand, et chaque fois que dans une ville, comme à Rennes, comme à Angoulême, etc., on a modifié le régime des eaux d'alimentation, on a vu la mor-

talité générale diminuer et surtout la mortalité typhoïdique.

M. Brouardel rappelle la disposition des eaux du Havre, les sources, leur origine géologique, etc., il démontre que les sources de Saint-Laurent sont dangereusement avoisinées; qu'elles peuvent être contaminées aussi bien par les maisons qui se trouvent près de leur point de captage que par l'épandage des vidanges sur les terrains crétacés qui les surplombent.

Au mois d'août 1886, des tinettes de la ville du Havre ont été répandues en assez grande quantité sur le plateau; la fièvre typhoïde a éclaté épidémiquement au Havre en mai 1887. Cette dernière année, la même pratique est répétée sur le plateau en septembre et octobre; en mai 1888, la fièvre typhoïde reprend épidémiquement au Havre. Cette relation de cause à effet entre l'épandage des matières fécales et l'apparition de la fièvre typhoïde est d'autant plus admissible que le bacille typhique existait, à n'en pas douter, dans les tinettes déversées, que le temps écoulé entre l'épandage et l'apparition de l'épidémie correspond à la rapidité d'écoulement des eaux à travers le sol.

Sans doute, il n'est pas impossible que la fièvre typhoïde se propage par contact, mais elle a alors une extension limitée à un logement ou à une maison, et ce n'est que secondairement, lorsque le germe a été apporté, que pareil fait se produit dans certaines conditions d'encombrement; celui-ci favorisant la propagation, mais ne créant pas la maladie.

M. Gibert me reproche d'avoir mis en cause les eaux de Saint-Laurent et d'avoir négligé les causes de pollution du sous-sol du Havre par les eaux usées, au risque de ne pas y obtenir ce que le drainage aurait permis d'obtenir dans certaines villes étrangères; à Bruxelles, à Berlin, à Dantzig, à Francfort, villes citées par M. Gibert, le drainage n'a pas supprimé la fièvre typhoïde, et chaque fois que les eaux d'alimentation y ont été polluées, la fièvre typhoïde a eu une recrudescence marquée, tandis que, dans des villes françaises comme Rennes et Angoulême, l'amenée seule d'eau pure a suffi pour faire presque disparaître la fièvre typhoïde.

Du reste, M. Brouardel n'a jamais nié, et il le disait avec M. Thoinot dans le rapport de 1889, qu'il ne fallût pas seulement mieux protéger les sources de Saint-Laurent qui alimentent Le Havre, mais encore y compléter le réseau d'égouts et empêcher au plus vite l'infection du sous-sol. Aussi, comme conclusion à ce débat, il propose à l'Académie de demander au ministre de l'Intérieur de nommer une commission qui serait chargée d'indiquer les mesures à prendre pour assainir la ville du Havre.

M. GIBERT s'associe au vœu par lequel M. Brouardel a terminé sa communication. Mais il est un point capital de son argumentation, que M. Gibert veut combattre.

M. Brouardel affirme que les eaux d'alimentation de Saint-Laurent peuvent être contaminées. M. Gibert affirme que c'est impossible.

M. Brouardel, à son avis, s'est trompé lorsque, voyant le long de la côte d'Ingouville une fissure dans le calcaire, il a cru qu'il assistait à la formation des sources. Toutes les sources qui émergent à la crête ou à la falaise viennent du plateau et sont inclinées du nord à l'est. L'eau qui tombe en pluie sur la côte d'Ingouville contribue à la formation des sources de Rouelle, mais pas du tout à celle des sources que l'on voit sourdre au-dessous des fissures observées par M. Brouardel.

Les sources du Havre pourraient, à la rigueur, être contaminées par de pareilles fissures. Ce n'est qu'une possibilité, mais c'est précisément pour cela que la ville du Havre a été chercher son eau potable à 16 kilomètres, à Saint-Laurent. Là, il n'y a pas de falaise, il n'y a pas de cassure et l'eau qui est captée au pied de la colline d'Applemont est une eau si abondante qu'elle forme une rivière.

Il y a trois sources captées à Saint-Laurent, et depuis l'enquête de M. Brouardel, ces sources sont mieux défendues.

Mais la grande affaire, c'est la possibilité de la souillure des eaux par l'infiltration de germes typhiques venant de l'épandage de vidanges fraîches sur le plateau. Cette infiltration lente, durant en moyenne cinq à six mois, est-elle possible comme le veut M. Brouardel? Les raisons suivantes nous empêchent de le croire.

1° La fièvre typhoïde est endémique au Havre depuis plus de vingt-cinq ans et l'épandage n'a commencé qu'en 1886.

2° Si la courbe typhique de 1887-1888 paraît donner raison à M. Brouardel, celle de 1889, 1890, 1891 lui donne tort, car l'épandage a continué, et en 1889, la fièvre typhoïde n'a eu qu'une importance médiocre.

3° Le filtre de près de 70 mètres, sans aucune cassure, nous paraît suffisant pour détruire tous les germes typhiques.

M. BROUARDEL fait observer que sur un point du plateau, l'épaisseur de terre végétale ne dépasse pas 10 centimètres.

M. GIBERT. Tout au plus, par ruissellement, une pluie torrentielle, le lendemain de l'épandage, pourrait-elle, par voie mécanique, souiller les sources au captage en contournant la vallée comme un torrent, mais jamais un pareil fait ne s'est réalisé.

Enfin, malgré des analyses nombreuses faites d'année en année par M. Miquel, par M. Olivier, par des bactériologistes havrais, jamais, à aucun moment, aucun bacille typhique n'a été trouvé dans l'eau de Saint-Laurent.

Enfin, dernier argument, si l'eau de Saint-Laurent avait été la cause de l'épidémie de 1887, on eût trouvé un nombre de cas considérable à la douane, à la caserne, à la prison qui ont été épargnées d'une façon remarquable.

M. BROUARDEL répond à cela que les prisonniers boivent de l'eau bouillie.

M. GIBERT est le médecin depuis trente-trois ans d'une maison de commerce qui, pendant ce laps de temps, a eu environ un millier d'employés et d'employées et il n'y a jamais eu, en trente-trois ans, un seul cas de fièvre typhoïde. Or, dans cette maison de commerce, on ne boit que de l'eau de Saint-Laurent, mais l'hygiène du sol de la maison est parfaite.

Le Perrey est constitué par un sol de galet et ce sol, grâce à la marée, a l'avantage d'être lavé deux fois dans les vingt-quatre heures.

M. Gibert a affirmé que le choléra et la fièvre typhoïde y avaient fait moins de ravages, beaucoup moins que dans le reste de la ville, et il maintient cette assertion.

M. Gibert aurait encore beaucoup à dire sur les points abordés et discutés par M. Brouardel, mais il remettra à plus tard une réponse complète.

M. BROUARDEL croit qu'il est impossible de résoudre cette question dans les conditions où on est placé. Il faudrait une enquête contradictoire faite sur les lieux et permettant de contrôler les chiffres statistiques que l'on produit et que l'on pourrait quelquefois qualifier de fantaisistes. Telle est la statistique fournie sur une rue où nous voyons, à côté de la mention : population 0, mortalité 1 !

M. Brouardel se contente, pour l'instant, de demander à M. Gibert de vouloir bien réfléchir sur ce qui s'est passé à Angers et à Rennes. La fièvre typhoïde sévissait dans ces deux villes comme elle sévit actuellement au Havre. On a fait une amenée d'eau et immédiatement la mortalité dans ces deux villes est tombée à un dixième de ce qu'elle était auparavant.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un chapitre de physiologie littéraire. Le nez dans l'œuvre de Zola.

Par le docteur CABANÈS.

Un lettré, doublé d'un artiste, Georges Rodenbach, a écrit un jour cette phrase, qui a presque la valeur d'un manifeste : « La littérature moderne s'aide merveilleusement des sens, emmagasine dans l'ouïe, dans l'odorat, le goût, le toucher et la vue. Elle a réalisé, pour tout dire, *l'éducation artistique des sens.* » Il y avait là, pensâmes-nous, une piquante étude à tenter, et les matériaux abonderaient pour l'élaborer, que de noter chez les gens de lettres les diverses manières de sentir, de vivre et de faire revivre leurs sensations.

Chez toutes les natures particulièrement impressionnables, l'acuité des sens est un phénomène d'observation courante. Les littérateurs ont, à cet égard, une grâce d'état, si tant est que ce soit un don de nature. Les littérateurs, et nous devrions généraliser : tous ceux qui travaillent cérébralement, qui ont une surabondance d'influx nerveux à dépenser. Lisez Goncourt, par exemple, et dites-nous si vous n'êtes pas resté en admiration devant cette puissance de reproduction, comme sur une plaque sensibilisée, de ce qui vibre autour d'eux et dont ils vibrent à leur tour. « On sent dans le style des Goncourt, a dit un pénétrant critique, la vibration même de leurs nerfs trop tendus (1). » Mais tenons-nous-en à l'extériorisation pure : Goncourt, comme Loti, comme Baudelaire, comme Zola, auquel nous allons arriver comme à l'exemple le plus démonstratif de la thèse, a l'un des cinq sens particulièrement développé, celui-là même qui deviendra extraordinairement subtil chez le père des Rougon-Macquart, le sens de l'odorat.

L'odorat acquiert chez Goncourt des fonctions presque anormales, tellement elles sont grandies, nous dirions presque hypertrophiées. Mais, ce qui nous rend son cas attachant, c'est qu'il y faut un état morbide : le sens de l'odorat, chez Goncourt, acquiert une force singulière dans un accès de migraine.

Chez Berthelot, un homme de lettres égaré dans la science, les excès de travail développent plutôt le sens de l'ouïe.

Ce sont aussi les impressions reçues par l'oreille qui soufflent à Fromentin son beau morceau sur la poésie du silence dans la solitude du désert.

Le poète des *Fleurs du Mal* est plus sensible à la griserie des odeurs. La vie de Baudelaire, au dire de Théophile Gautier, qui, lui, se plaisait aux séductions de l'œil, se passa à composer « un bouquet de fleurs étranges, aux couleurs métalliques, aux parfums vertigineux, dont le calice, au lieu de rosée, contient d'âcres larmes ou des gouttes d'aqua tofana ». Mais Baudelaire est un malade dont l'âme « voltige sur les parfums comme l'âme des autres hommes voltige sur la musique ». Pour l'auteur des *Paradis artificiels*, l'âme des choses se transformait en capiteuses exhalaisons, dont il adorait s'enivrer.

Encore un olfactif que l'exotique troublant, l'époux de Rarahu et d'Azyadé, Pierre Loti. Loti, c'est un clavier complet de sensations, dont le nez rendrait les notes aiguës. Ce nez a une silhouette qui mérite une esquisse et Rodenbach n'a pas manqué de la brosser. Le nez de Loti est « un nez busqué et embusqué ; un nez de proie qui hume, devine, attire toute senteur éparse, la captive, la différencie ; et c'est ainsi en ce joli livre, le *Mariage de Loti*, quand il nous promène avec Rarahu dans les nuits voluptueuses de Taïti, que nous percevons vraiment l'odeur des sexes et des plantes en route vers les étoiles ». Ce que Lemaître exprimera à sa manière, toute de fine ironie : « Pierre Loti, la plus délicate machine à sensations que j'ai jamais rencontrée ! » Ce n'est qu'un trait, mais c'est de la gravure au burin.

(1) Jules Lemaître.

Comme il laisse loin derrière lui tous ses rivaux, comme il les distance, « le musicien, le symphoniste des odeurs » qui sert de prétexte à l'amusante fantaisie physiologico-littéraire (1) dont nous voudrions donner une idée. Vous le voyez entrer en lice le nez triomphant, le nez fureteur « qui interroge, qui approuve, qui condamne, le nez qui est gai, le nez qui est triste, un vrai nez de chien de chasse, dont les impressions, les sensations, les appétences divisent le bout en deux petits lobes, qu'on dirait, par moments, frétillants » (2). Ne l'avez-vous pas déjà flairé « le romancier aux narines frémissantes, au flair subtil, toujours chatouillé par les mystérieux effluves de l'air ; l'homme qui a vécu le plus par le nez, qui a le plus souffert et le plus joui de l'odeur des choses, qui a été remué le plus délicieusement par tous les parfums, qui a été le plus soulevé de dégoût pour toutes les puanteurs » ? Voilà qui est nouveau comme procédé critique et Zola, qui a posé tant de fois devant l'objectif, de profil, de trois quarts ou de face, se trouve « instantanéisé » dans une attitude où nous n'avons pas coutume de le voir. Est-ce un amusant paradoxe qu'a voulu soutenir M. Léopold Bernard, en relevant dans l'œuvre du maître tout ce qui accuse son extrême sensibilité de l'odorat ? Ne veut-il s'attacher à démontrer, ce qui serait plus malicieux encore, que M. Zola rapporte tous ses jugements, sa manière de penser et d'écrire à son organe olfactif ? En tout état de cause, le développement est curieux et mérite de retenir l'attention. Vous semblera-t-il, comme à nous, assez plaisant, ce M. Bernard, dans cette boutade d'humour : « Est-ce illusion d'un esprit trop prévenu, trop plein de son sujet, toujours est-il que dans les portraits de Zola que j'ai eus sous les yeux, c'est le nez qui m'a frappé le plus ; le front est large, bien découvert, encadré de cheveux taillés court et plantés droit ; la barbe est fourrée, touffue, à crins droits et forts, coupés en brosse ; le regard est froid, perçant, aigu, bien qu'un peu émoussé par les verres d'un binocle ; les lèvres disparaissent sous la moustache, qui ne laisse voir qu'à moitié le trait de la bouche ; seul, le nez est en pleine lumière au centre du visage, il est fort, charnu, élargi, percé de deux grosses narines qui semblent frémir et humer l'air où elles baignent. Rien qu'à voir ce nez puissant, aux ailes dilatées, on s'explique les descriptions prestigieuses du Paradou, la fameuse symphonie des fromages et tant d'autres concertos d'odeurs non moins étourdissants, bien que moins connus. »

N'allez pas croire que l'auteur s'arrêtera en si beau chemin. Les prémisses sont posées, il poursuivra jusqu'au bout la démonstration, sans nous faire grâce du moindre passage des œuvres du robuste ouvrier de lettres où il trouvera à puiser un argument. C'est ainsi qu'il va nous le montrer excellant « à noter les odeurs, à les décrire, à les analyser, à les classer, à saisir leurs secrètes harmonies, leurs mystérieuses correspondances avec les sentiments et les idées, leur sourde mais néanmoins irrésistible influence sur les résolutions et la conduite ». Pour peu que vous le pressiez, il vous déclarera que Zola est le créateur d'une terminologie spéciale, d'une langue des odeurs qu'il n'a peut-être pas établie de toutes pièces, mais qu'il a, cela n'est pas douteux, prodigieusement enrichie. Que si vous doutez, les preuves sont là pour vous convaincre, et faire fléchir votre scepticisme railleur. A chaque page, et dans certaines pages, à chaque ligne, la virtuosité est manifeste. Les choses inanimées, autant et plus que les personnages eux-mêmes,

(1) L. BERNARD. *Les odeurs dans les romans de Zola.*

(2) DE GONCOURT. *Journal.*

ont leur odeur, dégagent leur parfum : « Les nuages qui passent chargés d'électricité, les brises qui soufflent du large ou qui viennent de la terre, le sable du rivage, les pierres du chemin, les mottes de terre que retourne la charrue, les herbes des prairies, les fleurs, les grands arbres, les eaux courantes des rivières, ou les eaux dormantes et croupissantes des marais, les maisons, les bêtes, les hommes et leurs vêtements, tout dégage au loin une odeur caractéristique, révélatrice de son individualité, de sa constitution intime, de ses vertus bienfaisantes, de ses propriétés nuisibles, de son tempérament, de son caractère, de ses habitudes, de sa physionomie morale. Aussi, pour Zola, le signalement d'un objet ou d'une personne n'est complet que s'il a noté d'un mot expressif l'odeur qu'il exhale. »

Que Mouret entre dans la chambre de l'abbé, il ne tardera pas à trouver qu'il s'en exhale « une odeur particulière, une odeur de prêtre, un homme autrement fait que les autres ». L'abbé Mouret, de son côté, pénétrant dans la maison en ruines de Jeanbernat, sera pris à la gorge par « une odeur de damnation ». Se remémore-t-il les années de séminaire, l'abbé revoit en imagination « cet ancien couvent du vieux Plassans, tout plein d'une odeur séculaire de dévotion ». Mais qu'il évoque la délicieuse image d'Albine, dans cette nuit qu'il passe accoudé à sa fenêtre, ce sont des bouffées de senteurs qui lui empourprent la face, qui accélèrent le pouls et lui brûlent le sang. Tout conspire pour l'étourdir, la chaleur des terres rouges, les sueurs humaines, les senteurs fades du cimetière, les odeurs de filles mélangées aux odeurs d'encens, les vapeurs de fumier et les fermentations des fermes, et se dégageant, superbe dans sa floraison, cet arbuste vivace, Albine, « fleur naturelle de ces odeurs » qui « parfume l'abbé de son long rire ». C'est dans tout l'éclat de sa beauté ensorceleuse qu'Albine, la fillette sauvage du Paradou, apparaîtra, comme en une vision céleste, à Serge ébloui; Serge qui se risque à la suivre à peine des yeux, tant il arrive difficilement à dépouiller le vieil homme, l'adolescent « dont la bonne odeur » charmait ses maîtres, au séminaire.

Dans l'*Assommoir*, nous retrouvons la même préoccupation de Zola à mettre en relief « l'odeur savonneuse, l'odeur fade, moite » du lavoir de la rue Neuve; « l'odeur liquoreuse des tournées de vitriol » qui se répand dans l'atmosphère du cabaret du père Colombe; « l'odeur de poussière ancienne et de saleté rance » du logis des Lorilleux. Les personnages sont imprégnés chacun d'un parfum *sui generis*, « qui tient à l'âge, au sexe, à leur état de santé ou de maladie, à leurs vices secrets, à leur complexion héréditaire, à leurs qualités ». Quand Lantier revient chez Gervaise, et que celle-ci déballe les loques qui sont empilées dans sa malle, « elle sent monter une odeur de tabac, une odeur d'homme malpropre qui soigne seulement le dessus ».

L'oncle Bachelard, de *Pot-Bouille*, « exhale une odeur de débauche canaille, un fumet d'absinthe, de tabac, et de musc », alors que Mme Campardon a « une bonne odeur fraîche de fruit d'automne ». Et Nana, ne doit-elle pas le meilleur de son succès à « une odeur de vie, une toute-puissance de femme dont le public se grise »?

Dans le *Ventre de Paris* le procédé est poussé à l'outrance. Toute cette population grouillante des Halles emporte dans les moindres plis de ses vêtements une odeur de frai, « une de ces odeurs épaisses, qui monte des joncs et des nénuphars vaseux, quand les œufs font éclater le ventre des poissons pâmés d'amour au soleil ».

A quoi tient cette hantise constante des odeurs, chez le romancier naturaliste? Est-ce à un vice d'organisation, à une irritabilité spéciale des papilles nerveuses des fosses nasales? Serait-ce, au contraire, de propos délibéré que Zola, ayant voulu peindre la brute qui sommeille au fond de tout être humain, ait exalté de parti pris les sens de la vie végétative, les ait mis sur le pied d'égalité avec les manifestations, d'ordre plus élevé, de la vie cérébrale? Ce serait matière à discussion. Toujours est-il que le rôle des odeurs est au premier plan dans les divers ouvrages de Zola. Elles n'agissent pas seulement comme influence ambiante, elles vont jusqu'à avoir une action déterminante. Par instant, l'auteur les dramatise, leur donne une vie, témoin dans la célèbre *Symphonie des fromages*, où « toutes les haleines empestées de la fromagerie semblent souffler la médisance, la calomnie empoisonnée ». Il est des odeurs chastes, il en est de perverses; les unes inspirent les actions héroïques, tandis que les autres réveillent les pires instincts.

On pourrait se demander avec M. Bernard, si M. Zola, « qui se pique tant d'observation et de vérité, n'a pas dépassé la juste mesure, en mettant ainsi des personnages dans une si étroite dépendance des impressions de leur odorat ». On pourrait le chicaner sur le rôle par trop exclusif qu'il attribue à la matière, et protester, par suite, contre l'abaissement des facultés intellectuelles. Mais pourquoi s'embarrasser de tant de philosophie, quand nous sommes si peu certains que M. Zola y attache lui-même l'importance que nous lui prêtons? Restons-en plutôt sur cette impression que M. Bernard a voulu nous amuser et aussi se divertir aux dépens de M. Zola qui, avec son habituelle bonne grâce, a été le premier à rire de cet élégant badinage (1).

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 14 avril 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Leplat, Maurel, Sattler, Cuillé, Lamiot, Dematte et Phélisse.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Pojolat, suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie, est chargé d'un cours de physiologie.

— M. le docteur Bérillon, médecin inspecteur-adjoint des asiles publics d'aliénés, directeur de la « Revue de l'hypnotisme », commencera le lundi 23 avril, à cinq heures du soir, à l'École pratique de la Faculté de médecine (amphithéâtre Cruveilhier), un cours libre sur les « Applications de l'hypnotisme à la psychiatrie et à la neuropathologie ».

Il le continuera les vendredis et lundis suivants à cinq heures.

— M. le docteur Foveau de Courmelle, lauréat de l'Académie de médecine, reprendra son cours d'électrothérapie à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier), le mercredi 25 avril à cinq heures et le continuera les mercredis suivants à la même heure. Cette année, il traitera de l'électricité statique et de ses applications thérapeutiques.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 427, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

(1) « Je n'ai prétendu faire, nous écrivait M. Bernard en nous adressant son opuscule, qu'une étude de psychologie littéraire, dont M. Zola lui-même a bien voulu me féliciter. »

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LAIT STÉRILISÉ
ET
LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)

Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse du mois d'avril 1894 :

	gr.	
Densité à 15°		1033.800
Beurre par litre	47.600	
Albumine	7.000	
Caséine	31.500	
Sucre de lait	56.000	
Sels	7.200	
Total des matières fixes	149.300	149.300
Eau		884.500

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.289
Acide sulfurique	0.304
Potasse	1.775
Soude	0.127
Chaux	1.884
Magnésie	0.138
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.683
Total	7.200

L'opération de la stérilisation ne permet pas de remplir les bouteilles, mais elles renferment la quantité annoncée. Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 250 grammes, 350 grammes et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. Paradis, Paris.— *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

DIGESTIF CLIN

A base de Pepsine et de Pancréatine.

Le **Digestif Clin** convient aux dyspeptiques par atonie des organes et par insuffisance de sécrétions gastrique et intestinale.

Les ferments de ce digestif peuvent simultanément digérer les graisses, l'albumine, la viande, les féculents.

1 verre à liqueur à chaque repas.

Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

Succès constant contre

BRONCHITES CATARRHES PHTISIE TUBERCULOSES

Chaque capsule contient 0,05 VÉRITABLE CRÉOSOTE DE HÊTRE et 0,20 d'h. de f. de morue 3 ou 4 à chaque repas

Le flacon, 3 fr.

105, *rue de Rennes, Paris et les Pharmacies.*

CAPSULES DARTOIS

SIROP et PATE ZED



CONTRE

Toux, Coqueluches, Catarrhes, Rhumes, Insomnies, etc.

20 et 22, rue Drouot, PARIS

VIN DURAND

Diastasé

25 ans de succès, 4,000 attestations médicales

DYSPEPSIE NAUSÉES GASTRALGIE	CONVALESCENCES VOMISSEMENTS INCOERCIBLES

Gros : 50, R. Boileau. Détail : 2, R. des Lombards, Paris ET PHARMACIES.

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**gr. Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.

31, rue des Petites-Écuries, Paris

RAPPORT FAVORABLE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

SIROP CROSNIER MINÉRAL-SULFUREUX

au goudron et monosulfure de sodium inaltérable

Phtisie, Bronchites chroniques, Catarrhes, Laryngites; Dermatoses.

Paris, 21, rue Vieille-du-Temple, et phies.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.

D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.

DOSE : **Un verre à Madère après les repas.**

MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.

TRAITEM. INTENSIF PHTISIE CREOSOTAL SIMB CRÉOSOTE CARBON.

CAPSULES à 50 centig. : 6 à 8 par jour; **PUR** 1 à 2 1/2 cuill. à café par jour; **EMULS.** 1/5.— 13, Bd Haussmann, PARIS.

ANÉMIE, CHLOROSE AMÉNORRHÉE DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules
à l'Iodure ferreux inaltérable
DE
BLANCARD

Solution et Comprimés
BLANCARD
à l'Exalgine

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament

CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES

2 à 3 cuillerées à soupe par jour.

HAMAMELINE-ROYA

Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA

Phie LACHARTRE 19, R. Mathurins, PARIS

HÉMORRAGIES - PHLÉBITES - VARICES - HÉMORROÏDES

SINAPISME RIGOLLOT

Se trouve en BOITES DE FER BLANC DE 10 FEUILLES dans toutes les Pharmacies du Monde

Jamais d'Insuccès avec les VÉRITABLES RIGOLLOT

Eviter les Imitations

Exiger sur chaque feuille et boîte le nom et l'adresse de l'INVENTEUR P. RIGOLLOT, 24, Av. Victoria PARIS

DRAGÉES ET CACHETS DE

PHÉNÉDINE-PELISSE

Paraacétphénétidine

fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.

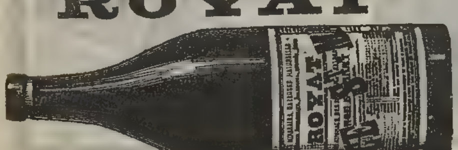
DOSAGE : *0g25 de Phénédine pr dragée et pr cachet.*

Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.**— Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.

Dépôt à Paris : Phie PENNÈS. 49, r. des Écoles.

DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

ROYAT



ARTHRITISME — ANÉMIE

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre. REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.



PEPTONATE DE FER
ROBIN

15 à 20 gouttes par repas.

Le plus assimilable des ferrugineux.

SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE

VIN, ÉLIXIR

Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

QUINIUM ROY GRANULÉ

Extrait normal. de quinquina soluble

A. Roy

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE

prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.

Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.

Le vin de Saint Raphaël est un vin fort agréable à boire.

DOSE : Un petit verre après les principaux repas.

DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

SUC TESTICULAIRE

CONCENTRÉ, STÉRILISÉ

de **CONSERVATION ASSURÉE**

FLACON représentant 30 AMPOULES : 6 FR. au Public.

— — 90 — 12 —

Catillon, 3, boulev. St-Martin. Échantillon fo.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose p' jour Granules (1 à 3).— Solution p' us. int. (10 à 30 gttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

Nº 47. — SAMEDI 21 AVRIL 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 21 AVRIL 1894. — Nº 47.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

La diphtérie conjonctivale.

Par Gilbert SOURDILLE,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

DÉFINITION. — Les traités classiques d'ophtalmologie définissent la conjonctivite diphtéritique : « Une infiltration fibrineuse dans le tissu de la conjonctive (1). » Cette définition élimine une forme de conjonctivite à fausse membrane superficielle, désignée sous le nom d'ophtalmie croupale ou membraneuse et qui, bien que jusqu'ici absolument séparée de la diphtérie, doit rentrer dans le cadre des affections spécifiques de la conjonctive, ainsi que l'ont montré des travaux récents dont nous parlerons plus loin. De plus, nous savons maintenant que la fausse membrane, qu'elle soit superficielle ou profonde, n'est pas une lésion spécifique : elle résulte, au contraire, d'un processus anatomique de causes multiples ; elle ne peut donc servir à caractériser l'affection qui nous occupe. Pour toutes ces raisons, laissant de côté l'ancienne définition anatomique pour celle fondée sur la notion étiologique, nous dirons : « L'ophtalmie diphtérique est l'infection de la conjonctive par le bacille de Klebs-Löffler. »

II

HISTORIQUE. PATHOGÉNIE. — Il ne faut pas remonter bien loin dans la littérature médicale pour trouver les premières observations de diphtérie conjonctivale. Bretonneau (2), dans les nombreuses observations qu'il rapporte, ne fait aucune mention des altérations oculaires liées à la « diphtérite » ; les travaux des auteurs antérieurs à Bretonneau : Arétée, Œtius, Carnevale (1618), Franscicus Nola (1620), Cortesius (1622), Alaymus (1632), Ghisi (1747), Samuel Bard (1771), etc. sont muets aussi sur la question qui nous occupe. Il faut arriver à l'année 1846 pour trouver la première observation de conjonctivite pseudo-membraneuse.

(1) DE WECKER et LANDOLT. *Traité d'ophtalmologie*, t. I, p. 323.
(2) BRETONNEAU, *Traité de la diphtérite*, 1826.

C'est à cette époque, en effet, que Bouisson (1) [de Montpellier] signala une variété non décrite d'ophtalmie, caractérisée par la production d'une fausse membrane sur la conjonctive.

Au mois d'août de la même année, Chassaignac (2) fit connaître plusieurs observations d'ophtalmies purulentes des nouveau-nés, s'accompagnant d'un dépôt fibrineux à la surface de la conjonctive et alla même jusqu'à conclure « que l'ophtalmie purulente des nouveau-nés est presque toujours une ophtalmie diphtéritique ». Roux et Poincaré, en 1847, signalèrent d'autres cas de cette nouvelle et curieuse affection.

En 1854, de Gräfe (3) décrivit une conjonctivite diphtéritique différant nettement de celle signalée par Bouisson et Chassaignac et caractérisée anatomiquement par une infiltration fibrineuse dans l'épaisseur même du tissu de la conjonctive. Peu de temps après, Gibert (4), puis Magne (5) publièrent de nouvelles observations à l'appui de l'opinion du professeur de Berlin.

On distingua dès lors, à la suite de de Gräfe, deux grandes classes de conjonctivites pseudo-membraneuses :

1° *Une forme croupale*, caractérisée par l'apparition, à la surface de la conjonctive, d'une fausse membrane mince, opaline, luisante, élastique, facile à arracher et laissant après son ablation une muqueuse à peu près normale, villeuse, saignante.

2° *Une forme diphtéritique* vraie, se présentant sous l'aspect d'une infiltration profonde, interstitielle de la conjonctive, qui se montre alors comme une couenne dure, épaisse, exsangue, jaune sale, semée de points ecchymotiques ; il n'existe pas ici, comme dans la forme précédente, de fausse membrane isolable.

A la bénignité de la première, on opposa la gravité toute particulière de la seconde et tandis que celle-là était attribuée à des causes vagues et indéterminées (constitution médicale, variations climatologiques, agents chimiques, physiques, etc.), cette dernière, au contraire, était mise sur le compte d'une cause spécifique, le « miasme », le « contage » épidémique. « La nature de l'ophtalmie diphtéritique réside dans une disposition *inhérente à la muqueuse elle-même* » [Mackenzie (6)].

(1) BOUISSON. *Ann. d'occulist.*, 1846, 1er semestre.
(2) CHASSAIGNAC. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 23 août 1846.
(3) DE GRÆFE. *Arch. f. Ophtalm.*, Berlin 1854.
(4) GIBERT. *Arch. gén. de méd.*, 1857, p. 257.
(5) MAGNE. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1858.
(6) MACKENZIE. *Traité des maladies de l'œil*, trad. franç., t. I, p. 782.

Ce dualisme, que nous retrouvons d'ailleurs dans l'histoire de l'angine diphtérique et du croup, avait pour défenseurs Virchow, Œrtel et toute l'école anatomo-pathologique allemande; cette opinion était également soutenue par de Gräfe, Arlt et adoptée par la plupart des auteurs classiques : Mackenzie, Warthon Jones, de Wecker, etc.

Un grand nombre de travaux, qu'il serait trop long d'énumérer, et parmi lesquels nous citerons seulement comme les plus importants, ceux de Jacobson (1), M. Prichard (2), Sattler (3), Knapp (4), etc. et les thèses de MM. Courcelles (5), Raynaud (6), Potu (7), Coutances (8), vinrent affirmer à nouveau la distinction des deux affections et apporter de nouvelles armes aux défenseurs de la théorie dualiste.

Cependant, on ne tarda pas à s'apercevoir que cette distinction n'était pas aussi absolue qu'on l'avait cru et des observations de jour en jour plus nombreuses (9), relatant la gravité de certaines conjonctivites croupales et leur passage à la seconde forme, vinrent embrouiller cette question qui paraissait jusque-là si claire et si simple. On se redemanda alors quels rapports existaient entre ces deux affections : Étaient-ce deux degrés différents d'une même maladie, ou bien étaient-ce vraiment deux processus de cause distincte? Toutes les opinions se firent jour successivement, à ce sujet, sans que, pour cela, la vérité parvînt à s'en dégager.

Plus récemment, la découverte du bacille de Löffler, puis des divers agents pathogènes des fausses membranes, est venue donner un regain de vie à cette discussion. En 1892, Gerke et Kam (10) publient une observation de conjonctivite croupale chez un soldat de vingt et un ans, dans laquelle ils trouvèrent des streptocoques et des bacilles dont la morphologie et les cultures étaient identiques à celles du bacille de la diphtérie. Ces cultures, inoculées à des lapins, produisaient des conjonctivites pseudo-membraneuses typiques. Ces deux auteurs eurent même la blâmable audace de pratiquer des inoculations sur deux hommes qui eurent de graves conjonctivites à fausses membranes, l'un d'eux même eut une diphtérie pharyngée. Mais malgré ces faits positifs, dont l'interprétation était pourtant facile, Gerke et Kam, hypnotisés par la théorie dualiste allemande, conclurent que ces conjonctivites croupales n'étaient pas diphtériques.

Au mois de mars 1893, Uhthoff (11) publiait une autre observation de conjonctivite croupale, dans laquelle l'examen bactériologique pratiqué par C. Frænkel permit de découvrir : 1° des streptocoques; 2° des staphylocoques dorés ; 3° des bacilles de Löffler très virulents.

Moritz (12), dans six cas de conjonctivite croupale, arrive à isoler les mêmes agents pathogènes, mais trouvant aux bacilles une virulence moindre que celle des bacilles de Löffler, il propose d'appeler ces ophtalmies : pseudo-diphtériques.

Nous-même (13), enfin, dans six cas de conjonctivites pseudo-membraneuses, nous avons constamment retrouvé les microbes signalés par Uhthoff et Moritz, et nos conclusions nous semblent assez généralement admises (1) déjà, pour que nous osions les formuler ici comme résumant la pathogénie actuelle de la diphtérie oculaire :

I. L'infection de la conjonctive par le bacille de Klebs-Löffler se manifeste cliniquement sous les deux formes de conjonctivites pseudo-membraneuses jusqu'ici séparées étiologiquement : la forme superficielle ou croupale; la forme interstitielle ou diphtérique.

II. Dans ces infections conjonctivales, le bacille diphtérique se trouve presque toujours associé à d'autres agents infectieux : staphylocoques blancs ou dorés, diplocoques, gonocoques et surtout streptocoques.

III. L'association du bacille de Löffler au staphylocoque est la plus bénigne et paraît répondre cliniquement à la forme légère ou croupale. L'association au streptocoque est, en général, beaucoup plus grave : c'est à elle qu'il semble falloir attribuer la forme interstitielle, la véritable conjonctivite diphtéritique de de Gräfe.

IV. C'est à ces microbes associés, et surtout au streptocoque, qu'il faut attribuer les complications si graves du côté de la cornée observées dans la diphtérie oculaire.

Ces conclusions ne diffèrent pas, on le voit, de celles auxquelles sont arrivés tous les auteurs qui se sont occupés récemment de la diphtérie en général et de celle du pharynx en particulier.

III

Étiologie. — Si l'on ne tient compte que des ophtalmies profondes ou interstitielles reconnues jusqu'ici par tous les ophtalmologistes comme seules spécifiques, nous sommes obligé de dire que la diphtérie conjonctivale est très rare. Mais si, comme conséquence des récentes découvertes bactériologiques désignées plus haut, le plus grand nombre des conjonctivites dites croupales rentre dans le groupe des affections dues au bacille de Löffler, il faut convenir que le cadre s'élargit considérablement, et on peut affirmer que cette maladie est relativement fréquente.

La conjonctivite diphtérique peut être la localisation première du bacille de Löffler dans l'organisme; ou bien elle n'est que l'extension à l'œil d'une diphtérie d'une autre région. Dans le premier cas, la conjonctivite diphtérique est dite primitive; dans l'autre, elle est secondaire.

Tous les auteurs sont d'accord pour admettre que la diphtérie conjonctivale primitive est de beaucoup la plus fréquente. Pour notre part, sur 15 cas, nous l'avons rencontrée 14 fois, et cette proportion nous semble-t-elle encore au-dessous de la réalité.

La diphtérie secondaire est généralement due à l'extension de la diphtérie du pharynx ; elle peut être aussi consécutive à une diphtérie primitive des fosses nasales. Les angines diphtériques sont-elles souvent accompagnées de fausses membranes de la conjonctive? Les auteurs ne parlent pas de la fréquence relative de cette propagation ; si nous en croyons notre expérience personnelle et les renseignements que nous avons pris auprès de nos collègues des hôpitaux d'enfants, cette complication de la diphtérie pharyngée serait excessivement rare et ne se rencontrerait pas

(1) Jacobson. *Arch. f. Ophtalm.*, 1857.
(2) Prichard. *Brit. Med. Journ.*, nov. 1867.
(3) Sattler. *New-York Med. Record*, août 1875.
(4) Knapp. *Arch. of Ophtalm.*, New-York 1882.
(5) Courcelles. Th. de Strasbourg, 1864.
(6) Raynaud. Th. de Paris, 1867.
(7) Potu. Th. de Paris, 1883.
(8) Coutances. Th. de Paris, 1888.
(9) Venneman (de Louvain). *Arch. d'ophtalm.*, 1888, p. 316.
(10) Gerke et Kam. *Arch. f. Ophtalm.*, 1892, t. XXIV, p. 305.
(11) Uhthoff. *Berlin. Klin. Wochens.*, n° 11, 1893.
(12) Moritz. *Beitr. f. Augenheilk.*, 1893.
(13) G. Sourdille. *Arch. d'ophtalm.*, déc. 1893, janv. 1894.

(1) Valude. *Semaine méd.*, 13 janv. 1894. — Parinaud. Soc. franç. d'ophtalm., fév. 1894. — Brun. *Presse méd.*, 10 mars 1894.

1 fois sur 200 cas. Pour Trousseau et Peter (1), cette complication conjonctivale ne se rencontrerait que dans la diphtérie maligne et serait d'un signe pronostique très grave; il n'en est pas toujours ainsi cependant et nous avons rapporté (2) une observation de conjonctivite diphtérique consécutive à une diphtérie du pharynx et des fosses nasales, diphtérie bacillo-streptococcique avec bubons suppurés, qui a parfaitement guéri.

Ces considérations générales étant exposées, nous devons aborder et serrer de plus près les conditions étiologiques qui président au développement de la conjonctivite diphtérique.

Ici, comme dans toutes les autres localisations de la diphtérie, c'est le bacille de Klebs-Löffler qui joue le rôle de cause efficiente.

Bactériologie. — Ce bacille est actuellement trop bien connu et trop bien décrit dans les récents traités généraux pour que nous insistions longuement sur ses caractères. Nous dirons seulement qu'il se présente sous la forme d'un bâtonnet immobile, à peu près de la longueur de celui de la tuberculose, mais deux fois plus large, tantôt droit, tantôt recourbé; il se colore bien par le violet de gentiane et surtout par le bleu de Löffler et le bleu composé de Roux. Il se développe lentement sur l'agar, plus lentement encore sur la gélatine; son milieu de prédilection est le sérum de bœuf ou celui de Löffler. Inoculé en stries sur ces milieux, il se développe très rapidement, avant tous les autres microbes qui lui sont associés, et ce rapide développement est un de ses caractères importants. Après un séjour de vingt heures à l'étuve à 37 degrés, il forme des colonies arrondies, grisâtres, plus épaisses à leur centre, atteignant à peine la grosseur d'une tête d'épingle. Ces cultures, examinées au microscope, paraissent composées de bacilles longs de 2 µ 5 en moyenne et larges de 0 µ 7, tantôt disposés parallèlement, tantôt enchevêtrés et disposés sans ordre. Les cobayes, inoculés sous la peau avec ces cultures, meurent, selon le degré de virulence, en un espace de temps qui varie de trente-six à soixante heures.

En plus du bacille diphtérique, l'examen bactériologique révèle le plus souvent la présence de microbes associés : streptocoques, staphylocoques, gonocoques. Ces associations microbiennes jouent, comme nous l'avons vu, un rôle important dans la détermination de la forme clinique et de la gravité de l'ophtalmie diphtérique.

Mode de transmission. — Ce bacille peut se transmettre à la conjonctive humaine par contagion immédiate ou médiate. Les cas de contagion immédiate sont rares; à cet ordre de faits appartient celui du professeur Arlt (3), dans lequel un médecin, en soignant un malade atteint d'angine, reçut dans l'œil une parcelle de fausse membrane et qui, malgré des lavages immédiats au sublimé, perdit cet œil.

La contagion médiate est beaucoup plus commune; elle se fait soit par des linges ou des instruments infectés, soit par des poussières infectieuses desséchées et répandues dans l'atmosphère : on sait, en effet, que le bacille se conserve longtemps, pendant plusieurs années même, dans les milieux secs.

Peut-être même la contagion n'est-elle pas indispensable. Frænkel (4) affirme que le bacille pseudo-diphtérique habite à l'état normal sur la conjonctive, et si, comme semblent le croire MM. Roux et Yersin, ce bacille n'est qu'un bacille diphtérique qui a perdu sa virulence, il est facile de concevoir que, sous des influences encore inconnues, il puisse récupérer cette virulence et produire des fausses membranes conjonctivales. Cette hypothèse pourrait peut-être expliquer ces cas où il est impossible, malgré des recherches sérieuses, de retrouver la contagion.

Le bacille de Löffler est la condition nécessaire, mais pour se développer, il faut qu'il soit favorisé par des causes secondes qui peuvent être générales ou locales.

Causes générales. Climats. — Les pays froids et humides sont plus exposés. L'Allemagne du Nord, à Berlin surtout, est souvent éprouvée par de terribles épidémies de diphtérie conjonctivale; c'est à la suite d'une de ces épidémies, dans lesquelles il observa plus de quarante cas simultanément, que de Gräfe fit sa première description.

En France, cette affection est moins fréquente, mais il faut cependant tenir compte des régions. A Paris, elle est d'une fréquence moyenne et ne se montre guère qu'à l'état sporadique. Dans l'Ouest, à Nantes en particulier, elle est un peu plus fréquente; dans le Midi, au contraire, et à Bordeaux (1), on ne l'a jamais observée, paraît-il, du moins dans sa forme grave.

Les *saisons* ont une influence évidente : c'est au printemps et à l'automne que la diphtérie présente son maximum : tous les auteurs ont constaté ce fait, et, pour notre part, sur 10 cas que nous avons observés, en l'espace de treize mois, dans le service de M. le professeur Panas, 6 se sont présentés de mars à avril 1893, et 4 du 15 février au 15 mars 1894.

Les deux *sexes* paraissent également atteints. L'*âge* joue un rôle plus important. Comme pour la diphtérie des autres muqueuses, le maximum de fréquence se montre de deux à huit ans; mais elle s'observe également chez le nouveau-né et chez l'adulte. Sans vouloir dire avec Chassaignac (2) que presque toutes les conjonctivites des nouveau-nés sont diphtériques, on ne peut cependant admettre avec de Gräfe qu'elle ne s'observe jamais chez eux : nous croyons, au contraire, qu'elle est assez fréquente à cet âge, beaucoup plus fréquente même que les autres localisations diphtériques : nous essaierons tout à l'heure d'en expliquer la raison.

En plus de ces conditions, l'état de santé antérieur du malade joue un rôle capital. De Gräfe a retrouvé huit fois la syphilis héréditaire sur quarante enfants diphtérisants; il attribue aussi une importance toute spéciale aux troubles généraux dus à l'éruption des dents. Selon Zieminski (3), la scrofule se rencontrerait dans la plupart des cas, mais l'interprétation qu'en donne cet auteur ne nous semble pas admissible. L'athrepsie n'est pas non plus sans influence.

Parmi les causes générales, les plus importantes de beaucoup sont les maladies infectieuses, et, particulièrement, la rougeole et la coqueluche. Plus de 75 p. 100 des conjonctivites diphtériques se rencontrent à la suite de la rougeole : rares au début de cette maladie, elles se montrent de préférence à la fin de l'éruption, et surtout dans les quinze premiers jours de la convalescence.

Causes locales. — On sait que, pour produire la diphtérie expérimentale des muqueuses, il est nécessaire d'en abraser

(1) Trousseau. *Clinique médicale*, t. I, p. 393.
(2) G. Sourdille. Loc. cit.
(3) Fuchs. *Manuel d'ophtalmologie.*
(4) Frænkel. *Berlin. klin. Woch.*, 13 mars 1893.

(1) Fage. *Arch. d'ophtalm.*, 1891, p. 52.
(2) Chassaignac. Loc. cit.
(3) Zieminski. *Rec. d'ophtalm.*, 1886, p. 529.

l'épithélium. Cette desquamation si importante se rencontre dans la conjonctivite catarrhale aiguë, dans le catarrhe conjonctival de la rougeole, l'ophtalmie des nouveau-nés, la conjonctivite phlycténulaire; aussi, quand on se donne la peine de les rechercher, trouve-t-on toujours l'une de ces portes d'entrée au début de la maladie.

Il nous semble que c'est dans la fréquence de ces altérations de l'épithélium de la conjonctive chez les nouveau-nés (ophtalmie purulente), qu'il faille chercher l'explication du nombre relativement grand de diphtéries conjonctivales à cet âge. En effet, si l'angine diphtérique n'est pas plus fréquente à cette époque de la vie, cela tient probablement à ce que l'enfant, ne prenant qu'une nourriture absolument liquide, est à l'abri de ces légers traumatismes de l'isthme du gosier qui ne pourront manquer de se produire un peu plus tard au moment où il commence à mastiquer d'une façon incomplète des aliments plus solides, et à ouvrir, par le fait de ces ulcérations traumatiques répétées, une porte d'entrée au virus diphtéritique. Cette explication n'a pas été, croyons-nous, signalée dans l'étiologie générale de la diphtérie; elle nous semble cependant devoir être prise en considération.

C'est de cette façon aussi que nous expliquons l'influence de la scrofule : elle donne souvent lieu, en effet, à ces phlyctènes conjonctivales si faciles à s'infecter après leur ulcération.

IV

Symptomatologie. — Nous décrirons à la diphtérie conjonctivale deux formes :

1° La forme pseudo-membraneuse superficielle ou croupale;

2° La forme interstitielle.

Mais il faut bien savoir qu'entre ces deux formes extrêmes, il en existe d'intermédiaires, participant des caractères de l'une et de l'autre : ce sont ces variétés mixtes que certains auteurs (1) ont proposé d'appeler *diphtéroïdes*. Mais nous trouvons que cette dénomination ne peut qu'ajouter une regrettable confusion dans un sujet déjà si complexe; aussi la rejettons-nous pour l'appliquer exclusivement aux conjonctivites pseudo-membraneuses non diphtériques.

I. *Forme superficielle ou croupale.* — *Période catarrhale.* — Au début, la conjonctivite croupale se présente sous la forme banale d'un catarrhe de la conjonctive : le malade éprouve, tantôt dans un œil, le plus souvent dans les deux, des picotements désagréables, rappelant la présence de grains de sable; ses paupières lui semblent plus lourdes, surtout le soir; en même temps ses yeux larmoient, deviennent sensibles à l'air, au jour, à la lumière artificielle, et bientôt apparaît une sécrétion muqueuse ou muco-purulente plus ou moins abondante, qui, pendant le sommeil, se concrète au niveau des bords des paupières et les agglutine. A regarder de près, cependant, cette sécrétion est plus fibrineuse, plus coagulable que dans le catarrhe ordinaire.

A l'examen objectif, on constate que la conjonctive bulbaire est rouge, vasculaire, parfois parsemée de petites ecchymoses. La conjonctive palpébrale, après renversement des paupières, apparaît plus rouge encore, injectée, les culs-de-sac sont lisses, tendus, œdémateux. Cette période dure de vingt à trente-six heures, puis rapidement l'épithélium de la conjonctive palpébrale se modifie; il devient brillant, miroitant, vernissé : on dirait d'une fine couche de gomme-laque transparente répandue : c'est le début de la fausse membrane (1).

(1) Fontan. *Rec. d'ophtalm.*, 1882, p. 520.

Période de fausse membrane. — A ce moment, l'aspect devient caractéristique; les paupières sont légèrement œdématiées, le bord ciliaire est coloré d'une teinte violacée, la sécrétion conjonctivale est citrine, se coagule facilement et contient des flocons opalins membraniformes. En retournant les paupières, on constate que celles-ci, un peu augmentées d'épaisseur, sont recouvertes par une membrane d'abord opaline, puis grisâtre, lisse, luisante, tapissant toute la conjonctive palpébrale; les culs-de-sac, tendus et saillants en sont également recouverts; en général, elle reste limitée à ces portions et n'envahit pas la conjonctive bulbaire : *la conjonctivite croupale, en effet, comme la forme interstitielle, est surtout une maladie de la muqueuse palpébrale;* lorsque la fausse membrane gagne la muqueuse du bulbe, ce n'est que par extension; elle ne s'y développe jamais primitivement.

Cette fausse membrane est mince, élastique, adhérente à la conjonctive. On peut l'en enlever soit par frottement avec un linge, soit à l'aide d'une pince; tantôt elle s'arrache par lambeaux, tantôt, au contraire, elle se décortique en totalité de tout le cul-de-sac conjonctival, formant un véritable moule de ces parties.

Au-dessous d'elle, la conjonctive est souple, mais très rouge, très congestionnée, saignant abondamment par le moindre frottement : preuve que l'épithélium n'est pas respecté; il n'existe pas d'infiltration fibrineuse manifeste; parfois, cependant, on rencontre des points où la conjonctive est jaunâtre, moins saignante : c'est la transition vers la forme interstitielle.

Cette période a une durée variable qui oscille entre trois et dix jours, pendant lesquels les fausses membranes se reproduisent avec plus ou moins d'intensité; peu à peu leur reproduction se ralentit, elles diminuent de plus en plus d'épaisseur, lac onjonctive change de caractères : on entre alors dans la dernière période.

Période de purulence. — Elle s'annonce par des modifications de la sécrétion : celle-ci devient purulente; les douleurs, assez accentuées dans la phase précédente, s'atténuent; la conjonctive palpébrale, dépouillée de son revêtement pseudo-membraneux, est rouge, granuleuse; les culs-de-sac, de tendus et lisses, deviennent souples et plissés. Mais qu'une manœuvre intempestive intervienne (nitratation trop énergique, etc.), on voit alors la fausse membrane reparaître et persister plus ou moins longtemps.

Cette suppuration diminue, en général, très rapidement, et la guérison de l'ophtalmie est à peu près complète vers la fin du deuxième septénaire; la conjonctive revient alors à son état normal et ne présente pas les cicatrices que nous signalerons dans la seconde forme.

Pendant toute la durée de la maladie, les signes généraux sont nuls ou peu accusés : c'est à peine si l'on constate un peu de fièvre, d'inappétence, d'amaigrissement. Cependant, malgré cette bénignité apparente, des complications de tous genres, mais surtout des complications cornéennes peuvent survenir, plus ou moins précoces, plus ou moins

(1) L'affection peut en rester là et constitue alors la *forme catarrhale* de la diphtérie oculaire que nous venons de décrire dans un travail actuellement sous presse (voir *Rev. des mal. de l'enf.*, mai 1891).

graves; mais comme elles sont communes aux deux formes de la diphtérie conjonctivale, nous les décrirons plus loin dans un chapitre spécial.

II. *Forme interstitielle.* — Le début en est variable, tantôt elle s'annonce par une période croupale analogue à celle que nous venons de décrire, et dont elle ne diffère que par sa durée bien plus courte, et qui peut même passer inaperçue; tantôt, au contraire, elle éclate d'emblée et entre immédiatement dans le stade d'infiltration.

Période d'infiltration. — Les paupières, gonflées, tendues, œdémateuses, violacées, sans aucun pli, retombent sur l'œil comme un voile que le malade ne peut relever; elles sont le siège d'une chaleur âcre, mordicante, qui peut dépasser de 1°5 la température normale (1); leur épaisseur atteint souvent 1 centimètre, et elles présentent une dureté cartilagineuse qui met un obstacle considérable à leur renversement. En même temps, on voit sourdre une sécrétion peu abondante, citrine, louche, chargée de flocons opalins, et qui, d'après Gayet, exhale une odeur sanieuse, fétide.

Une fois les paupières retournées, la conjonctive palpébrale, considérablement épaissie, apparaît, lisse, gris-jaunâtre, lardacée et parsemée de points ecchymotiques : on dirait d'une couenne de lard; elle est absolument exsangue, et par les frottements, les scarifications, il est impossible d'en faire sortir une goutte de sang. Les culs-de-sac sont tendus, saillants, formant des bourrelets grisâtres qui encerclent le bulbe oculaire. Il n'existe pas, en général, de fausse membrane isolable : l'exsudation fibrineuse s'est infiltrée dans l'intimité même du tissu conjonctival, et comprime les vaisseaux.

A côté de ces cas où la conjonctive palpébrale et des culs-de-sac est infiltrée en totalité, il en existe d'autres, *diphtérie partielle ou en plaques*, dans lesquels on voit des plaques d'infiltration jaunâtre localisées à un ou plusieurs points de la muqueuse, et entourées d'une conjonctive rouge et vasculaire.

La conjonctive bulbaire est, au début, légèrement injectée; plus tard elle peut être envahie secondairement, mais sans que jamais l'infiltration attaque en épaisseur celle de la conjonctive palpébrale. A ce moment, en écartant avec effort les paupières, on voit le globe de l'œil comme au fond d'un puits : la cornée est brillante, miroitante, mais du deuxième au quatrième jour, en moyenne, elle ne tarde pas à s'altérer, ainsi que nous le verrons au chapitre des complications.

Les ganglions lymphatiques pré-auriculaires et sous-maxillaires sont respectés, pas toujours cependant.

Les signes généraux sont accentués : la fièvre oscille entre 38 degrés et 38°5; le malade, terrassé par la douleur et l'intoxication, a le teint pâle, blafard, plombé; l'appétit, le sommeil disparaissent; l'amaigrissement se montre, les urines contiennent parfois de l'albumine.

Cette période dure de trois à huit jours, pendant lesquels les symptômes persistent ou s'aggravent; si la cornée est perforée, comme il arrive trop souvent, le tableau est absolument navrant et on voit au fond du cloaque formé par les bourrelets palpébraux, l'œil, réduit à un informe moignon, se mouvoir au milieu d'une sanie fétide.

Période de suppuration ou de blennorrhée. — Peu à peu les symptômes s'amendent, le gonflement des paupières diminue, la conjonctive palpébrale perd son aspect lardacé; l'infiltration fibrineuse se résorbe ou s'élimine; et alors la circulation apparaît à nouveau. La muqueuse, largement ulcérée, devient rouge, saignante, succulente, bourgeonnée, granuleuse, formant de nombreux plis au niveau des culs-de-sac qui ont perdu leur turgescence. A la sécrétion citrine, louche, du premier stade fait place une abondante sécrétion purulente qui s'écoule à flot par l'ouverture palpébrale. L'aspect clinique rappelle alors celui de l'ophtalmie blennorragique.

Les symptômes généraux s'atténuent, les douleurs aussi; mais malheureusement les ulcérations cornéennes continuent souvent à progresser et concentrent alors toute l'attention du médecin.

Période de cicatrisation. — Peu à peu, la suppuration diminue, de telle sorte qu'au bout de quatre à six jours, on croirait la maladie terminée. Mais ce n'est là qu'une fausse apparence : la conjonctive ulcérée se cicatrise, les cellules lymphoïdes émigrées s'organisent en un tissu fibreux; il en résulte rapidement des brides conjonctivales qui font saillie sur la muqueuse atrophiée, les culs-de-sac se ratatinent, disparaissent, et cette rétraction cicatricielle donne lieu à de l'entropion, du trichiasis, du symblépharon, sans compter que l'œil, réduit souvent à l'état de moignon informe, immobilisé dans ce tissu de cicatrice, est condamné à une incurable cécité.

Marche. Durée. — Tels sont les symptômes sous lesquels se manifestent les deux formes de diphtérie conjonctivale. Selon la rapidité avec laquelle ils évoluent et se succèdent, selon, aussi, le plus ou moins de gravité qu'ils présentent, ils constituent des *formes cliniques* qu'on doit diviser en *suraiguë, aiguë, chronique.*

La forme *suraiguë* appartient surtout à la diphtérie interstitielle; elle s'observe de préférence chez les nouveau-nés et les sujets débilités, incapables de réagir contre l'infection. En l'espace de deux jours, les symptômes d'infiltration conjonctivale atteignent une intensité redoutable; les cornées sont envahies presque d'emblée et quelques heures suffisent à la maladie pour produire la destruction complète de l'œil, sans qu'un effort puisse lui être opposé avec quelque espoir de succès.

La forme *aiguë* est de beaucoup la plus fréquente : c'est sous cette forme qu'évoluent ordinairement les deux variétés de diphtérie conjonctivale; c'est à elle que correspond le tableau clinique que nous avons essayé de tracer. Sa durée varie entre douze et dix-huit jours.

La forme *chronique* est très rare : on n'en connaît guère que quelques observations (1). Cette forme, analogue à celle décrite dans le larynx sous le nom de croup prolongé, paraît spéciale à la conjonctivite croupale; elle peut se prolonger plusieurs mois, avec des alternatives d'aggravation et de mieux; elle est, en général, bénigne (2).

(1) Gayet. *Éléments d'ophtalmologie*, 1893.

(1) Hulme. *Med. Times and Gaz.*, 1863. — Arlt. *Klin. Darstel. der Krakheiten des Auges*, p. 16. — F. Mason. *Ophtalm. Hosp. Rep.*, 1871, p. 164. — Larionow. *C. R. de la Soc. méd. du Caucase*, 2 mai 1887. — Guibert. *Arch. d'ophtalm.*, oct. 1893.

(2) Bien que dans les observations de Larionow et de Guibert l'examen microbiologique n'ait décelé que la présence de streptocoques, nous croyons cependant que ces cas doivent être rangés dans ceux de diphtérie vraie. L'absence de bacilles spécifiques, constatée, comme c'est ici le cas, seulement à une période tardive de la maladie, ne suffit pas pour faire rejeter le diagnostic de diphtérie. Ces faits ne sont pas rares, et Voute (d'Amsterdam) vient de rappeler (*Rev. des mal. de l'enf.*, fév. 1894) une observation de diphtérie prolongée du pharynx, dans laquelle les bacilles spécifiques furent nettement constatés les premier et dix-hui-

COMPLICATIONS. — Il est extrêmement rare que la diphtérie évolue sans complications. Celles-ci s'observent dans les deux formes que nous avons décrites, mais, en général, dans la forme interstitielle, elles se présentent avec une fréquence et une gravité singulières ; elles peuvent se produire soit au cours même de la maladie, soit plus tard ; nous les diviserons donc en :

1° Complications immédiates ;
2° Complications éloignées.

I. Les complications immédiates sont *locales* ou *générales*. Les premières peuvent résulter de l'extension des fausses membranes : les paupières, surtout au niveau des commissures, les fosses nasales sont souvent envahies secondairement ; l'angine, le croup, la bronchopneumonie s'observent aussi, mais plus rarement.

D'autres complications locales sont dues aux infections secondaires par les microbes associés. Au premier rang, comme fréquence et comme gravité, nous devons signaler celles de la cornée, qui, rares dans la forme superficielle, sont la règle dans la forme profonde. La date d'apparition de ces complications est variable ; dans la forme croupale, elles ne se montrent guère qu'à la période ultime ; dans la forme interstitielle, au contraire, elles apparaissent du deuxième au quatrième jour et plus leur apparition est précoce, plus grande en est la gravité.

Dans certains cas, elles se présentent sous la forme d'une infiltration limitée à une partie de la cornée. L'infiltration, d'abord grise, devient jaune : un abcès se collecte, qui, en s'ouvrant, donne lieu à un ulcère plus ou moins large, plus ou moins profond. Si un traitement énergique n'intervient pas, l'ulcère se creuse, la cornée se perfore, l'iris vient faire hernie dans la plaie et parfois même, par la brèche ainsi formée, le cristallin et le corps vitré s'échappent.

Dans d'autres cas, surtout dans la forme interstitielle, l'infiltration cornéenne est totale d'emblée ; très rapidement, au bout de vingt-quatre heures, cette membrane, réduite à l'état de pulpe jaunâtre, se rompt largement, produisant les graves accidents que nous venons de signaler, souvent même la panophtalmie. Parfois enfin, la cornée ne présente pas d'infiltration manifeste et le médecin, confiant dans cet aspect, laisse souvent passer inaperçues une ou deux petites fausses cornéennes, au niveau desquelles l'épithélium est desquamé, et le lendemain, on est tout étonné de constater une vaste perforation : « C'est la cornée qui, tuée dans sa nutrition, s'est séparée de la sclérotique comme un verre de montre de son drageoir » [Panas (1)]. Ces cas sont les plus redoutables, car ils évoluent avec une rapidité foudroyante, d'autant plus qu'ils ont, en général, échappé à l'observateur et n'ont pas été traités.

Les complications *générales* ne nous arrêteront pas longtemps : elles tiennent soit à l'intensité de l'intoxication diphtérique, soit à d'autres maladies associées : rougeole, coqueluche, scarlatine, bronchopneumonie, athrepsie. On a aussi signalé plusieurs cas de méningites (2).

II. *Complications éloignées*. — Elles sont d'ordre variable. Du côté de l'œil, il faut signaler les brides conjonctivales, la disparition des culs-de-sac, lesquelles ont pour conséquence soit l'entropion, soit le symblépharon, soit un xérosis partiel ou total. Les accidents cornéens peuvent aussi donner lieu à des accidents redoutables : leucomes adhérents, staphylomes, phtisie, glaucome secondaire.

Les complications paralytiques ne semblent pas avoir attiré beaucoup jusqu'ici l'attention des observateurs. A la suite de la diphtérie conjonctivale, le malade éprouve bien un affaissement, une diminution notable des forces, mais des paralysies bien localisées ne s'observent pas souvent et on peut dire qu'elles sont très rares. M. Delens (1) va même jusqu'à dire « qu'on n'a jamais observé, après la conjonctivite diphtéritique, les paralysies si fréquentes dans la convalescence des autres manifestations de la diphtérie ».

Manolescu (2), cependant, a signalé un cas de paralysie du bras droit consécutive à une conjonctivite croupale. M. Dianoux nous a signalé un cas de paralysie accommodative, et nous-même nous venons d'en observer un tout récemment. Nous avons même constaté que, chez tous nos malades, la diphtérie laissait pendant longtemps de l'asthénopie accommodative.

A quoi attribuer cette rareté paradoxale des complications paralytiques? Peut-être est-elle due à ce fait que, dans la diphtérie de la conjonctive, la plus grande partie des toxines est emportée avec les larmes et la sécrétion conjonctivale, tandis que, dans l'angine, ces produits sont absorbés et résorbés en totalité. Peut-être aussi les paralysies oculaires, qui devraient être aussi fréquentes que les paralysies post-angineuses du voile du palais, passent-elles inaperçues, par ce fait que l'œil est en général atrophié ou immobilisé mécaniquement par les cicatrices conjonctivales.

TERMINAISON. — Après l'exposé que nous avons fait des symptômes et des complications de la diphtérie de la conjonctive, il est facile de concevoir combien doit être variable la terminaison de cette affection.

Dans la conjonctivite croupale, la guérison complète est de règle ; cependant, elle aussi, peut donner lieu à des cicatrices conjonctivales (3) toujours redoutables et il faut tenir compte des complications cornéennes qui peuvent survenir. Ajoutons, enfin, qu'on a vu la mort survenir dans cette forme, soit par croup laryngé (4), soit par bronchopneumonie (5).

Dans la forme interstitielle, cette guérison complète constitue la grande exception. Le plus que l'on puisse obtenir, en général, c'est la guérison avec un simple leucome ; le plus souvent, la maladie se termine par une perforation du globe oculaire avec toutes ses conséquences. Enfin, la mort survient assez fréquemment : elle est due soit aux complications angineuses et laryngées, soit à l'intoxication diphtérique, soit aux maladies associées.

V

DIAGNOSTIC. — La diphtérie de la conjonctive présente un tableau clinique tellement spécial que, le plus souvent, le diagnostic s'impose de lui-même au premier examen. Avant même tout examen de la conjonctive et la constatation de la fausse membrane, le gonflement des paupières, leur

tième jours. Au quarante-quatrième jour cependant, bien que la fausse membrane persistât encore, il fut impossible d'y trouver les bacilles; on n'y rencontra que du leptothrix en grande quantité.

(1) PANAS. Clinique inédite.
(2) POLITZER. *Jahrb. c. f. Kinderheilk.*, 1870.

(1) DELENS. *Traité de chirurgie*, t. IV, p. 98.
(2) MANOLESCU. Congr. de la Soc. franç. d'ophtalm., 1886.
(3) VENNEMAN (de Louvain). Loc. cit.
(4) S. JOPHE. *Westnik. Ophtalm.*, 1891.
(5) Observation personnelle inédite.

dureté, leur couleur livide, leur chaleur, suffisent parfois à faire reconnaître de loin la nature de la maladie.

Cependant, dans certains cas, surtout au début et à la fin, alors que les signes caractéristiques ne sont pas encore apparus ou ont cessé d'exister, ils est nécessaire d'y regarder de plus près avant d'affirmer le diagnostic.

Au début, avant que la fausse membrane ait pris ses caractères bien nets, la diphtérie de la conjonctive peut être confondue avec certaines conjonctivites aiguës : la conjonctivite catarrhale vulgaire se reconnaîtra au gonflement moindre des paupières et de la muqueuse, à la sécrétion muco-purulente qui se manifeste dès le début et enfin à la non-existence de cet aspect vernissé de la muqueuse qui est pathognomonique de la diphtérie au début. Cet aspect vernissé ne se rencontre pas davantage dans la conjonctivite granuleuse aiguë ; de plus, dans cette variété d'ophtalmie, l'examen des culs-de-sac de la conjonctive permettra rapidement d'y reconnaître les granulations caractéristiques disposées en rangées parallèles. Quelquefois cependant, le diagnostic devra rester en suspens et l'on devra attendre douze et même vingt-quatre heures, c'est-à-dire l'apparition de la fausse membrane, avant d'être affirmatif.

La conjonctivite blennorragique, à sa première phase, peut aussi donner lieu à des erreurs ; ici, comme dans la diphtérie, les paupières sont très gonflées, les conjonctives grisâtres, luisantes, infiltrées ; mais déjà il existe un chémosis séreux qui permet de rapporter cette ophtalmie à sa véritable nature et surtout il apparaît rapidement une abondante sécrétion purulente qui lève tous les doutes.

A la période de fausse membrane, que celle-ci soit superficielle comme dans la forme croupale, ou qu'elle soit profonde, elle est toujours facile à reconnaître. Mais la constatation de cette fausse membrane ne suffit pas pour affirmer la nature spécifique de la maladie, car, ainsi que nous l'avons déjà dit, le bacille de Klebs-Löffler n'est pas le seul à déterminer ces productions. Une multitude de causes peuvent donner lieu à ces formations diphtéroïdes qui, anatomiquement, sont identiques à celles de la diphtérie. Parmi ces causes, nous devons signaler certains *agents physiques* (pinces de Snellen, pince de Chibret), qui agissent en produisant des eschares, des *agents chimiques* (nitrate d'argent, Jequirity, ammoniaque, potasse, chaux, etc. [1]), enfin, et surtout, des agents infectieux : pneumocoque (Parinaud et Morax), streptocoques, gonocoques (obs. pers.), bacille de Weeks.

Dans les cas où il s'agit de fausses membranes d'origine physique ou chimique, les simples commémoratifs sont, en général, suffisants pour mettre sur la voie du diagnostic. Mais dans ceux où la cause est microbienne, le diagnostic est beaucoup plus difficile.

Disons tout d'abord que ces infections diphtéroïdes non bacillaires se présentent presque toujours, pour ne pas dire toujours, sous la forme croupale ; les fausses membranes ne se reproduisent pas avec la même rapidité ; la marche est, en général, plus rapide, leur bénignité est à peu près constante, les complications cornéennes très rares et, phénomène capital, ces affections restent toujours localisées à l'œil et ne gagnent pas, comme la diphtérie, le nez, la gorge et le larynx. Mais il faut bien l'avouer, ces seuls signes seront souvent insuffisants, surtout dans les cas de diphtérie atténuée, pour poser un diagnostic ferme. Il faudra alors avoir recours au microscope et aux cultures sur sérum.

On devra d'abord examiner les fausses membranes sur lamelles, après coloration du violet de gentiane, et cet examen direct permettra souvent de reconnaître les microorganismes en jeu. Mais ce sont les cultures sur sérum qui donneront les résultats les plus positifs ; après ensemencement en stries et passage à l'étuve à 37 degrés, on obtiendra au bout de vingt-quatre heures, dans les cas de diphtérie, des cultures pathognomoniques qui devront être vérifiées au microscope. Ces cultures permettront en outre de découvrir les microbes associés, streptocoque, staphylocoque, gonocoque, etc., ce qui, comme on le verra tout à l'heure, servira à établir le pronostic.

A la période de suppuration, la conjonctivite diphtérique devra être encore différenciée de la conjonctivite purulente et de la conjonctivite granuleuse ; dans tous ces cas, en effet, la conjonctive présente le même aspect : rougeur intense, surface granuleuse, bourgeonnante, framboisée, sécrétion purulente très marquée. Les commémoratifs seront encore nécessaires ici pour éclairer le praticien, mais « il n'y a souvent que la formation des cicatrices qui peut nous montrer à quelle maladie nous avons affaire » (de Wecker). Ajoutons qu'à la période ultime, la présence de ces cicatrices, de ces brides conjonctivales, la disparition des culs-de-sac sont de bons éléments d'un diagnostic rétrospectif.

Nous ne nous arrêterons pas au *diagnostic entre la forme croupale et la forme interstitielle*. Ce diagnostic, exposé tout au long dans les livres classiques, n'a plus beaucoup sa raison d'être, du moins pour ce qui regarde leur nature diphtérique, depuis que nous savons que ces deux formes sont seulement deux degrés différents d'une même lésion anatomique et d'une même infection ; il est bon, cependant, au point de vue du pronostic, de maintenir cette distinction. Les signes que nous avons indiqués à la symptomatologie sont suffisants pour que nous n'ayons pas besoin de revenir sur eux. Ajoutons cependant qu'il est des cas intermédiaires mixtes, que certains auteurs (1) ont appelés *diphtéroïdes* et dans lesquels les caractères sont moins tranchés et participent des deux variétés décrites ci-dessus.

Quant au *diagnostic des complications*, ce que nous avons dit nous dispense d'y insister, nous dirons seulement que l'attention du médecin doit être constamment attirée sur l'état de la cornée et que, au moindre trouble de cette membrane, à la moindre infiltration, il faudra agir vite et énergiquement.

VI

Pronostic. — On peut dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que la diphtérie de la conjonctive est une des plus graves affections qui puissent atteindre l'œil. Son pronostic est grave, non seulement parce qu'elle donne souvent lieu à des troubles visuels consécutifs intenses, qui varient entre les larges leucomes et une cécité absolue, mais aussi parce que, assez souvent, elle se termine par la mort du sujet. A tous ces points de vue, elle doit être considérée comme une des plus dangereuses localisations de la diphtérie.

(1) Il faut signaler, surtout chez les enfants, comme cause fréquente de conjonctivites pseudo-membraneuses, l'emploi simultané de préparations iodurées à l'intérieur et de pommades aux sels de mercure dans l'œil (pommade à l'oxyde jaune) ; il se produit alors, au niveau de la conjonctive, des combinaisons chimiques très caustiques (iodure de mercure).

(1) Fontan. *Rec. d'ophtalm.*, 1882, p. 520.

Cependant, au sujet du pronostic, il faut absolument distinguer la forme croupale de la forme interstitielle.

La première de ces variétés, en effet, est le plus souvent bénigne ; elle ne produit guère que des taies bien limitées, qui peuvent encore, dans la suite, s'atténuer par un traitement approprié ou être corrigées par une iridectomie optique. De plus, dans cette forme, les complications générales se montrent rarement.

La seconde variété, au contraire, est d'une gravité effrayante. Il suffit de lire les statistiques pour s'en convaincre. De Gräfe a vu, sur 48 cas (40 enfants et 8 adultes), 12 yeux se perdre (9 chez les enfants, 3 chez les adultes). Hirschberg (1) signale la perte de 34 yeux et la formation de 6 leucomes adhérents sur 94 cas. Jacobson a vu 5 yeux se détruire complètement sur 22 et 4 rester atteints de leucomes adhérents. Sur 93 cas, Sichel a vu 81 fois l'œil atteint se perdre totalement, et la mort survenir 30 fois. Dans 6 cas seulement, la guérison a été complète. Dans cette forme, la gravité du pronostic est en rapport direct avec l'intensité de l'infiltration, avec sa durée, avec la rapidité avec laquelle surviennent les complications cornéennes, et, enfin, avec le degré des phénomènes généraux.

En plus de ces données spéciales, il faut, pour établir un pronostic aussi exact que possible, tenir compte :

1° De l'âge du sujet : la diphtérie conjonctivale, contrairement à celle des autres muqueuses, se montre plus grave chez les nouveau-nés et les adultes que chez les sujets de deux à huit ans ;

2° Des conditions dans lesquelles elle se développe : les sujets débilités, athrepsiques, ou convalescents de rougeole, de coqueluche, sont beaucoup plus exposés que les autres; la mort survient même fréquemment dans ces cas ;

3° Du « génie épidémique », qui communique, selon les cas, une gravité ou une bénignité toutes particulières à l'affection ;

4° Il faut aussi tenir compte, dans l'établissement du pronostic, des cicatrices conjonctivales ultérieures et de leurs conséquences : entropion, symblépharon, troubles trophiques de la cornée, etc.

Ajoutons, enfin, que la diphtérie de la conjonctive, comme celle des autres muqueuses, ne donne pas l'immunité et peut récidiver; ces récidives sont, d'ailleurs, rares, et leur gravité, ainsi que le fait remarquer de Wecker, est, en général, moindre qu'à la première attaque.

Telles sont les considérations sur lesquelles doit se baser le pronostic de la diphtérie conjonctivale : elles sont complexes, on le voit. Aussi s'est-on demandé (2) si la bactériologie ne pourrait donner une indication exacte à ce sujet. Voici les conclusions auxquelles nous sommes arrivé, à ce propos, dans notre mémoire précédemment cité :

Dans la conjonctivite diphtérique, la gravité de l'infection dépend au moins de deux facteurs : d'une part, l'association poly-microbienne, et, d'autre part, la virulence propre du bacille.

Les cas les plus bénins sont ceux où le bacille de Löffler se trouve associé seulement au staphylocoque. Ici, l'infection semble plutôt se présenter sous la forme croupale des auteurs. Quant à l'association avec le streptocoque seul ou avec le streptocoque et le staphylocoque, elle présente, en général, une gravité bien plus marquée. C'est à ce type d'association que semble répondre cliniquement cette infiltration profonde de la conjonctive qui, depuis de Gräfe, a été décrite comme caractéristique de la diphtérie.

« Certes, la connaissance de ces deux facteurs (associations poly-microbiennes et virulence propre du bacille), n'est pas absolument suffisante pour déterminer sûrement l'intensité de l'affection ; en effet, il faudrait encore connaître la virulence propre de chaque microbe associé et être à même d'apprécier le degré de résistance du sujet, résistance si difficile à mesurer ; il conviendrait enfin de savoir si la quantité, le nombre des bacilles en jeu ne joue pas un rôle dans la détermination du degré de l'infection.

VII

Anatomie pathologique. — Nous serons bref sur ce chapitre, car à part un travail déjà ancien de Hirschberg (1) et une courte note de Fontan, nous possédons peu de documents sur cette question. Tous les auteurs actuels, adoptant les opinions de de Gräfe, admettent qu'entre la conjonctivite croupale et la conjonctivite interstitielle, il existe une différence anatomique essentielle.

La fausse membrane de la conjonctivite croupale serait caractérisée par le dépôt, à la surface de l'épithélium conjonctival, d'une couche de fibrine à l'état fibrillaire, englobant des cellules rondes, des globules rouges et des corpuscules réfringents, irréguliers (Hirschberg). Au-dessous de cette fausse membrane, l'épithélium, ainsi que le tissu conjonctival, serait sain.

Quant à la conjonctivite interstitielle, elle serait due à une exsudation fibrineuse dans l'intimité même du tissu de la conjonctive.

Nous avons établi récemment une série d'expériences dans le but de suivre pas à pas le mode de production et la constitution de ces fausses membranes (2), et nous sommes arrivés à cette conclusion que la conjonctivite croupale et la conjonctivite interstitielle n'étaient que deux degrés différents d'un même processus anatomique, et qu'on pouvait, avec le même agent, obtenir à volonté ces deux formes. Voici d'ailleurs, en résumé, les lésions que nous avons observées et qui caractérisent ces deux variétés anatomiques de diphtérie conjonctivale.

Au début, le derme de la conjonctive est manifestement congestionné ; les vaisseaux capillaires, surtout le réseau sous-épithélial, sont très dilatés, et présentent l'aspect d'un véritable lac sanguin situé immédiatement au-dessous de l'épithélium.

En même temps, l'épithélium se modifie ; il subit la nécrose de coagulation de Weigert, puis est soulevé par l'exsudat provenant des vaisseaux sous-jacents. Entre la couche épithéliale ainsi altérée et le derme de la conjonctive apparaissent des couches de fibrine fibrillaire, et la fausse membrane est, dès lors, constituée; sa structure est la suivante : 1° un plan superficiel composé uniquement de cellules épithéliales dégénérées, réfringentes ; 2° des strates superposées de fibrine englobant quelques cellules épithéliales et quelques éléments figurés du sang, globules blancs et rouges. Après la chute de cette fausse membrane il s'en reproduit d'autres, uniquement composées de fibrine et de

(1) Hirschberg. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1869.
(2) Uhthoff. Loc. cit. — Belliard-Chevallereau. Soc. d'ophtalm. de Paris, 10 oct. 1893.

(1) Hirschberg. — Von Græfe. *Klin. Vortr.*, Berlin 1871.
(2) G. Sourdille. *Arch. d'ophtalm.*, avril 1894.

globules blancs et rouges; mais plus la maladie s'avance et plus les globules blancs prennent une place prépondérante, de telle sorte que bientôt la fausse membrane n'est plus constituée que par un amas de cellules rondes séparées seulement par quelques fibres ténues de fibrine. Ajoutons que c'est dans les couches les plus superficielles qu'on rencontre les bacilles de Löffler, en nombre plus ou moins grand, ainsi que les divers microbes associés.

Telles sont les lésions qui caractérisent la conjonctivite croupale. Dans les cas plus graves, après cette période croupale, qu'on constate toujours au microscope, on voit se produire dans le tissu conjonctival, sous-conjonctival et palpébral, une abondante exsudation séro-fibrineuse; celle-ci s'infiltre dans tous les tissus, dissocie les faisceaux conjonctifs, s'accumulant en formant de larges flaques amorphes ou légèrement granuleuses; les vaisseaux, comprimés, ont presque totalement disparu de la surface de la coupe; seuls les gros troncs sont encore visibles.

A cette période d'infiltration fibrineuse succède une diapédèse abondante : c'est la période de suppuration qui s'annonce; la fibrine exsudée se ramollit, devient granuleuse, est résorbée; les vaisseaux reprennent leur calibre, le dépassent même. Enfin, les cellules fixes proliférées du tissu conjonctif et les cellules rondes s'organisent, forment du tissu fibreux et produisent ces brides conjonctivales rétractiles que nous avons signalées.

Les altérations de la cornée présentent les caractères suivants : l'épithélium se desquame; sous la membrane de Bowman mise à nu et épaissie, s'accumulent des cellules rondes, d'abord disséminées puis agglomérées en foyer; le tissu cornéen se nécrose, la membrane de Bowman se brise et laisse évacuer le contenu de l'abcès ainsi formé; il en résulte une ulcération cupuliforme à bords infiltrés.

Ce processus n'est pas spécial à la diphtérie : c'est celui qu'on rencontre dans tous les ulcères infectieux vulgaires de cette membrane; aussi n'y insisterons-nous pas.

VIII

Traitement. — Le traitement doit être prophylactique et curatif.

Traitement prophylactique. — Il comporte toutes les précautions ordinaires qui doivent être prises dans les affections diphtériques. Le malade devra être rigoureusement isolé, et on éloignera surtout de lui les enfants habitués à vivre dans son entourage; les objets de pansements, les instruments qui lui auront servi devront être stérilisés avec soin. Une fois la maladie terminée, on devra encore procéder à la désinfection des linges, des vêtements, de la literie, du local.

Quelle doit être la durée de l'isolement après la guérison apparente de la maladie, ou, en d'autres termes, à quel moment le malade a-t-il cessé de pouvoir transmettre la diphtérie? Pour les angines, on admet généralement que les bacilles disparaissent en même temps que les fausses membranes, ou, du moins, dans les jours qui suivent. Pour ce qui regarde la conjonctive, nous ne possédons aucune donnée précise. Chez deux malades, dont l'un a été soigné par nous, il y a dix mois, de conjonctivite diphtérique grave, et dont l'autre, homme de quarante-cinq ans, a été traité, en 1889 (c'est-à-dire il y a plus de quatre ans), aux Quinze-Vingts pour une grave diphtérie conjonctivale suivie de la perte totale de l'œil, nous avons obtenu, après ensemencement sur sérum de sérosité raclée dans les culs-de-sac de la conjonctive, des cultures rappelant macroscopiquement et microscopiquement celles du bacille de Löffler, mais dont l'inoculation aux cobayes n'a donné aucun résultat positif. Malgré cette dernière épreuve négative, nous croyons que le bacille diphtérique peut persister sur la conjonctive à l'état virulent longtemps encore après la disparition des fausses membranes. Il faut donc attendre, selon nous, au moins trois semaines après cette disparition avant de réintégrer le convalescent dans son milieu habituel.

Pour terminer ces quelques notions de prophylaxie, nous ne croyons pas inutile de recommander au médecin de se garantir les yeux au moment du pansement à l'aide de verres coquilles légèrement teintés; il arrive très souvent, en effet, qu'au moment de l'ouverture des paupières, jaillisse un flot de sérosité infectieuse qui pénètre dans l'œil de l'observateur. Nous avons vérifié bien des fois l'importance pratique de ce menu détail.

Traitement curatif. — Tous les traitements ont été employés contre la diphtérie oculaire. Mais leur grand nombre est une preuve même de leur peu de valeur; aussi n'avons-nous pas l'intention de les rééditer.

Un fait cependant mérite d'être mis en relief, car il a rallié les suffrages des ophtalmologistes : *c'est qu'il faut absolument laisser de côté toute cautérisation au nitrate d'argent*. On ne saurait trop insister sur ce point, car combien de désastres irréparables ont été produits par l'emploi intempestif de ce remède! Même dans les cas de conjonctivite croupale à forme bénigne, nous croyons, malgré l'opinion de Horner, récemment renouvelée par M. Vignes (1), que le nitrate d'argent doit être absolument abandonné; car en l'absence de tout examen bactériologique, qui peut être assuré de son diagnostic?

Nous en dirons autant des scarifications pratiquées encore par quelques médecins pour lutter contre l'infiltration interstitielle de la conjonctive : d'abord elles ne remplissent pas leur but, car l'exsudat qu'elles ont pour prétention de mettre en liberté est solide, coagulé entre les mailles du tissu conjonctif, et ne peut absolument pas s'écouler; de plus, elles aggravent la maladie en ouvrant une plus large entrée aux microbes pathogènes, en leur permettant de se soustraire, cachés qu'ils sont dans les recoins des plaies multiples ainsi produites, à l'action des topiques, et enfin en jouant un rôle évident dans la production des brides et des cicatrices conjonctivales. A tous ces titres, elles doivent donc être laissées de côté.

Il faut aussi, bien entendu, laisser de côté les émissions sanguines (canthoplastie, artériotomie), les frictions mercurielles, le calomel à l'intérieur, etc., qui sont plus nuisibles qu'utiles et qui ne font qu'affaiblir un malade déjà fortement anémié par l'infection.

M. Fieuzal (2), en ressuscitant un vieux remède de la médecine populaire, le jus de citron, a rendu un réel service. M. Abadie (3) conseille d'en badigeonner les conjonctives malades toutes les cinq heures dans la période dangereuse, puis toutes les huit heures. Mais si, dans certains cas, ce remède donne de bons résultats, grâce à ses propriétés acides et antiseptiques, il faut avouer qu'il est loin de se montrer toujours efficace et qu'il n'a pas toujours

(1) Vignes. Soc. d'ophtalm., 10 oct. 1893.
(2) Fieuzal. *C. R. de la Soc. franç. d'ophtalm.*, 1886.
(3) Abadie. *Bull. de thérap.*, 1891, p. 157.

enrayé les graves accidents de l'infection diphtéritique.

Nous ferons les mêmes réserves pour le mélange à 1/10 d'huile de cade et de vaseline, tour à tour vanté et délaissé par M. Galezowski (1).

A côté du jus de citron, les antiseptiques se partagent parfois la faveur des médecins. On peut dire que tous les antiseptiques ont été employés : acide borique en irrigations continues (2), acide salicylique, acide phénique à 1/100 (3), sublimé, bi-iodure de mercure, salicylate de mercure, cyanure de mercure (4), iodoforme (5). La pommade de Pagenstecker à l'oxyde jaune d'hydrargyre paraît avoir donné de bons résultats aux mains de Wolfring (1873), de Juler, de M. Valude. Tout récemment, enfin, on a eu recours au pétrole brut (6).

Il est évident que tous ces moyens doivent exercer une action favorable sur une affection dont la nature microbienne est nettement établie. Et pourtant, les résultats obtenus par ces différents procédés sont encore peu satisfaisants, et la gravité du pronostic de la conjonctivite diphtéritique n'a pas fléchi d'une manière bien sensible.

En présence de ces faits, nous avons, de notre côté, expérimenté les méthodes générales employées depuis quelques années dans les hôpitaux de Paris pour le traitement de la diphtérie pharyngée, et qui ont donné de bons résultats.

Nous nous sommes arrêté au topique suivant :

Acide phénique cristallisé.	2 grammes.
Glycérine.	20 —

Cette préparation est très bien supportée par l'œil et ne produit qu'une cuisson de quelques minutes seulement; elle nous a donné des résultats tellement supérieurs à ceux obtenus jusqu'ici que nous n'hésitons pas à formuler son mode d'emploi, tel que l'avons décrit dans les *Archives d'ophtalmologie*.

« Voici comment nous procédons : les paupières étant retournées, après avoir, par un jet de solution antiseptique (7) [bi-iodure de Hg à 1/20000, acide borique à 4/100], fourni par un irrigateur, lavé la conjonctive et les culs-de-sac, nous enlevons la fausse membrane lorsqu'elle est isolable; lorsqu'il est impossible d'en pratiquer l'ablation, nous frottons légèrement la muqueuse malade avec un alcalin (borax, bicarbonate de soude), afin d'essayer de faire dissoudre une partie de la fausse membrane.

Puis, avec un tampon de coton hydrophile trempé dans la glycérine phéniquée à 1/10, nous faisons de larges frictions sur tous les points malades, en évitant autant que possible de mettre la solution en contact avec la cornée, si celle-ci est saine. Ce traitement est opéré, s'il est nécessaire, deux fois par jour. »

Dans l'intervalle de ces frictions phéniquées, il faut instiller un collyre de violet ou de bleu de méthyle à 1/1000. Cette substance, ainsi que les travaux de Janicke (8) l'ont démontré, ont une action microbicide très énergique sur le bacille de Löffler, et M. Debierre (9), qui s'en est servi récemment, en a obtenu, comme nous, des résultats excellents. Après le pansement, on aura soin de recouvrir l'œil malade d'une compresse imbibée d'eau phéniquée tiède à 1/200 pour empêcher le malade de s'inoculer l'autre œil.

Jusqu'ici, nous ne nous sommes occupé que du traitement local. Le traitement général n'en a pas moins son importance, et il devra être institué dès le début; on aura recours au régime tonique : alcool sous toutes ses formes, café, lait, bouillon, extrait de quinquina.

Quant au traitement des complications, nous laissons de côté celui des complications générales : elles sont du ressort de la médecine ordinaire. Nous ne parlerons seulement que des complications cornéennes, si redoutables par leur fréquence et leur gravité.

L'ulcère cornéen, observé dans la diphtérie oculaire, n'est qu'une infection secondaire, le plus souvent due au streptocoque. Il faut donc le traiter comme un ulcère infectieux ordinaire. On déterge d'abord le fond de l'ulcère à l'aide d'un jet de solution antiseptique, puis, avec un pinceau trempé dans la même glycérine phéniquée à 1/10, on le cautérise largement; la cautérisation est suivie de l'instillation de pilocarpine et de violet de méthyle, et l'œil est bourré de poudre d'iodoforme. Enfin, des compresses antiseptiques très chaudes seront appliquées en permanence sur les paupières et recouvertes d'un taffetas gommé.

Plus tard, après la formation des cicatrices conjonctivales, le médecin aura à lutter contre elles et contre les lésions auxquelles elles donnent lieu : entropion, symblépharon, etc. Ici, toutes les ressources de la chirurgie devront être invoquées; mais trop souvent, il faut l'avouer, elles seront impuissantes à réparer les irréparables désordres produits par la diphtérie.

(1) Galezowski. *Diagnostic et traitement des affections oculaires.*
(2) Catman. *New-York Med. Record*, 1891.
(3) Hotz. *Chicago Med. Record*, 1873.
(4) Heptner. Dissert. inaug., Grefswald 1884. — L'auteur recommande le cyanure de mercure pris à l'intérieur, par la bouche, d'heure en heure (cyanure de Hg., 3 centigr.; eau, 120 gr.).
(5) Mayweg. *Rostok*, 1884.
(6) Dianoux. Communication orale.
(7) Nous donnons actuellement la préférence à l'eau phéniquée à 1 p. 100, en grands lavages répétés toutes les deux heures.
(8) Janicke. *Therap. Monatssch.*, 1892, et *Deuts. Med. Zeit.*, 1892.
(9) Debierre. Soc. d'ophtalm. de Paris, 10 oct. 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 14 avril 1894, l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale aura lieu dans les conditions suivantes :

Réserve. — 257 médecins seront convoqués, savoir : 25 médecins-majors de deuxième classe; 54 médecins aides-majors de première classe; 178 médecins aides-majors de deuxième classe. — Ils seront appelés en deux séries, savoir : un tiers, du lundi 28 mai au dimanche 24 juin; deux tiers, du lundi 27 août au dimanche 23 septembre.

Armée territoriale. — 284 médecins seront convoqués, savoir : 50 médecins-majors de deuxième classe; 234 médecins aides-majors de première ou de deuxième classe. — Ils seront également appelés en deux séries : un tiers, du lundi 28 mai au samedi 9 juin; deux tiers, du lundi 27 août au samedi 8 septembre.

— M. le docteur Ramaroni, délégué dans les fonctions de médecin-adjoint au lycée de Bastia, est nommé médecin dudit lycée, en remplacement de M. le docteur Pitti-Ferrandi, décédé.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

	3 mois	6 mois	1 an
FRANCE	8 fr. 50	16 fr.	30 fr.
UNION POSTALE	10 fr.	18 fr.	35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 avril 1894.

Le Congrès international des sciences médicales, ouvert à Rome le 29 mars, s'est clos il y a une quinzaine de jours déjà, sans qu'il ait encore été possible de donner un compte rendu analytique suffisant des différentes communications qui se sont fait entendre.

Le Congrès a eu le succès du nombre ; près de 7 000 congressistes de tous pays se sont donné rendez-vous à Rome pendant la première semaine d'avril. A-t-il une valeur scientifique égale ? C'est là une autre question qu'il est encore prématuré de trancher définitivement. Les communications ont été des plus nombreuses et des plus diverses. Mais le temps manquait et, comme toujours, peu ou pas de discussions. Les orateurs se suivaient, parlant chacun la langue de son pays. Ce fut une véritable tour de Babel scientifique. La publication du compte rendu officiel pourra seule permettre d'apprécier à sa juste valeur l'importance du mouvement scientifique qui s'est manifesté. Aucune découverte vraiment importante n'a particulièrement attiré l'attention des congressistes et ne s'est encore répercutée dans le monde savant.

Nous nous sommes efforcé, actuellement, de réunir en un même groupe les communications similaires et de les apprécier chemin faisant, préférant ce travail de classement et d'analyse à une publication hâtive au jour le jour faite au hasard des communications.

Nous signalerons, hors cadre, certaines communications magistrales : l'une faite par M. Bouchard, sur le rôle de la débilité nerveuse dans la production de la fièvre. Le professeur de Paris conclut en disant : « Les faits montrent que, si un système nerveux robuste sait garantir l'économie contre les variations thermiques, la faiblesse nerveuse rend sa protection moins vigilante ou moins efficace. Le système nerveux débilité est un réactif particulièrement sensible pour les agents provocateurs de la fièvre. »

Le professeur Danilevsky (de Saint-Pétersbourg) a fait une conférence des plus intéressantes sur « la substance fondamentale du protoplasma et ses modifications par la vie » ; il démontre que l'introduction de substances étrangères (alcool, morphine, etc.) dans le protoplasma, introduction forcée, contraire aux vrais besoins de ce dernier, produit des changements qui sont défavorables aux intérêts de notre organisation.

Le professeur Giulio Bizzozero (de Turin) a fait une communication sur « l'accroissement et la régénération dans l'organisme ». Cette question si vaste qui touche au « problème dernier de l'origine de la vie » a été, depuis plusieurs années, le but des études préférées du professeur italien et de ses compagnons de travail.

Mentionnons la conférence du professeur Nothnagel (de Vienne) sur l'accommodation de l'organisme aux altérations pathologiques ; il conclut ainsi :

« Tous ces faits obligent à conclure qu'aucune espèce de besoin ne provoque les modifications désignées sous le nom d'accommodations, au cours des états pathologiques, et qu'aucune sorte de finalité ne joue un rôle admissible dans leur production. Ils se produisent et apparaissent là où ils peuvent se produire et apparaître, c'est-à-dire là où existe la possibilité matérielle de leur production. Mais, quand ces conditions matérielles sont réalisées, alors ces accommodations *doivent* se produire, qu'elles soient ou non profitables à l'individu. »

La communication suivante est à rapprocher des précédentes :

M. W. Winternitz (de Vienne) fait connaître ses nouvelles recherches sur les modifications du sang sous l'influence des agents thermiques. Elles présentent un caractère pratique qui nous engage à en publier les parties essentielles :

« Les réfrigérants appliqués sur le corps tout entier provoquent une augmentation du nombre des hématies et des leucocytes, de la teneur du sang en hémoglobine et de la densité de ce liquide.

Cette modification de la composition du sang dure plus ou moins longtemps, est plus ou moins accusée et met un temps variable à disparaître d'une façon complète. Mais elle ne fait défaut que lorsque les applications réfrigérantes n'ont pu provoquer une vive hyperhémie de la peau ; dans ces cas, au contraire, on constate une diminution du nombre des hématies et le plus souvent aussi des leucocytes ; parfois même les globules rouges sont diminués de nombre et les globules blancs augmentés. Mais ce dernier phénomène ne s'observe que lorsque le froid ne provoque pas à la peau d'hyperhémie ni de turgescence et lorsque la circulation est affaiblie.

Le froid localement appliqué provoque une augmentation

du nombre des éléments globulaires, de la teneur en hémoglobine et de la densité du sang au point d'application, une diminution de ces chiffres aux points du corps périphériques et éloignés; c'est ainsi qu'un bain de pied froid détermine l'augmentation au niveau des orteils, et la diminution aux doigts ou au pavillon de l'oreille.

Les bains de siège froids provoquent généralement une augmentation plus marquée des leucocytes que des hématies dans le sang recueilli au niveau du doigt.

La chaleur locale produit une diminution des éléments figurés, de l'hémoglobine et de la densité du sang.

Des recherches comparatives sur le sang recueilli au niveau du tronc et des points périphériques du corps font constater des faits intéressants. Ainsi, chez un sujet, tandis que le sang recueilli au niveau de la pulpe du doigt contenait 4955000 globules rouges au millimètre et marquait 91 centièmes à l'hémoglobinimètre, celui recueilli en même temps au niveau de la paroi abdominale antérieure contenait 7266000 globules et marquait 115 comme hémoglobine. Des recherches de ce genre montreraient combien la répartition du sang dans l'organisme est inégale, et on en retirerait des aperçus nouveaux au sujet des phénomènes de la circulation.

Voici encore des constatations plus intéressantes :

Si, après avoir déterminé la composition du sang de la pulpe du doigt et de celui de la paroi abdominale, on applique sur le ventre un topique froid bien enveloppé, et si, lorsqu'il a eu le temps de s'échauffer, au bout d'une heure par exemple, on refait les déterminations précédentes, on trouve pour la composition du sang en ces deux points des différences plus marquées. Le sang de la paroi abdominale peut alors contenir jusqu'à 2000000 d'hématies et plus que le chiffre primitif et l'hémoglobine peut dépasser 120 sur l'appareil de Fleischl.

Les applications chaudes ont une action différente, presque inverse. Elles provoquent une augmentation modérée des leucocytes et une diminution des globules rouges. Cela pourrait rendre compte des différences d'action des topiques excitants et de ceux qui ont une action thermique directe.

Il est très intéressant de pouvoir, au moyen de simples agents physiques, modifier à volonté et rapidement la composition du sang comme on n'a jamais pu le faire avec des agents pharmaceutiques, si souvent employés dans ce but. »

LES AFFECTIONS CÉRÉBRALES

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

Tout d'abord, rapportons la communication du professeur Masse (de Bordeaux) sur la **topographie cranio-encéphalique**. Notre compatriote trace deux lignes, l'une supérieure et antéro-supérieure qu'il appelle le *méridien cranien*, passant par l'ophryon, le bregma et l'inion; l'autre horizontale, appelée l'*équateur cranien*, passant par l'ophryon au-dessus de l'attache cranienne du pavillon de l'oreille et au-dessus de l'inion.

A la suite d'expérimentations nombreuses, M. Masse est arrivé à trouver des nombres fractionnaires décimaux, qui expriment les relations constantes qui existent entre ces lignes et les segments de cercle qui les coupent, soit directement, soit par prolongement.

Il a pu constater qu'il suffit de connaître ces nombres fractionnaires pour pouvoir déterminer avec exactitude à l'aide de simples mensurations faites avec un ruban métrique sur des têtes de différentes formes et de différentes dimensions, la direction des sillons de Rolando et des scissures de Sylvius.

Ses conclusions sont les suivantes : il faut prendre les 53 p. 100 du méridien cranien, à partir de l'ophryon, pour déterminer la situation exacte de l'extrémité supérieure du sillon de Rolando.

On trouve la direction de ce sillon en déterminant un point sur l'équateur cranien au 42 p. 100 de la distance qui sépare sur cette ligne l'ophryon de l'inion. Sur cette ligne rolandique, l'extrémité inférieure du sillon de Rolando se trouve, de haut en bas, au 67 p. 100 de la ligne totale.

La scissure de Sylvius coupe l'équateur cranien au 32 p. 100 de la distance qui sépare horizontalement l'ophryon de l'inion.

On trouve la direction générale de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius en déterminant sur le méridien cranien un point situé sur le prolongement de cette ligne qui se trouve au 79 p. 100 du méridien cranien, mesuré à partir de l'ophryon.

L'extrémité postérieure de la portion rectiligne de la scissure de Sylvius se trouve en moyenne au 48 p. 100 de la ligne sylvienne, mesurée de bas en haut et d'avant en arrière.

Sur une tête préalablement rasée, on tracera facilement au crayon fuchsiné un méridien et un équateur cranien. Grâce aux mensurations de ces lignes, à l'aide de simples règles de proportion, on tracera les signes rolandiques et sylviennes à l'aide desquelles on sera toujours en mesure d'établir la situation exacte des différents centres de localisation sur lesquels on aura à diriger une action chirurgicale. Les ventricules cérébraux et les ganglions craniens se trouveront au-dessous d'un arc de cercle décrit concentriquement au méridien cranien, avec le conduit auditif comme centre et un rayon égal à la moitié de la distance auriculo-bregmatique.

C'est là un procédé nouveau et ingénieux de mensuration, que le chirurgien ne manquera pas d'utiliser, ne fût-ce que pour contrôler les tracés obtenus à l'aide d'autres méthodes.

Dans le même ordre de communications, il faut ranger **une étude clinique sur 64 cas de trépanation du crâne** pratiqués par le docteur Just Lucas-Championnière, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. Voici le résumé de cette communication :

Sur 64 opérations, 10 ont été faites peu après un traumatisme et ont montré les résultats très satisfaisants de la trépanation avec suites secondaires irréprochables. Un des malades a été suivi dix-neuf ans. Trois morts ont été observées chez des sujets agonisants au moment de l'intervention.

Les 54 opérations faites en dehors du traumatisme n'ont également fait observer de mort que chez des sujets en très mauvais état, presque à l'agonie, sauf dans 2 cas; 1 cas d'énorme tumeur cérébrale et 1 cas de péri-encéphalite diffuse avec épilepsie jacksonienne. Les 5 autres sujets avaient été opérés dans l'état le plus grave. Total des morts, 7.

Les 54 opérations, en dehors du traumatisme, se subdivisent ainsi :

Épilepsie vraie, 14 cas; épilepsie partielle jacksonienne, 12 cas; épilepsie d'origine traumatique, 6 cas; troubles cérébraux divers, vertiges, douleurs, bruits intra-craniens, paralysies diverses, etc., 22 cas.

L'épilepsie vraie a donné de meilleurs résultats au chirurgien de Saint-Louis qu'à beaucoup d'observateurs. Il a pu, dans quelques cas, suivre des guérisons apparentes deux années dans 1 cas. Dans 12 cas, il a observé des améliorations à des degrés divers; dans 2 cas, il n'a eu aucun résultat apparent, et dans l'un des deux, il y a eu un court accès d'aliénation peu de semaines après.

L'épilepsie d'origine traumatique, 6 cas, ne lui a donné de très bons résultats que dans 3 cas; aucune mort.

L'épilepsie jacksonienne, 12 cas avec 6 morts, ne lui a pas paru donner, au point de vue des indications de la trépanation, les résultats admis généralement.

L'épilepsie jacksonienne, sans paralysie, s'est rencontrée avec des lésions énormes et éloignées des centres, tumeurs cérébrales, hémorragies, méningites, etc.

Le chapitre des troubles cérébraux divers qui réunit 22 cas avec 1 mort mène à quelque conclusion intéressante.

Toutes les fois que le phénomène douleur nous a dirigés, les résultats ont été très satisfaisants.

Il en a été de même du symptôme vertige.

Les monoplégies ont donné un élément de direction très satisfaisant.

Le cas de mort observé est un cas d'hémorragie cérébrale avec hémiplégie incomplète, sujet à peu près dans le coma.

Les lésions qui ont donné des guérisons satisfaisantes ont été un cas d'hémorragie cérébrale limitée, un cas de lésion syphilitique et surtout des cas d'encéphalite superficielle d'origines diverses.

Les cas de péri-encéphalite en relation avec un traumatisme plus ou moins ancien, même peu violent, paraissent un excellent terrain pour les opérations. M. Just Lucas-Championnière a obtenu la guérison ou l'amélioration de sujets paraissant voués à des accidents cérébraux incurables.

La chirurgie cérébrale montre une action manifeste des opérations, non seulement quand il est possible de découvrir exactement une lésion localisée, mais elle montre une action peut-être plus puissante encore en déterminant des phénomènes de décompression cérébrale. On en peut tirer un très grand parti en intervenant de bonne heure pour les lésions diffuses qui succèdent au traumatisme, mais on peut en tirer un parti considérable aussi dans le traitement de lésions non traumatiques dans lesquelles la compression intra-cranienne joue un rôle considérable (épilepsie, péri-encéphalite, etc.).

On a sans doute fait déjà des tentatives de ce genre. Cette note est destinée à faire persévérer dans cette voie.

Ces opérations montrent la voie à suivre pour l'intervention dans les maladies cérébrales. Elles permettent de penser que, si nous sommes loin encore du traitement de la folie par la trépanation, au moins devons-nous nous engager activement dans le traitement chirurgical de certains accidents. »

M. Lavista (de México) a observé plusieurs cas de **tumeurs cérébrales**; il ne compte, en dehors des kystes, aucun cas de guérison à la suite de l'ablation des tumeurs proprement dites. La trépanation, même exploratrice, n'est pas une aggravation, c'est plutôt un soulagement surtout pour les tumeurs superficielles. Mais, pour avoir des chances de guérison, il faut intervenir de bonne heure, avant qu'il y ait des lésions de dégénérescence secondaire.

Parmi les cas de tumeurs cérébrales qu'il a pu observer, un des plus curieux se rapporte à un jeune homme qui, après une extirpation trois fois réitérée d'une volumineuse tumeur conjonctive de l'épaule, présenta des accidents d'encéphalite aiguë, compliquée de phénomènes épileptoïdes et de paralysie du moteur oculaire commun du côté droit suivie rapidement d'un état comateux. Soupçonnant l'existence d'une tumeur cérébrale située sur la couronne rayonnante et envahissant la capsule interne, M. Lavista procéda immédiatement à la trépanation cranienne et put, en effet, enlever très facilement un néoplasme qui avait les dimensions d'un œuf de poule et occupait le point qu'il lui avait assigné. Son opéré succomba malheureusement à des manifestations cancéreuses du côté de l'estomac.

M. Bruno (de Valence) a découvert un symptôme, non encore relaté, sous la dépendance d'une lésion du cervelet. Ce symptôme marque les rapports de conduction qui relient le cervelet à la rétine, il s'agit d'une **hémianopsie homonyme** localisée dans le quadrant supérieur droit de chaque champ visuel, et consécutive à un abcès localisé dans l'hémisphère gauche du cervelet, intéressant aussi, sur 1 millimètre d'épaisseur, la partie correspondante de la paroi du vermis supérieur, ainsi qu'on a pu le constater à l'autopsie. L'hémianopsie s'était développée six mois après les premiers symptômes, qui consistaient en troubles de la déambulation.

M. Bozzolo (de Turin) fait une communication sur les **phénomènes nerveux qui s'observent au cours des méningites infectieuses**. Il leur reconnaît plusieurs variétés suivant la qualité et surtout la topographie cérébrale du virus sécrété. D'une façon générale, M. Bozzolo prétend que, dans la méningite tuberculeuse, les symptômes dépassent notablement la gravité des lésions anatomiques, tandis que, au contraire, dans la méningite à pneumocoques, c'est à peine si les symptômes sont en rapport avec l'intensité des lésions.

Nous suivons avec intérêt le médecin italien tant qu'il cherche à faire le diagnostic des différentes formes de méningite. Nous sommes encore de son avis quand il recommande l'examen bactériologique du sang comme moyen de diagnostic. Mais nous cessons de le suivre lorsqu'il recommande la ponction de la cavité arachnoïdienne pour permettre l'examen bactériologique et les cultures des microbes pathogènes. Curiosité de savant et de bactériologiste que le clinicien et le thérapeute ne sauraient approuver.

Courte séance à la Société médicale des hôpitaux, le 20 avril. MM. Widal et Besançon ont fait des cultures des streptocoques de leur propre salive; cette culture, ils l'ont inoculée à des lapins sans provoquer d'accidents. La virulence de ces microbes était donc très faible; ils l'ont exaltée en les mettant au contact avec une certaine variété de bacterium coli.

Parmi les nombreux lapins qu'ils ont inoculés avec ce streptocoque à virulence renforcée, un seul a présenté de l'endocardite végétante, mais cette endocardite avait tous les caractères de l'endocardite végétante de l'homme. Au point d'inoculation, il s'était fait un placard d'érysipèle. Voilà donc une expérience sur l'animal qui reproduit exactement une maladie humaine, puisque, ici, il n'a pas été

nécessaire, comme dans la plupart des expériences faites avec des microbes, de faire une lésion traumatique des valvules du cœur pour obtenir une localisation des microbes injectés et la production d'une endocardite.

Il semble qu'il ne soit pas toujours nécessaire de renforcer la virulence du streptocoque salivaire pour produire des lésions érysipélateuses et M. du Cazal (du Val-de-Grâce) cite, à ce point de vue, une observation intéressante. Une dame, pour remettre sa boucle d'oreille, en humectait le crochet avec de la salive, il lui dit : « Prenez garde, vous allez attraper un érysipèle, grâce aux streptocoques de la bouche. » Vingt-quatre heures après, débutait, en effet, par le lobule de l'oreille, un érysipèle de la face qui fut grave et s'accompagna d'une légère endocardite.

M. Desplats (de Lille) a vu les badigeonnages de gaïacol, non seulement calmer la douleur, mais aussi abaisser la température chez les fébricitants. Il a vu, de plus, le gaïacol provoquer une polyurie qui a pu aller jusqu'à 5 litres dans un cas.

HOPITAL MIXTE D'AUXONNE

Observation d'un cas d'ostéo-périostite non suppurée du fémur et du tibia à la suite d'une gangrène pulmonaire.

Par M. A.-J. Gerbault,

Médecin-chef de la légion de la Garde républicaine.

Le nommé B... (J.), soldat de deuxième classe au 10e régiment d'infanterie, entre à l'hôpital mixte d'Auxonne le 24 avril 1892, évacué de l'infirmerie, où il avait été admis le 21 pour bronchite aiguë.

A son entrée à l'hôpital, le malade présente les symptômes suivants :

Fièvre, toux, adynamie profonde; douleurs intra-thoraciques ayant leur maximum d'intensité entre le sein droit et le sternum.

A l'auscultation, nous trouvons les traces d'une congestion localisée du poumon droit (lobe moyen), et nous sommes étonné de la différence qui existe entre les symptômes locaux et l'état général, qui paraît grave, tant est grande la prostration.

Température vespérale, 40°5. Pouls, 100.

L'expectoration ne présente encore rien de particulier, les crachats sont à peine colorés.

Traitement : application de ventouses sèches; sulfate de quinine, 80 centigrammes en pilules; potion kermétisée à 10 centigrammes; potion de Todd et grog stimulant.

25 avril. L'état est le même que la veille.

Température, 40°1 le matin, 40°1 le soir. Pouls, 100, 104.

Même traitement, moins les ventouses.

26 avril. Légère amélioration.

La température, descendue à 37°9 le matin, remonte à 39°7 le soir. Pouls, 88, 88.

Expectoration peu abondante, sans couleur ni odeur.

27 avril. Température, 38°7 le matin, 39°3 le soir. Pouls, 80, 68.

L'expectoration est abondante, franchement purulente et d'une fétidité extrême, ainsi que l'haleine.

Il s'est formé un noyau de gangrène circonscrite.

Traitement : potion kermétisée à 10 centigrammes; vin de Malaga créosoté, 40 grammes; potion avec alcool et extrait de quinquina.

28 avril. Amélioration locale et générale.

Température, 37°8 le matin, 38°5 le soir. Pouls, 60, 60.

Même traitement.

Du 29 avril au 6 mai, où la température est normale, l'amélioration s'accentue chaque jour.

L'expectoration se tarit et perd son odeur fétide.

Pendant cette période, le traitement reste le même : vin de Malaga créosoté, potion avec alcool et extrait de quinquina.

Alimentation progressive.

Le 6 mai, B... est autorisé à se lever.

Il paraissait entrer franchement en convalescence, quand, le 10 mai, il se plaignit à la visite de douleurs dans la cuisse gauche.

L'examen du membre n'ayant rien révélé d'anormal, la température ne s'étant pas élevée, nous prescrivons un liniment calmant.

Les jours suivants, la température monte, sans cependant dépasser 38°4 le soir, et la douleur, qui siège exclusivement dans la cuisse, augmente au point de devenir intolérable, au dire du malade.

Le membre est dans la flexion et la rotation en dehors; le traitement consiste en applications de pommade mercurielle belladonée, larges cataplasmes et injections souscutanées de chlorhydrate de morphine.

L'examen du membre, peu facile à cause de la douleur et des cris qu'il provoque, permet cependant de constater une tension et une rénitence profondes à la partie interne de la cuisse et suivant le trajet des vaisseaux.

Nous redoutions une phlébite, lorsque les mêmes symptômes se présentèrent, avec moins d'intensité cependant, à la face interne du tibia droit, à la jonction du tiers inférieur avec les deux tiers supérieurs.

Ici le doute n'était plus possible; nous étions en présence d'un point limité d'ostéo-périostite hypertrophiante, tandis que le fémur était atteint dans presque toute sa diaphyse, et quand B... quitta l'hôpital, le 21 juillet, pour aller en congé de deux mois, nous constations qu'une exostose existait au point cité du tibia droit et que le corps du fémur gauche avait presque doublé de volume.

Ces deux affections : gangrène pulmonaire et ostéo-périostite, sont-elles la conséquence l'une de l'autre ou absolument indépendantes?

Ce fait nous a paru intéressant à publier à un moment où l'attention est attirée sur les différentes ostéo-arthropathies consécutives aux affections thoraciques.

En effet, à la suite d'une affection pulmonaire ou pleurale, qu'elle soit primitive ou secondaire elle-même, il peut y avoir du côté des os et des articulations soit une localisation simultanée de la même maladie, soit, dans certains cas spéciaux, des troubles trophiques à marche chronique, bien spécialisés par leur localisation, leur bilatéralité et leur lésion anatomique, syndrome encore mal connu et décrit sous le nom d'« ostéo-arthropathie hypertrophiante pneumique » (1).

Dans le cas de B..., nous considérons les deux affections, gangrène pulmonaire et ostéo-périostite, comme la conséquence l'une de l'autre. La lésion osseuse est due à une infection secondaire, et, au point de vue pathogénique, nous voyons dans le fait particulier trois stades successifs : 1° une bronchite de nature infectieuse; 2° une gangrène due peut-être elle-même à une infection secondaire; 3° une détermination ostéo-périostique de cette infection secondaire, c'est-à-dire que, sous l'influence de micro-organismes, il s'est produit, au niveau de la lésion de l'appareil respiratoire, des substances purulentes ou fermentées qui, passant ensuite

---

(1) Marie. *Rev. de méd.*, 1890. — Rauzier. *Rev. de méd.*, 1891. — A. Lefebvre. Th. de Paris, 1891.

dans la circulation, ont exercé une action élective sur le fémur gauche et le tibia droit pour déterminer les lésions de l'ostéo-périostite hypertrophiante.

LES SECOUSSES TRACHÉALES

DANS L'ANÉVRYSME DE L'AORTE (1)

Par M. le docteur Martin-Durr, ancien interne des hôpitaux de Paris.

VI

MÉCANISME

Mac Donnell donne, de la secousse trachéale, l'explication suivante :

« La longueur de la portion transversale de l'arc aortique n'est pas grande, et la direction de sa course est presque directement de haut en bas du bord supérieur du second cartilage costal droit à la partie supérieure du côté gauche du corps de la cinquième vertèbre dorsale. La portion transverse de l'aorte est *à cheval* sur le sommet de la racine du poumon gauche, couchée entre la bronche gauche et la trachée. Une dilatation du vaisseau, quelle que soit sa médiocrité, occasionnera une pression sur la bronche ou sur la trachée, à la racine de la bronche, et communiquera sa pulsation au tube aérien. A chaque battement, le vaisseau donnera à la bronche une impulsion dirigée de haut en bas, et cette secousse de haut en bas sera nécessairement sentie par l'intermédiaire de la trachée et du larynx. »



Fig. 5. — A, aorte; B, bronche gauche; C, cartilage cricoïde; R, récurrent.

« La surface de contact entre la crosse de l'aorte et la bronche gauche est de très petite étendue. On comprend que toute dilatation ou un anévrysme de la partie inférieure de la crosse de l'aorte puisse occasionner ce signe » (Ewart).

« Quand la portion ascendante est seule dilatée, les conditions sont toutes différentes. La compression peut exister sur la bronche droite ou sur la bifurcation de la trachée, mais il n'existe pas de pression de haut en bas, comme il peut en exister sur la bronche gauche » (Ewart).

En Italie, Cardarelli et Lagana, et en France, M. Potain, se rattachent pleinement à cette explication.

Nota. — Le simple battement laryngé, sur lequel Grimsdale a insisté, existe chez nombre de personnes saines. Il est à peine besoin d'appeler l'attention sur ce point, que ce battement est tout à fait différent de la *secousse de haut en bas, de l'inféro-traction, si l'on peut ainsi dire*, subie par le tube laryngo-trachéal dans l'anévrysme de la portion concave de la crosse de l'aorte.

SECOUSSE TRACHÉALE ET MANIFESTATIONS LARYNGÉES

La secousse trachéale est un signe précoce dans l'histoire de l'anévrysme de la crosse de l'aorte.

« Dans tous les cas que j'ai vus, il a été constaté à l'entrée à l'hôpital; et, comparé avec les manifestations laryngées, il apparaît avoir une plus grande valeur, puisque la secousse peut être reconnue par tout médecin accoutumé aux examens physiques, tandis qu'une opinion valable sur la paralysie des cordes vocales, doit être donnée par un spécialiste ou une personne assez habile dans le maniement du laryngoscope » (Mac Donnell).

Pour Lagana, dans les anévrysmes de la partie postéro-inférieure de la crosse de l'aorte, les phénomènes de compression nerveuse et la pulsation du tube laryngo-trachéal ne peuvent exister *séparément*, et les uns et les autres ont toujours un développement contemporain.

Pour Mac Donnell, les deux signes existent ensemble, dans la *plupart* des cas.

Voici d'ailleurs sa statistique :

Cas			
Cas	1	Secousse trachéale	Paral. C. V. gauche.
—	2	—	Paral. C. V. gauche.
—	3	—	?
—	4	—	?
—	5	—	Paral. C. V. droite.
—	6	—	Paral. C. V. droite.
—	7	—	État pas noté.
—	8	—	?
—	9	—	Paral. C. V. gauche.
—	10	—	Paral. C. V. gauche.
—	11	—	Rien au larynx.
—	12	—	?
—	13	—	?
—	14	—	?
—	15	—	?
—	16	—	?
—	17	—	?

Dans les observations de Davison, au contraire, bien que la secousse trachéale fût bien manifeste, le docteur Mackern déclara les deux fois les cordes vocales saines.

L'observation de Taylor nous montre la coexistence de la secousse trachéale et de la paralysie de la corde vocale gauche.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 421.

De même, dans les cinq observations de Cardarelli, dans l'observation de Lagana et dans celle de M. Potain, les phénomènes de compression du récurrent et la secousse trachéale existaient simultanément.

Nous pensons donc que la dernière conclusion de Lagana : « Les phénomènes nerveux et la secousse trachéale ne peuvent exister séparément », est exagérée, et nous nous rallions à l'opinion de Mac Donnell, pour lequel la coexistence est le fait le plus souvent observé.

CONCLUSIONS

I. — Les secousses trachéales, comme signe d'anévrysme de la crosse de l'aorte, découvertes par Oliver, en 1878, sont, dans les pays de langue anglaise, admises par Mac Donnell, Davison, Taylor, contestées par Grimsdale et Ewart (celui-ci faiblement); en Italie, admises par Cardarelli et Lagana, et, en France, admises par Potain.

II. — Tous les auteurs sont d'accord pour placer le siège de l'anévrysme qui provoque des secousses trachéales, à la partie postéro-inférieure de la portion transversale de la crosse de l'aorte.

III. — Tous les auteurs sont d'accord sur le mécanisme de la secousse trachéale produite par un anévrysme de la crosse de l'aorte : secousse brusque de haut en bas imprimée au tube laryngo-trachéal par l'anévrysme localisé de la crosse aortique *à cheval* sur la racine de la bronche gauche.

IV. — Il y a trois procédés de constater la secousse trachéale.

Le procédé d'Oliver : Placer le malade debout et lui commander de fermer la bouche et de lever le menton, le plus haut possible. Prendre alors le cartilage cricoïde entre l'index et le pouce, et le maintenir délicatement de bas en haut.

Le procédé d'Ewart : Se tenir debout derrière le malade, placer la phalange distale des deux index sous le cartilage cricoïde et soulever délicatement ce cartilage et avec lui la trachée.

Et *le procédé de Cardarelli :* Appliquer la pulpe du doigt latéralement au tube laryngo-trachéal, tantôt à droite, tantôt à gauche.

Le procédé de Cardarelli appelle le médecin à éviter la cause d'erreur que pourraient donner les battements des artères du cou.

Dans le procédé d'Ewart, le larynx se balance en équilibre sur les pulpes des doigts, et son auteur reconnaît lui-même que ce procédé présente un désavantage qui est d'être *presque trop délicat*, les doigts appréciant le moindre mouvement.

Nous donnerons donc la préférence au procédé d'Oliver, qui transforme, en tendant les portions membraneuses situées entre les anneaux cartilagineux, le tube laryngo-trachéal en un tube rigide, et transmettant ainsi plus facilement, à l'extrémité supérieure où se trouvent les doigts de l'explorateur, les secousses imprimées à l'extrémité inférieure par l'aorte anévrysmatique.

V. — Le plus souvent a été constatée la coexistence des phénomènes de compression du récurrent ou du pneumogastrique avant l'origine du récurrent et de la secousse trachéale.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

157. M. Besnier. Essai sur les complications intestinales de la variole. — 158. M. Lasserre. Tuberculose péritonéo-pleurale subaiguë. — 159. M. Le Moinet. Hystérectomie abdominale totale et hystérectomie abdomino-vaginale pour fibromes de l'utérus. — 160. M. Cazin. Des origines et des modes de transmission des cancers. — 161. M. Souesme. Voies d'accès de la fosse ptérygo-maxillaire dans le traitement de la névralgie de la deuxième branche du nerf trijumeau. — 162. M. Tucker. De l'éclairage des cavités de la face. — 163. M. Morax. Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës et sur l'asepsie dans la chirurgie oculaire. — 164. M. Couvreur. Étude de la saignée dans l'asystolie. — 165. M. Clairfond. Considérations cliniques sur la bosse séro-sanguine dans la présentation du sommet. — 166. M. Bailliot. Du détatouage. Différents procédés de destruction des tatouages.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 avril 1894, M. Girard, médecin de première classe de la marine, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 21 avril 1894, M. Seguin, médecin de deuxième classe de la marine, a été promu au grade de médecin de première classe.

— Par décret, en date du 21 avril 1894, M. Guillet, ancien médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, a été nommé, dans la réserve de l'armée de mer, au grade de médecin de deuxième classe.

— Par décision ministérielle, en date du 14 avril 1894, les convocations pour l'appel des médecins de réserve et de l'armée territoriale seront faites par les soins et sur le territoire des commandants de corps d'armée dont relèvent les intéressés par leur affectation. Toutefois, les médecins affectés à l'Algérie ou à la Tunisie et résidant en France pourront être appelés dans la région où ils sont domiciliés.

Les médecins qui désireraient accomplir leur stage, sans solde, dans un autre centre d'instruction que celui qui leur sera assigné devront, dès la réception de leur ordre d'appel, en rendre compte à M. le directeur du service de santé de leur corps d'armée qui soumettra, au ministre, la liste de ces médecins avec ses observations.

Aucun sursis d'appel ne pourra être accordé, si ce n'est pour des cas de force majeure ou dans l'intérêt des populations. Les demandes qui seraient formulées à ce sujet devront être adressées à MM. les généraux commandant les corps d'armée.

— L'Assemblée générale de l'Association des médecins du département de la Seine, fondée par Orfila, aura lieu le dimanche 29 avril, à deux heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, sous la présidence de M. le professeur Brouardel.

Ordre du jour : 1° Allocution du président; 2° Lecture du compte rendu de l'exercice 1893; 3° Élection d'un président, de deux vice-présidents et d'un secrétaire général; 4° Renouvellement, par tirage au sort, de la Commission générale.

Les sociétaires qui, par suite d'une erreur d'adresse, n'auraient pas reçu de lettre, sont priés de considérer le présent avis comme une convocation.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Adoptée dans les Hôpitaux de Paris et de la Marine

PEPTONE CATILLON

en **POUDRE**, produit **supérieur, pur, inaltérable,** représentant **10** fois son poids de viande assimilable.
Aliment des malades qui ne peuvent digérer.
Remplace la viande crue, fait tolérer le régime lacté.
2 à 4 cuillerées par jour dans un grog ou du lait sucré.
Lavement nutritif : 2 cuillerées, 125 eau, 3 gouttes laudanum.

VIN DE PEPTONE CATILLON

30 gr. viande et 0,40 phosphates par verre à madère.
Rétablit les FORCES, l'APPÉTIT, les DIGESTIONS
Très utile à tous les débilités : enfants, convalescents, maladies d'estomac, d'intestin, consomption, anémie, etc.
Eviter les imitations plus ou moins actives.
EXIGER NOTRE MARQUE. — Paris, 3, Boulev^d St-Martin et Ph^ies.
MÉDAILLE EXPOSIT. UNIVERS. 1878 1889

Chlorose — Anémie

DRAGÉES
DE
DUROZIEZ
AU PROTOXALATE DE FER

Chaque dragée contient 10 centigrammes de **Protoxalate de fer.** — Une à deux dragées au début de deux principaux repas.

Ph^ie **DUROZIEZ**, 58, Bd St-Michel, Paris.
3 FRANCS LE FLACON

CAPSULES & DRAGÉES
Au Bromure de Camphre
du Docteur Clin

« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « au **Bromure de Camphre** sont employées « avec succès toutes les fois que l'on veut « produire une sédation énergique sur le « système circulatoire et surtout sur le « système nerveux cérébro-spinal.
« Elles constituent un *antispasmodique* et « un *hypnotique* des plus efficaces.» *(Gaz. Hôp.)*
« Les **Capsules** et les **Dragées** du Dr **Clin** « ont servi à toutes les expérimentations « faites dans les hôpitaux de Paris.» *(Un. Méd.)*
Chaque Capsule du Dr Clin renferme 0,20 } Bromure de
Chaque Dragée du Dr Clin renferme 0,10 } Camphre pur.
Maison CLIN & Cie, à Paris.

DYSPEPSIES - GASTRALGIES
Pepsine Boudault

« En prescrivant simplement : Pepsine, « le pharmacien est obligé de ne donner « que celle du Codex. Cette pepsine ne doit « peptoniser que 20 fois son poids de fibrine, « tandis que **la Pepsine Boudault** *« peptonise* **50 fois** *son poids.*
« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault,** « peptonisent **deux fois** leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus.** »

PILULES DE QUASSINE FREMINT

TONIQUES — DIGESTIVES — DIURÉTIQUES
Très efficaces contre **Dyspepsie atonique, Débilité générale, Inappétence, Vomissements, Constipation, Coliques hépatiques et néphrétiques, Hydropisie, Cystites, etc.**
Ces Pilules sont dosées à 0^gr 02 de **Quassine amorphe.** — Doses : 1 à 3 avant chaque repas.
3 fr. le Flacon. 18, r. d'Assas, Paris & les Pharmacies

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.
Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites** et **les Granulations de la Gorge,** etc.
Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.
MARIANI, ph^ien, 41, B^ard Haussmann, et t^tes ph^ies.

PAPIER EYMONNET

APPLICATION DE L'**IODE** A L'ÉTAT **naissant.**
REVULSIF instantané
remplaçant en 20 minutes 5 à 6 couches Teinture d'Iode, Thapsias, etc. Opérant la vésication en 1 heure. *Effets faciles à graduer* suivant les cas. *Echantillon* FRANCO et GRATIS sur demande de MM. les Docteurs. **Eymonnet,** à Dijon. Feuille, **60^c.**

LE PHOSPHATE MONO-CALCIQUE
CRISTALLISÉ DE BARBARIN

C'est le phosphate de chaux à son maximum de puissance et de pureté.
Le seul médicinal, le seul spécialement récompensé à l'Exposition universelle de Paris, 1878.
Sirop reconstituant ou solution titrés à 1 gr. p. 30.
Vin id. id. à 1 — 60.
Paris, 145, r. de Belleville, et bonnes ph^ies.

CACHETS (0.20) CAPSULES (0.10) DE CHLORALOSE
HYPNOTIQUE NOUVEAU (FORMULE HANRIOT et CH. RICHET)
B. BAIN & FOURNIER, seuls préparateurs, *43, Rue d'Amsterdam, Paris.*

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ
Une cuillerée à bouche contient :
0^gr,05 d'Iode
et 0^gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc.....
DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.
Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

DRAGEES ET CACHETS DE
PHÉNÉDINE-PELISSE
Paraacétphénétidine
fabriqués par la Soc. des mat. color. de St-Denis.
DOSAGE : *0g25 de Phénédine p^r dragée et p^r cachet.*
Deux dragées ou deux cachets suffisent pour supprimer la **migraine** et calmer les **douleurs névralgiques.** — Ils n'occasionnent ni troubles gastriques ni vertiges.
Dépôt à Paris : Ph^ie PENNÈS. 49, r. des Écoles.
DÉTAIL DANS TOUTES LES PHARMACIES

APIOL
DES
Drs JORET & HOMOLLE
Aménorrhée, Dysménorrhée Métrorrhagie.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.
1 caps. 0,20^c matin et soir pend^t 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.
Dép^t G^al : Ph^ie BRIANT, 150, r. Rivoli

ELIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY LE SEUL CHIMIQUEMENT PUR

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.
GRANULES DE BAUMÉ
(*Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.*)
PH^ie FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République, Paris.

KOLA ROY
Donne la force aux débilités.
2 à 4 cuillerées par jour aux repas.
TH. ROY, pharmacien, Asnières (Seine).

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO-PEPSIQUES
Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

SIROP DU
DR DUFAU
A l'extrait de stigmates de
MAIS
Maladies aiguës et chroniques de
LA VESSIE
Diurétique puissant et inoffensif
AFFECTIONS DU CŒUR, ALBUMINURIE
DOSE : Deux à quatre cuillerées de sirop par jour, à prendre à jeun de préférence, et dans un verre d'eau froide ou chaude. Boisson très agréable.
Prix : 3 francs le flacon.

PILULES DE
PODOPHYLLE COIRRE
CONTRE :
CONSTIPATION HABITUELLE
HÉMORROÏDES, COLIQUE HÉPATIQUE

DOSE : Une pilule le soir en se couchant, sans qu'il soit nécessaire de rien changer au régime. Augmenter d'une pilule si besoin est.
Prix : 3 francs la boîte.

GRANULES TROIS CACHETS
PHOSPHURE DE ZINC
A 4 milligr., 1/2 milligr. de phosphore actif
Ces **Granules** sont faits exclusivement avec du Phosphure de Zinc cristallisé ($PhZn^3$). On peut donc être assuré de la pureté du produit.
Anémie, Rachitisme, Chlorose, Hypocondrie, Hystérie, Névralgie et autres Névroses, Métrorrhagies, Dysménorrhées, Spermatorrhées, Tremblement alcoolique ou mercuriel, Incontinence d'urine, etc.
***DOSE* : Un, puis deux granules à chacun des principaux repas.**
Prix : 3 francs le flacon.

N° 49. — JEUDI 26 AVRIL 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 26 AVRIL 1894. — N° 49.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Albert Robin a fait à l'Académie une communication sur l'emploi en thérapeutique des glycéro-phosphates. Ces agents seraient, selon M. Robin, d'une grande puissance contre la dépression nerveuse. La neurasthénie en serait la principale indication.

Il a encore été question de la fièvre typhoïde dans cette séance. A propos d'une communication de M. Manouvriez (de Valenciennes) sur la fièvre typhoïde dans cette ville, communication d'où il résulte que cette maladie a diminué des deux tiers à Valenciennes depuis l'amenée d'eaux potables et l'aménagement des égouts, M. Brouardel n'a pas manqué d'invoquer cette nouvelle preuve à l'appui de l'opinion qu'il soutient.

Le typhus continue, paraît-il, à être disséminé en France par des mendiants et des vagabonds. M. Brouardel appelle l'attention des médecins sur ce point, afin qu'ils puissent faire un diagnostic précoce et prendre les mesures nécessaires. A ce propos, M. Dujardin-Beaumetz fait observer que les enfants ne sont pas à l'abri du typhus.

Signalons enfin une communication de M. Mouchet (de Sens) sur deux arthrotomies pratiquées chez une hystérique pour l'ablation d'aiguilles introduites volontairement, et une courte observation de M. Dujardin-Beaumetz sur les dangers de l'exalgine donnée à la dose de 50 centigrammes à la fois.

M. Bouchacourt (de Lyon) a été élu membre associé national.

TRAITEMENT DES LUXATIONS RÉCIDIVANTES DE L'ÉPAULE

PAR LA SUTURE DE LA CAPSULE ARTICULAIRE OU ARTHRORRAPHIE

Par M. le docteur A. Ricard.

(Rapport à l'Académie de médecine par M. Verneuil, membre de l'Institut.)

Si les vétérans de la chirurgie, invoquant leur expérience et l'histoire de l'art, sont parfois en droit d'apprécier avec quelque sévérité et d'accueillir avec froideur certaines innovations ou rénovations opératoires insuffisamment justifiées ; s'ils cherchent à modérer les ardeurs d'une pratique trop militante en montrant les avantages de l'expectation, voire même de l'abstention ; si enfin, dans l'éternel conflit entre les méthodes violentes et l'intervention quand même d'un côté, les procédés de douceur et les moyens thérapeutiques de l'autre, ils prennent volontiers parti pour les seconds contre les premières, ils ont en revanche le strict devoir de donner sans réserve leur approbation et l'appui de leur autorité à des conceptions chirurgicales nouvelles, logiques, bien réglées, bien exécutées, remplissant les indications majeures et l'emportant de toute évidence sur les programmes curatifs antérieurs.

C'est la meilleure réponse qu'ils puissent faire à ceux qui les accusent de s'arrêter dans la route du progrès, sinon même de marcher à reculons.

Ce préambule vous fera comprendre la satisfaction que j'éprouve à porter le jugement le plus favorable sur une opération inédite, simple, ingénieuse, dérivée de la thérapeutique étiologique et de la chirurgie réparatrice, triomphant enfin d'une lésion, sinon très grave, du moins très fâcheuse, compromettant à un haut degré l'existence matérielle des travailleurs qui en sont atteints, alors qu'ils ont besoin de leurs bras pour vivre ; genre d'infirmité contre laquelle la nature ne fait rien et à laquelle l'art n'a opposé jusqu'à présent que des mesures inefficaces ou très imparfaites.

Vous ne vous étonnerez pas davantage que je m'applaudisse de compter parmi mes disciples les plus convaincus et les plus dévoués, le promoteur de cet incontestable progrès.

Je veux parler des luxations à répétition de l'épaule, trop connues cliniquement pour qu'il soit nécessaire d'en donner ici la description et d'en rappeler les inconvénients, mais dont il conviendra pourtant de poursuivre l'étude tant que l'étiologie, la pathogénie et les conditions anatomiques en resteront obscures et tant que la plupart des chirurgiens se contenteront humblement de les réduire faute d'avoir le moyen d'en prévenir le retour.

C'est sur ce sujet que M. le docteur Ricard nous a lu, le 31 octobre 1892, une note pleine d'intérêt, relatant et commentant deux cas tout à fait types, qu'il a observés, opérés et radicalement guéris ; résultat que nul autre n'avait obtenu jusqu'à ce jour.

Rapporteur de ce travail, je m'acquitte de ma tâche bien tardivement en apparence, mais ayant voulu, d'accord avec notre jeune confrère, qu'un délai suffisant démontrât la

valeur du procédé opératoire et la solidité du succès

M. Ricard, dans une courte introduction, passe en revue les moyens palliatifs et curatifs proposés et mis en usage par divers praticiens, à savoir : les appareils prothétiques ou contentifs, les injections caustiques péri-articulaires, l'arthrodèse et la résection de la tête humérale, et montre sans peine qu'aucun de ces expédients n'a remis l'articulation lésée dans ses conditions anatomiques et fonctionnelles normales et que plusieurs d'entre eux n'ont fait que changer les premières et supprimer les secondes, sans bénéfice réel pour les opérés (1).

J'ajouterai de mon côté et me fais fort de prouver que les insuccès ou les pseudo-succès, qu'il eût été aussi facile de prévoir qu'il est aisé d'expliquer, découlent naturellement de ce que les moyens précités ne s'adressent point directement à la cause vraie du mal et négligent complètement l'indication à remplir. Si l'on cherche, en effet, ce qui caractérise la luxation récidivante, on s'aperçoit bientôt qu'elle ne diffère de la luxation ordinaire que par l'extrême facilité avec laquelle la tête humérale, sortie une première fois de sa cavité sous l'influence d'une violence généralement considérable et replacée par un procédé quelconque, s'est échappée de nouveau une seconde, une troisième, une dixième fois, sinon plus, sous l'influence d'une violence minime qu'une articulation saine aurait aisément supportée. D'où cette conclusion que c'est logiquement à une lésion permanente, reliquat du premier accident, qu'il faut rapporter la récidive si facile des déplacements ultérieurs.

D'autre part, l'étude étiologique des déplacements brusques d'organes sains — prolapsus, hernie, luxation — apprend que leur production implique, sinon la destruction, au moins l'affaiblissement des moyens de fixité ou de contention des organes susdits, et comme, dans l'articulation de l'épaule, c'est la capsule fibreuse qui constitue l'agent principal de fixité et de contention de la tête humérale saine, c'est dans cette capsule même qu'il faut tout d'abord chercher la lésion qui rend possible le déplacement primitif et faciles les déplacements secondaires.

Comme dans la première luxation, la tête s'échappe indubitablement par une déchirure plus ou moins large de la capsule. L'esprit émet aussitôt pour la luxation récidivante une hypothèse très acceptable. La boutonnière faite à la capsule pour livrer passage à la tête reste béante tant que la réduction n'est pas effectuée ; puis elle se referme quand la tête est rentrée ; mais si, par aventure, ses bords se cicatrisent isolément, la fissure persiste béante ou entrebâillée, toute prête à se laisser à nouveau traverser par la tête, à première réquisition, et dès que celle-ci se présente pour forcer le passage.

Cette disposition expliquerait, entre autres particularités de la luxation récidivante, la facilité toujours croissante de sa production, de sorte que, si la seconde rechute exige encore une certaine violence, les autres s'effectuent si aisément que les malheureux infirmes en arrivent à ne plus oser faire le moindre mouvement du bras. La limitation de la lésion à la capsule et la bénignité intrinsèque d'une simple dièrèse avec intégrité des autres éléments articulaires et péri-articulaires : squelette et musculature, expliquent également comment, dans l'intervalle souvent très prolongé qui sépare les récidives, la jointure peut fonctionner d'une façon tout à fait normale, sans gêne et sans douleur.

(1) Signalée pour mémoire la résection d'une partie de la capsule artificielle pratiquée par Gerster, chirurgien américain, mais dans un cas différent, car il s'agissait d'une luxation irréductible et non d'une luxation récidivante. Il y eut suppuration de l'article, suivie d'une raideur permanente.

M. Ricard savait bien qu'on avait attribué la luxation récidivante à d'autres lésions anatomiques :

Fracture du rebord glénoïdien ;

Arrachement des insertions musculaires des muscles rotateurs ;

Large décollement capsulo-périostique au-dessous de la cavité glénoïde ;

Encoche siégeant sur la tête humérale, etc.

Mais outre que ces lésions, d'ailleurs rarement observées, sont bien variées pour entraîner toujours les mêmes conséquences, elles ne sauraient rendre compte de récidives survenant à des époques tout à fait indéterminées, quelquefois de longs mois après le premier accident, sans que rien les fasse prévoir, étant donné le fonctionnement régulier de la jointure qui semble impliquer sa restauration anatomique (1).

C'est pourquoi M. Ricard qui, ainsi qu'il l'avoue sincèrement, s'attendait bien à rencontrer la fameuse boutonnière (et j'aurais nourri la même illusion), avait très rationnellement conçu à l'avance le plan opératoire qui suit :

1° Mettre largement à nu, par une opération préliminaire, la déchirure de la capsule ;

2° Cette déchirure étant de l'ordre des dièrèses, lui opposer le procédé anaplastique de nom contraire, c'est-à-dire la synthèse : suture capsulaire ou *arthrorraphie ;*

3° Refermer, par une opération complémentaire immédiate, l'ouverture superficielle ayant donné accès jusqu'à l'article ;

4° Instituer un traitement post-opératoire capable de prévenir l'arthrite et la péri-arthrite menaçant le rétablissement fonctionnel.

Or, le programme était si bien tracé, et l'on était si près de la réalité, en localisant la lésion originaire dans la capsule, que, bien qu'on se fût trompé sur la nature exacte de la susdite lésion, il fut possible séance tenante, et sans la moindre hésitation, de modifier légèrement un des temps prémédités, et d'exécuter intégralement les trois autres.

Voici, en effet, comment les choses se sont passées.

Quelques mots d'abord sur les patients.

L..., journalier, vingt-sept ans, sans antécédents pathologiques, entre à l'Hôtel-Dieu le 29 mars 1892.

La première luxation se fait à gauche, le 26 août 1887, en tombant d'une machine à battre. La seconde, dix mois après, dans une nouvelle chute. La troisième, pendant la nuit, en dormant. L'accident, depuis, s'est renouvelé maintes fois, notamment le 6 janvier et le 23 mars 1892, à la moindre occasion, en soulevant un seau d'eau, en écartant le bras, en mettant le paletot, et L... en était arrivé à ne plus oser se servir de son bras. Réduction généralement très facile, sauf une fois où il fallut se servir de moufle. La luxation du 23 mars était sous-coracoïdienne ; on ne sait si les autres appartenaient à la même variété.

Le membre présente des troubles de l'innervation et de la nutrition.

Premier temps. — Opération préliminaire après antisepsie locale et chloroformisation. Incision verticale de 12 centi-

(1) Il est assez piquant de constater que, dans aucun de ses deux cas, M. Ricard n'a rencontré ni les unes ni les autres des lésions susdites.

mètres dans l'interstice pectoro-deltoïdien, incision horizontale partant de l'extrémité supérieure de la première et suivant l'insertion du deltoïde à la clavicule et à l'acromion. Le muscle ainsi détaché en avant et en haut forme un vaste lambeau triangulaire qu'on récline en dehors et en arrière.

On remarquera que ces incisions respectant entièrement le nerf circonflexe, le muscle remis en place a conservé et repris plus tard toute sa vigueur.

Le coraco-brachial est simplement relevé et porté en dedans.

On découvre ensuite le sous-scapulaire dont on libère et dissèque le bord supérieur ainsi que le tendon près de son insertion humérale de façon à mettre largement à nu la capsule articulaire.

On cherche alors, mais en vain, la solution de continuité, la boutonnière, et l'on trouve seulement la capsule lâche, mince, dilatée, flottante, sacciforme, n'étant plus constituée que par quelques faisceaux fibreux épars, étalés sur la face externe de la synoviale, sous laquelle le doigt rencontre la tête humérale en son lieu et place. C'est en rapprochant le bras du tronc et en le portant en rotation forcée en dedans qu'on porte au maximum le relâchement de la capsule et qu'on distingue le mieux la partie amincie qui admet sans peine l'extrémité réunie des quatre doigts.

Deuxième temps. — Sans qu'on ait songé à s'en assurer en cherchant à reproduire momentanément la luxation, — petite lacune dans l'exploration que devront combler ceux qui répéteront l'opération de M. Ricard, — tout porte à croire que c'est dans cette espèce de sac synovial, flasque et sans résistance, que la tête humérale venait se loger à chaque nouveau déplacement, tout comme, en cas de hernie, l'intestin réduit retombe dans le sac herniaire sous l'influence de l'effort. Or, de même que pour obtenir la cure radicale l'on supprime le sac ou l'on obture son collet, l'opérateur changeant son plan primitif, et saisissant l'indication formelle, se mit en devoir d'empêcher la hernie de la tête humérale, si l'on me permet ce rapprochement, en supprimant le sac synovial malencontreusement créé pour la recevoir; ce qu'on pouvait faire de deux façons, soit en réséquant ce sac et en suturant les lèvres de son ouverture, soit en remplaçant l'exérèse de la bourse fibro-séreuse par sa condensation, son froncement et l'effacement de sa cavité à l'aide d'une suture en plein sac.

M. Ricard adopta cette dernière manière de faire qui avait, avec l'avantage d'être plus simple, celui de ne point créer de plaie pénétrante de l'articulation.

En conséquence, le bras étant porté fortement en adduction et en rotation interne, il fit passer verticalement, en bas dans l'épaisseur du tendon du muscle sous-scapulaire, en haut dans la partie de la capsule restée épaisse et résistante au delà de la région amincie, trois fils de grosse soie plate, situés à 2 centimètres environ de distance, serrés de façon à changer la partie amincie de la capsule en un bourrelet épais, saillant, solide, indépressible, à travers lequel on ne pouvait même plus sentir la tête humérale.

Troisième temps. — Après hémostase soignée, lavage de la plaie; opération complémentaire, c'est-à-dire réinsertion du deltoïde par une suture en surjet au catgut, réunion de la peau au crin de Florence sans drainage et pansement iodoformé.

Quatrième temps. — Immobilisation absolue du bras.

L'opération, tout compris, avait duré une heure.

Suites très simples, apyrexie complète; l'opéré se lève le cinquième jour; renouvellement du pansement extérieur le onzième, ablation des sutures cutanées le trente et unième, réunion parfaite, aucune irritation; simple pansement protecteur; bras immobilisé de nouveau jusqu'au trente-septième jour, où il est mis en écharpe. Le membre étant faible, le deltoïde et le biceps légèrement atrophiés, on pratique l'électrisation et le massage exclusivement musculaire sans chercher à mobiliser l'articulation.

Au quarante-cinquième jour, on autorise la reprise progressive des mouvements volontaires qui se font sans douleur et dans une grande étendue. L... reste dans le service à titre d'infirmier, soulevant les malades, portant les brancards, etc. En novembre 1892, la luxation ne s'était pas reproduite. La mobilité articulaire était absolument normale. Ce brillant résultat ne s'est point démenti, comme on a pu s'en assurer à deux reprises, en juillet et en octobre 1893, dix-huit mois après l'opération.

L'histoire du second sujet est identique.

M..., trente-deux ans, porteur aux Halles. Alcoolique, épileptique, entre à l'Hôtel-Dieu le 8 août 1892. Première luxation dix-huit mois auparavant. Depuis, vingt-huit récidives ordinairement pendant les attaques, mais aussi aux moindres mouvements. La réduction, presque toujours difficile, exige d'ordinaire l'anesthésie.

Opération le 11 août. Même procédé, même lésion capsulaire, mêmes suites bénignes. On administre le bromure de potassium à 4 grammes pour prévenir les crises d'épilepsie.

12 septembre. Suppression du pansement. Membre affaibli. Les mouvements articulaires se font librement et sans douleur. Massage et électrisation des muscles.

Malgré la reprise du travail et des attaques d'épilepsie, la luxation ne s'était pas reproduite le 25 octobre, pas plus que le 25 août 1893, plus d'un an après l'opération.

Il n'est pas besoin, je pense, de commenter longuement la note de M. Ricard pour en démontrer l'importance et la valeur. Trois faits surtout s'en dégagent :

a. Constatation de la lésion capsulaire, probablement constante, expliquant et permettant la luxation récidivante.

b. Création d'un procédé opératoire combattant, corrigeant et faisant disparaître la lésion susdite, avec temps accessoires et moyens adjuvants propres à assurer le succès définitif.

c. Nouveau triomphe de la thérapeutique rationnelle basée sur les causes et la nature du mal.

Avant d'adresser à notre jeune confrère nos remerciements, nos félicitations et nos encouragements, vous permettrez à votre rapporteur de présenter deux remarques personnelles.

La première est relative au traitement post-opératoire, toujours si utile pour conduire à bien les convalescences chirurgicales, mais qui, dans le cas particulier qui nous occupe, a puissamment contribué, suivant moi, à la simplicité des suites immédiates et à l'excellence du résultat définitif.

Vous vous rappelez qu'aussitôt le pansement fini, le bras appliqué sur le thorax avec la main reposant sur l'épaule saine a été très soigneusement immobilisé, d'où vraisemblablement l'absence complète de douleur et l'apyrexie absolue. Mais ce qui mérite toute votre attention, c'est le temps relativement très long pendant lequel cette immobilisation a été rigoureusement maintenue, à savoir : trente huit jours dans un cas et au moins trente et un dans l'autre.

Après quoi on a mis le bras en écharpe et, comme on constatait l'affaiblissement et la légère atrophie des muscles biceps et deltoïde, on pratiqua l'électrisation et le massage exclusivement musculaire. *Mais en s'abstenant de toute mobilisation articulaire provoquée*, qui, d'ailleurs, eût été bien superflue, puisque la *mobilité naturelle de la jointure paraissait conservée*. C'est seulement après un nouveau délai d'une semaine environ qu'on autorisa enfin les opérés à se servir progressivement et prudemment de leur membre.

Je prévois la stupeur dans laquelle cette conduite et surtout son éclatant succès jetteront les chirurgiens *ankylophobes*, qui s'imaginent qu'il faut incessamment manipuler et tourmenter les jointures blessées pour les empêcher de s'enraidir et sauvegarder leurs mouvements, mais comme depuis plus de quinze ans (1) je combats sans relâche cette dangereuse erreur thérapeutique et fais chaque jour de nouveaux prosélytes, je saisis toutes les occasions de puiser des arguments dans la pratique des autres chirurgiens qui ont bien voulu se convertir à mes doctrines et répètent avec moi que c'est l'inflammation et non l'immobilité qui amène l'ankylose, que la mobilisation artificielle surtout aggrave notablement l'arthrite, que l'immobilité, par contre, est, pour les articulations enflammées, l'antiphlogistique le plus puissant, qu'en conséquence l'immobilisation artificielle constitue un des moyens les plus efficaces, sinon le meilleur, pour prévenir l'ankylose si redoutée.

Seconde remarque :

Si l'immobilisation prolongée paraît contribuer puissamment à la cure radicale de la luxation récidivante de l'épaule, on peut se demander si on ne pourrait point à son aide prévenir la production de cette fâcheuse infirmité, je m'explique : si dans l'avenir il se confirme que la dilatation sacciforme de la capsule avec affaiblissement et défaut de résistance de la paroi est la cause anatomique constante des déplacements réitérés de la tête humérale, il conviendra de rechercher la pathogénie, le mécanisme de formation de la lésion en question.

Or, le raisonnement et l'expérience apprennent qu'une capsule fibreuse articulaire comme celle qui maintient réunis le scapulum et l'humérus, ne se peut dilater que par la pression rapide ou lente, mais excentrique, exercée sur elle de dedans en dehors, soit par la tête osseuse elle-même, soit par un épanchement liquide abondant et durable : hydarthrose ou hémarthrose ; encore faut-il le plus souvent le concours d'une cause adjuvante affaiblissant soit la capsule elle-même, soit l'appareil musculaire qui la consolide extérieurement.

C'est par ce second mécanisme que se produit par exemple la luxation dite congénitale du fémur, que je crois avoir son origine dans la paralysie initiale des muscles pelvi-trochantériens. Faute d'être soutenue par cette puissante musculature, la capsule coxo-fémorale se dilate et permet l'issue d'abord intermittente (variété de luxation récidivante) puis permanente de cette tête.

Cette interprétation ne peut s'appliquer à la luxation récidivante traumatique de l'épaule puisque les muscles huméro-scapulaires conservent leur énergie et leur intégrité fonctionnelles ; en revanche rien n'empêche de supposer qu'une fois effectuée la réduction de la première luxation de l'épaule et ébauchée la réparation anatomique de la capsule, l'inachèvement de cette réparation ou son imperfection puisse résulter d'un épanchement séreux qui distendrait le néo-sac (comme l'épanchement péritonéal créerait l'hydrocèle dite congénitale, suivant la théorie que j'ai proposée) et qui pourrait mieux rendre compte de cette hydarthrose scapulo-humérale si inopportune, que la reprise prématurée des fonctions du membre et que l'insuffisance de la période de repos nécessaire à la bonne cicatrisation de la capsule ?

Puisqu'on ne permet l'usage d'un membre fracturé que lorsqu'on croit accomplie la solidification du cal osseux, pourquoi en cas de luxation ne pas attendre la consolidation du cal fibreux ?

D'où cette conclusion, qu'ici encore, l'ankylophobie qui conduit à mobiliser trop tôt les articulations luxées, expose aux inflammations articulaires, à la distension de l'appareil ligamenteux, à la réparation imparfaite, enfin à la luxation, d'où cette déduction pratique qu'il faut revenir aux traitements rationnels, qui imposent le repos aux organes malades, et repos d'autant plus rigoureux et prolongé que les lésions primitives auront été plus graves.

Depuis bien longtemps, et bien des fois, j'ai réduit des luxations diverses, et j'ai adopté les règles suivantes : si les désordres sont minimes, si la réduction a été faite de très bonne heure et avec peu d'efforts, j'immobilise en moyenne quinze jours ; j'arrive pour le moins à doubler ce temps dans les conditions opposées. Or, non seulement j'en suis encore à voir les inconvénients de cette conduite, mais j'affirme avoir été souvent très surpris, en supprimant l'appareil contentif rigoureusement appliqué, de trouver toute chose en place, une jointure sans gonflement ni douleur, une mobilité inespérée, inattendue, ou tout au plus une légère rigidité, disparaissant d'elle-même d'autant plus vite qu'on ne faisait aucune manœuvre artificielle, ou que, si à la rigueur on voulait absolument faire, conformément à la mode, le sempiternel massage, on se contentait de manipulations sans mobilisation.

(1) *Bull. de la Soc. de chir.*, 1879.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 avril 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre de M. Paul Regnard, qui se porte candidat à la place vacante dans la section de physique et de chimie médicales.

COMMUNICATIONS

Le typhus. — M. BROUARDEL, à l'occasion d'une note adressée par M. Tuefferd (de Montbéliard), dit qu'à l'heure actuelle, des mendiants, des vagabonds transportent et disséminent le typhus sur de nombreux points de la France. Or, beaucoup de médecins passent à côté du diagnoctic. Il faut donc être prévenu, d'autant que, si on fait le dagnostic, il est facile, par des mesures bien prises, d'empêcher la diffusion de la maladie. M. Brouardel cite à ce propos l'exemple de la prison de Mantes, où, grâce à des mesures de désinfection, aucun cas de typhus n'a été constaté, alors qu'il y en a eu beaucoup dans la ville elle-même.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait observer que les adultes n'ont pas le monopole du typhus. On vient d'en constater deux cas chez des petits vagabonds soignés à l'hôpital de la rue de Sèvres. Nombre d'enfants errants, dans le nord

de la France, sont atteints de la maladie et la transportent. M. Dujardin-Beaumetz ajoute qu'il est d'autant plus utile d'être prévenu de ces faits que, chez les jeunes sujets, le diagnostic du typhus est particulièrement difficile.

Des glycéro-phosphates et de leur emploi en thérapeutique. — M. A. ROBIN fait une communication sur ce sujet, dont voici le résumé :

1° Les glycéro-phosphates sont des agents thérapeutiques puissants, qui accélèrent la nutrition générale par l'intermédiaire de leur action sur le système nerveux.

2° Ils reconnaissent la dépression nerveuse comme indication essentielle.

3° En injections sous-cutanées ils produisent des effets au moins aussi énergiques que le liquide testiculaire, qui n'agit vraisemblablement qu'en vertu du phosphate organique qu'il contient. Il pourrait donc y avoir avantage à les employer à la place de ce liquide, puisque l'on substituerait ainsi un produit défini, dosable, à une préparation incertaine, variable et éminemment altérable.

4° Les observations citées plus haut donnent lieu d'espérer que ces injections seront avantageusement utilisées dans le traitement des asthénies nerveuses de causes diverses, des albuminuries phosphaturiques, des phosphaturies, de la maladie d'Addison, de quelques sciatiques et du tic douloureux de la face. Dans l'ataxie locomotrice, les résultats sont plus incertains, et tout paraît se borner à une diminution des douleurs fulgurantes.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 65, majorité 33, M. Bouchacourt (de Lyon) est élu par 55 voix contre 10 données à M. Azam (de Bordeaux).

LECTURES

La fièvre typhoïde à Valenciennes. — M. MANOUVRIEZ (de Valenciennes) dit que, depuis l'aménagement des égouts et l'amenée d'eau potable à Valenciennes, la mortalité par fièvre typhoïde dans cette ville est descendue, de 1884 à 1894, à 3,2 pour 10 000 habitants, alors qu'elle s'élevait dans la décade précédente, de 1874 à 1884, à 9 pour 10000 habitants, c'est-à-dire que la mortalité par cette maladie a diminué des deux tiers environ.

M. BROUARDEL fait observer combien l'exemple de Valenciennes est démonstratif au point de vue de l'influence qu'exerce, sur la diminution de la fièvre typhoïde, l'amélioration de l'alimentation en eau potable dans les villes.

Les renseignements recueillis se rapportent à trois périodes de chacune dix années : la première a précédé une amenée d'eau potable de bonne qualité, et pendant laquelle la mortalité typhoïdique était en moyenne de 12 pour 10000 dans la population civile et s'élevait jusqu'à 21 et même 32 pendant les années d'épidémie. La seconde période est celle qui va depuis l'arrivée de l'eau potable à Valenciennes jusqu'au moment où l'on procéda au curage des égouts et au creusement d'un canal de déviation de l'Escaut; la mortalité typhoïdique était descendue à 9,7.

Déjà l'amenée d'eau avait produit ce résultat; mais elle ne desservait que les trois cinquièmes de la ville, le reste étant alimenté par des puits suspects. Les égouts n'étaient pas creusés et en communication avec le sous-sol; la partie canalisée de l'Escaut, dont l'étiage ne cessait de s'élever et qui recevait le déversement des égouts, produisait également de fréquentes infiltrations et inondations dans la nappe d'eau souterraine; d'où une contamination incessante des eaux consommées dans une partie de la ville, et des contacts infectieux qui n'étaient pas sans influence sur la persistance de la fièvre typhoïde.

Dès que les travaux d'assainissement du sous-sol ont pu être commencés et qu'un canal de dérivation de l'Escaut a permis l'assèchement progressif de la nappe, la mortalité typhoïdique s'est graduellement abaissée jusqu'à 2,7 pour 10000, si bien que Valenciennes est aujourd'hui, au point de vue de cette mortalité, au quarante-quatrième rang sur les deux cents villes les plus peuplées de la France.

Arthrotomie du genou. — M. MOUCHET (de Sens) communique une observation de deux arthrotomies du genou pratiquées chez une hystérique pour extraire des aiguilles introduites volontairement. L'opération a été faite antiseptiquement et la guérison obtenue sans encombre.

Exalgine. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ signale les dangers de l'exalgine donnée à la dose de 50 centigrammes; selon lui, il ne faut pas dépasser les doses de 25 centigrammes en une seule fois.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique infantile (1), par MM. les docteurs LE GENDRE et BROCA.

Bon et excellent livre. Telle est l'impression qui résulte de la lecture du livre de MM. Le Gendre et Broca, qui tous deux, avec leur compétence spéciale bien connue, se sont donné pour tâche de mener à bien ce traité de thérapeutique infantile. Nos lecteurs ont d'ailleurs pu juger des qualités de l'ouvrage, par l'extrait que nous en avons publié (2) avant l'apparition du volume.

Point n'est besoin de discuter l'utilité de cette publication. Chaque médecin s'est trouvé aux prises avec de grandes difficultés, lorsqu'il lui a fallu, dans la pratique, appliquer à l'enfant ses connaissances médicales, presque exclusivement dirigées du côté des maladies des adultes. Réunir en un seul volume les particularités que comporte, chez l'enfant, le traitement des maladies, était une idée heureuse, que les auteurs ont su mener à bien. Leur livre est simple et pratique, essentiellement pratique. Le plan de l'ouvrage est fort bien compris.

Après une introduction sur les caractères spéciaux de la thérapeutique infantile, les auteurs, dans une première partie, étudient les moyens dont dispose cette thérapeutique spéciale. Ils passent en revue successivement l'alimentation de l'enfant avant et après le sevrage, les moyens thérapeutiques externes : chaleur, bains, gymnastique, massage, etc., le mode d'administration et le dosage des médicaments, la manière de formuler, les grandes indications thérapeutiques. La deuxième partie comprend la presque totalité de l'ouvrage, elle est consacrée à la thérapeutique de chaque affection prise isolément. Les auteurs ont adopté l'ordre alphabétique, ce qui est d'une grande commodité : ils ont été dominés par le désir d'être utiles au praticien et ils ont pleinement réussi. L'ouvrage se termine par un formulaire et par un tableau posologique dont nous n'avons point à faire ressortir l'utilité.

Aussi, dans ce cas, il n'est pas banal de dire que ce livre trouvera sa place sur la table de chaque praticien vraiment soucieux de son art.

A. R.

(1) In-8°. Prix : 14 francs. — Paris, Steinheil.

(2) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 114.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats du Bureau central (médecine), admissibles aux épreuves définitives sont : MM. Thoinot, Darier, Dalché, Capitan, Girode, Vaquez, Launois, Barbier, de Gennes et Florand.

— Par arrêté ministériel, en date du 23 avril 1894, la chaire de zoologie et de physiologie animale, près la Faculté des sciences de Lyon, est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Chantemesse, agrégé, est chargé d'un cours de clinique médicale pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Sée.

M. Streiff (Édouard) est nommé préparateur-adjoint du laboratoire de chimie.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Barbé (Henri-Antoine) est institué aide d'anatomie.

— *École de médecine de Besançon.* — M. Bolot, suppléant, est chargé d'un cours de physiologie pendant la durée du congé accordé à M. le professeur Charbonnel-Salle.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Devaux, suppléant, est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle (emploi nouveau).

— La Société médicale de Boulogne-sur-Mer a pris l'initiative de réunir, du 25 au 29 juillet prochain, un Congrès international de bains de mer et d'hydrothérapie marine sous les auspices de M. le professeur Verneuil, membre de l'Institut, et de M. le docteur Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, président de l'Œuvre des hôpitaux marins, qui ont bien voulu en accepter la présidence d'honneur.

Ce Congrès qui promet d'être des plus instructifs et des plus brillants, si nous en jugeons par les adhésions nombreuses venues spontanément des médecins les plus en vue de France, d'Angleterre, de Belgique et de Suisse, viendra compléter, d'une manière utile, la croisade entreprise par les travailleurs de tous les pays contre la tuberculose.

Toutes les questions d'hygiène et de thérapeutique marines y seront traitées. Personne n'ignore le rôle curatif et reconstituant que la mer exerce sur les constitutions débilitées en péril de tuberculose ou en proie à ses multiples manifestations; l'action toute-puissante que le climat marin possède dans les convalescences difficiles; son rôle salutaire pour préparer les grandes opérations chirurgicales et pour en assurer la guérison. Aussi sommes-nous persuadés qu'une grande somme de travaux utiles résultera de ce Congrès et qu'en mettant en lumière les vertus curatives de la mer, la Société médicale de Boulogne-sur-Mer aura rendu service aux praticiens et aux malades de tous les pays.

Le lieu et l'occasion sont d'ailleurs admirablement choisis.

Boulogne-sur-Mer est une des plus agréables stations balnéaires du littoral de la Manche, tout près de Paris, à deux pas de Bruxelles, à la porte de l'Angleterre. Elle est on ne peut mieux située pour une réunion internationale et possède toutes les ressources nécessaires pour mener à bien une pareille entreprise.

On vient d'y achever la construction et l'aménagement d'un établissement hydrothérapique placé au bord même de la mer, conçu avec beaucoup d'intelligence et réunissant tous les perfectionnements les plus récents.

Pour rehausser l'attrait de ce Congrès, nos confrères Boulonnais ont eu l'heureuse idée d'y adjoindre une exposition internationale comprenant les objets utiles aux bains de mer et à l'hydrothérapie marine et en même temps tous les produits de la mer se rapportant à l'hygiène ou à la thérapeutique.

Ajoutez à cela que les fêtes déjà si nombreuses à Boulogne pendant la saison s'annoncent comme devant être particulièrement brillantes, en raison de la circonstance, et vous aurez réuni toutes les conditions d'un succès certain.

— M. le docteur Armand Delpeuch, médecin des hôpitaux, est nommé médecin du lycée Saint-Louis.

— M. Louis Martin, interne des hôpitaux, est nommé préparateur de microbie technique au laboratoire de chimie physiologique dirigé par M. le docteur Roux, à l'Institut Pasteur.

— M. le docteur Allanic, ancien médecin de la marine, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Brest.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cohadon (de Clermont-Ferrand); Gofestre (de Darnétal); Guignon (de Montélimar); Hummel (de Colmar); Labarthe et Landowski (de Paris); Lesauvage (de Monville); Lescarbault (d'Orgères); Letaillieur, chirurgien en chef de l'Hôtel-Dieu d'Alençon; de Lostalot-Bachoué, consul de France à Wellington; Patry (de Sainte-Maure); Potier (de Rouen); Séranes (de Saint-Martin-d'Estréaux); Silly (de Villiers) et Zurkowski (de Dieulouard).

— Les élèves de M. le docteur Pozzi lui offrent un banquet à l'occasion de sa promotion au grade d'officier de la Légion d'honneur. Ceux d'entre eux qui n'auraient pas été prévenus par lettre spéciale et qui désireraient y assister sont priés d'envoyer leur adhésion à ses internes actuels. Le banquet aura lieu samedi prochain 28 avril, à sept heures et demie, chez Lapyerouse, quai des Grands-Augustins.

— M. le docteur Dareste commencera ses conférences pratiques d'embryogénie normale et tératologique, le mardi 8 mai et les continuera les samedi et mardi de chaque semaine au laboratoire de tératologie, à l'École pratique de la Faculté de médecine (bâtiment du Musée Dupuytren).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 29 avril 1894, au crématoire du cimetière du Père-Lachaise, à neuf heures et demie très précises du matin.

— La *Correspondance de Strasbourg* publie la liste du personnel médical exerçant en Alsace-Lorraine, au 1er janvier 1894. Il se composait à cette époque de 619 médecins, 10 médecins-dentistes, 123 vétérinaires et 230 pharmaciens. Le nombre des médecins et des médecins-dentistes était le même au 1er janvier 1893 ; celui des vétérinaires était inférieur de 2 ; celui des pharmaciens de 1. Sur les 619 médecins en question, 277 sont établis dans la Basse-Alsace, 138 dans la Haute-Alsace et 204 en Lorraine. Il y a 8 médecins-dentistes établis dans la Basse-Alsace, 1 dans la Haute-Alsace, 1 en Lorraine.

48 vétérinaires exercent dans la Basse-Alsace, 21 dans la Haute-Alsace et 54 en Lorraine. Les pharmaciens sont répartis comme suit : Basse-Alsace 94, Haute-Alsace 66, Lorraine 70. Ne sont portés sur la liste que les pharmaciens propriétaires ou gérants de pharmacies. Il n'est pas fait mention des volontaires d'un an qui font leur service comme médecins ou pharmaciens dans les hôpitaux militaires.

Exercent en vertu de diplômes allemands : 527 médecins, 209 pharmaciens, 45 vétérinaires et les 8 médecins-dentistes.

Exercent en vertu de diplômes français : 90 médecins, 21 pharmaciens, 22 vétérinaires.

Dans le nombre des 619 médecins d'Alsace-Lorraine sont compris 143 médecins militaires et dans le nombre des 123 vétérinaires, 55 vétérinaires militaires.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Indications de la thoracentèse.

Par G. Caussade,
Ancien interne des hôpitaux de Paris.

Les discussions sur la thoracentèse, qui ont eu lieu à l'Académie de médecine en 1892, ont essayé de faire revivre les anciennes accusations adressées à cette opération. Tout en réfutant victorieusement ces dernières, M. le professeur Dieulafoy a formulé de nouveau d'une manière très précise les indications de la thoracentèse sur lesquelles il a insisté de nouveau à la Faculté, dans son cours de cet hiver. Nous avons essayé de reproduire ces indications dans cette Revue, en prenant la question dans son ensemble, en examinant, d'une part, les cas dans lesquels la thoracentèse est urgente, d'autre part, les cas dans lesquels elle est discutable, et en étudiant d'une manière minutieuse et rigoureuse les moyens dont on dispose pour connaître, autant que la clinique nous le permet, le moment précis où s'impose la ponction aspiratrice.

I

La thoracentèse est urgente. — Nous nous occuperons d'abord des pleurésies séreuses.

« L'urgence de la thoracentèse ne peut et ne doit être basée que sur la quantité du liquide épanché. Que le malade ait de la fièvre ou non, qu'il soit ou qu'il ne soit pas oppressé, ce sont des conditions secondaires, il faut, avant tout, consulter la quantité du liquide épanché; s'en rapporter aux signes fonctionnels, la dyspnée, la fièvre, la douleur, serait commettre une grave erreur » (Dieulafoy). En effet, ce qui constitue essentiellement le danger dans les pleurésies avec épanchement, c'est la quantité de ce dernier et, pour préciser, nous dirons : « Quand on peut évaluer un épanchement à une quantité égale ou supérieure à 1800 grammes de liquide, il faut opérer, car on doit redouter l'accident le plus grave de la pleurésie : la mort subite. » Cette complication est plus fréquente qu'on ne le croit généralement; elle se produit plus souvent avec les épanchements séreux et au cours des pleurésies aiguës que dans les épanchements purulents et dans les pleurésies chroniques.

Les cliniques de Trousseau, la thèse de Négrié (1864), celles de Tondut et Puissant (1865 et 1869), les thèses de Foucart (1875), de Davy (1876), les mémoires des élèves de M. le professeur Dieulafoy (1), les communications récentes de M. le professeur Dieulafoy et de M. le professeur Potain, à l'Académie de médecine, 1892, en France, les revues étrangères, entre autres le *Glascow med. Journal*, mai 1887, en contiennent de nombreux exemples. Il ne serait pas sans intérêt de recueillir tous les faits épars se rattachant à cette complication importante de l'évolution de la pleurésie séreuse. Un certain nombre de praticiens nous ont dit avoir observé cet accident ces temps derniers, et tout récemment un de nos amis nous communiquait un nouveau fait de ce genre. Nous ne nous arrêterons pas à discuter la pathogénie de la mort subite, mais il faut dire tout de suite qu'elle est signalée plus souvent dans les pleurésies droites que dans les pleurésies gauches, comme l'a prouvé le professeur Dieulafoy par la statistique qu'il a donnée à l'Académie de médecine, ce qui ruine du premier coup la théorie de la compression du cœur et de la torsion des vaisseaux de la base; nous devons ajouter que dans toutes les observations citées, on note des épanchements de 1 litre 800, 2 litres, 2 litres et demi, de 3 litres. A l'autopsie, on ne trouve aucune lésion des vaisseaux; il n'y a pas de thrombose des veines pulmonaires, il n'y a pas de caillots dans le cœur; les artères du cerveau sont saines. On a signalé des cas de mort à la suite de thromboses des veines pulmonaires, à la suite de lésions cardiaques (dégénérescence graisseuse) avec thromboses cardiaques, à la suite d'embolies cérébrales, mais nous ne faisons nullement allusion à ces cas dans lesquels, d'ailleurs, on ne trouve à l'ouverture de la cage thoracique que des épanchements de 700 grammes comme dans l'observation de Blachez, de 1 litre, 1 litre et demi comme dans celle de Weil (2). Dans ces observations, il est noté que la mort est survenue rapidement au milieu de phénomènes d'asphyxie et de dyspnée intense. Les lésions expliquent suffisamment la terminaison fatale dans tous ces derniers cas; dans la mort subite, au contraire, accident qui est beaucoup plus fréquent que la mort rapide par lésions artérielles ou cardiaques, seule la quantité de

(1) Dieulafoy. *Arch. gén. de méd.*, 1883-1886.
(2) Weil. *Rev. de méd.*, 1887.

l'épanchement doit être incriminée sans que l'on puisse exactement en faire la pathogénie. Généralement, le tableau clinique est essentiellement différent de celui que donne la mort rapide et même la mort qui survient à la suite d'épanchements trop considérables qui tuent par asphyxie. Quand il en est ainsi, la mort est précédée d'une gêne très marquée de la respiration. Le malade, quand il peut se livrer à ses occupations ordinaires, est sujet à des défaillances, à des lipothymies, à des syncopes qui peuvent se répéter à des intervalles de un ou de plusieurs jours, lorsque l'asphyxie augmente plus ou moins brusquement, et le pleurétique meurt en quelque sorte étouffé. Nous citerons comme exemple le plus illustre de cette mort, celle de Hoche (1). La mort subite, au contraire, survient de la façon suivante : tantôt le malade, n'éprouvant aucune gêne respiratoire, ne sentant aucune oppression, vaque à ses occupations lorsqu'il tombe tout d'un coup foudroyé ; tantôt, porteur d'un épanchement que l'on surveille de loin en loin, il se lève, il marche, sujet à quelques défaillances, lorsque, tout d'un coup, il pousse un cri, il est mort ; tantôt, considéré comme atteint d'une légère fatigue, le malade reste couché, on l'ausculte, on trouve un épanchement considérable, on n'intervient pas immédiatement et, le lendemain, le pleurétique est trouvé mort dans son lit. Ou bien le malade, en proie à un malaise général, passe la nuit à se plaindre et meurt en se retournant dans son lit. Dans d'autres circonstances, la soudaineté de la mort a lieu deux jours ou douze heures après une première ponction ; le médecin se fiant au calme du malade ne surveille pas l'épanchement le lendemain de son opération et, le lendemain, une quantité de liquide, aussi considérable que la veille, s'est collectée de nouveau dans la plèvre. De ce fait, on a eu à déplorer des cas de mort subite comme il en est rapporté un exemple consigné dans la thèse de Sédillot ; on en trouve d'autres exemples dans la thèse de Foucart. Nous insisterons sur le fait suivant, c'est que tous les malades auxquels nous faisons allusion sont morts sans dyspnée, le plus souvent sans présenter de phénomènes fonctionnels et sans fièvre. La dyspnée est, en effet, un signe infidèle et trompeur, comme le dit M. le professeur Dieulafoy, elle peut faire défaut avec de gros épanchements et exister avec des épanchements relativement peu considérables. Si, avec ces derniers, on constate un certain degré d'oppression et de la gêne respiratoire, il ne faut pas s'exagérer le danger de la pleurésie. Derrière l'épanchement, se cachent des lésions pulmonaires cardiaques, et quelquefois rénales.

Nous conclurons donc que nul autre moyen ne peut nous rendre plus de services pour apprécier le danger d'une pleurésie que l'évaluation directe de la teneur de la cavité pleurale en liquide. Pour faire cette évaluation, il faut recourir aux signes physiques qui, seuls, peuvent nous donner des indications sûres et certaines.

Piorry et Damoiseau, en 1843, avaient déjà tracé sur le thorax les courbes que dessinait le niveau supérieur des épanchements pleurétiques. Garland, en Amérique, s'est livré à des recherches importantes à cet égard (2). M. le professeur Pitres (de Bordeaux), en 1882, dans une série de recherches entreprises avec MM. Prioleau et Ramey (3) est arrivé à déterminer exactement le niveau de la courbe supérieure du liquide pleural et le *déplacement* que la sérosité fait subir aux organes circonvoisins, suivant les différents niveaux qu'elle occupe dans la plèvre.

La thèse de M. Ramey, après le travail de M. Prioleau (1), basé sur l'expérimentation contrôlée par la clinique, a une réelle valeur. Parmi les nombreux résultats auxquels ces auteurs sont arrivés, nous retiendrons les suivants :

1° Entre 800 et 1 200 grammes, la courbe de matité supérieure décrit en avant un S dont la partie moyenne saillante répond au milieu du quatrième espace intercostal et dont les extrémités sont situées, en dedans, au-dessous du sixième cartilage chondro-sternal, en dehors, au milieu du cinquième espace intercostal, en bas, la matité répond au rebord inférieur des fausses côtes. Si le malade est debout, la ligne de matité devient horizontale et répond au milieu du troisième espace intercostal. En arrière, la limite supérieure de l'épanchement est formée par une ligne convexe dont le sommet de la courbe atteint seulement la pointe de l'omoplate, puis, en dedans, la ligne se recourbe de façon à former l'angle de Garland ; elle atteint la colonne vertébrale au niveau de la huitième vertèbre dorsale. La ligne inférieure est horizontale. La partie inférieure de cette zone est mate, le tiers supérieur est submat. L'angle de Garland est très net. L'espace de Traube est conservé ;

2° A partir de 1 500 grammes, le malade étant couché, la limite supérieure de l'épanchement en avant est formée par une ligne convexe dont la partie la plus saillante de la convexité atteint à peu près le deuxième espace intercostal et les limites, externe descend dans la ligne axillaire, interne vers la cinquième articulation chondro-sternale. La ligne inférieure horizontale répond au rebord des fausses côtes. Si le malade s'assied, la ligne supérieure devient horizontale et répond au troisième espace intercostal, au bord supérieur de la côte sous-jacente. En arrière, l'angle de Garland est très accusé. La ligne supérieure passe par le tiers inférieur de la fosse sous-épineuse et, de là, s'infléchit vers la ligne axillaire pour rejoindre la ligne supérieure de la matité en avant ;

3° A partir de 1 600 grammes en arrière, le malade étant assis, l'épanchement est compris entre la ligne de matité supérieure qui passe par le milieu de la fosse sus-épineuse et l'extrême base de la poitrine. L'angle de Garland est conservé. Il mesure en hauteur 3 centimètres ;

4° A partir de 1 800 grammes, le malade étant couché, la limite de la matité part du milieu du troisième espace intercostal et descend en échelle jusqu'au cinquième espace intercostal, en dedans. Assis, le niveau est représenté par une ligne horizontale prenant à peu près en entier le second espace intercostal. Le niveau remonte de 4 centimètres. En arrière, l'angle de Garland est très prononcé. La limite supérieure de la matité passe par le tiers inférieur de l'omoplate. Il y a deux zones de matité : le tiers supérieur étant submat, les deux tiers inférieurs donnent de la matité hydrique ;

5° A partir de 1 900 grammes, la ligne supérieure, que le malade soit couché ou assis, répond à la clavicule ; la limite interne est représentée par une ligne dépassant le bord du sternum du côté opposé de quelques centimètres. La ligne inférieure occupe la base du thorax. L'espace de Traube disparaît seulement à partir de ce moment. En arrière, la limite

(1) *Arch. de méd. milit.*
(2) Garland. *Boston med. Journ.*, 1874.
(3) Ramey. Th. de Bordeaux, 1883.

(1) Prioleau. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 1883-1884, t. XIII, p. 328-330.

supérieure répond à la fosse sus-épineuse. Plus d'angle de Garland. Toute la zone postérieure est mate. Il n'y a pas de degré dans la matité ;

6° A partir de 3 litres, la limite supérieure est la même que précédemment, mais l'épanchement appuie sur le diaphragme et dépasse de 1 centimètre les fausses côtes. Plus de déplacement de niveau, que le malade soit couché ou assis. En arrière, l'épanchement s'étend depuis la fosse sus-épineuse jusqu'à la base. Mais en avant, l'épanchement dépasse fortement le bord sternal du côté opposé. Non seulement l'espace de Traube a disparu, mais aussi l'hypocondre et le flanc peuvent être envahis par l'épanchement qui bombe fortement dans l'abdomen : la ligne inférieure est convexe. En avant et en dedans, l'épanchement gagne le bord opposé du sternum et le dépasse de 15 centimètres. En arrière, la matité est absolue de bas en haut.

Ces données générales ont été contrôlées un grand nombre de fois. En principe, et sans s'attacher aux détails, on peut leur accorder une certaine valeur. Nous ferons remarquer que, quand on a affaire à des grands épanchements purulents, les lignes de niveau sont moins élevées que pour un épanchement de même quantité évaluée en sérosité. Les mémoires de MM. Pitres, Prioleau, Ramey contiennent des indications précises sur les divers déplacements que le liquide fait subir au poumon seulement. Ils ne parlent pas du cœur. Nous y insisterons plus loin ; nous dirons seulement que, en supposant toujours la cavité pleurale libre d'adhérences, le poumon a de la tendance à se détacher, le premier, du diaphragme ; que, dans les premiers jours, c'est aux dépens du refoulement de cet organe que le liquide arrive à se loger dans la cavité pleurale, qu'à 800 grammes et 1 litre, la dépression du diaphragme se fait sentir, que le liquide, dès le début, s'insinue sous la partie latérale du poumon et qu'il y a presque toujours, à partir de 500 grammes, une infiltration pariétale du liquide qui rampe contre le poumon qui se trouve situé au-dessus de la plus grande partie de la masse liquide comprise en bloc entre le diaphragme en bas et la face inférieure du poumon en haut.

Cette infiltration pariétale et latérale est l'indice que le poumon, avec des épanchements de 1800, 2000, 2500, 3000 grammes, est tourné progressivement par la masse liquide et renversé en arrière pour être aplati en dernier ressort contre la colonne vertébrale. M. Pitres, par ses recherches, combat cette opinion, admise autrefois sans contestation, que le liquide commence à s'accumuler le long de la colonne vertébrale lorsque le malade reste couché.

Il ne faut pas oublier que les adhérences pleurales déterminent par leur disposition et leur trajet des variations dans la ligne de niveau des épanchements. M. Ramey, dans sa thèse, a figuré de vastes zones mates suspendues au-dessus de zones claires étendues. La clinique, en les déterminant, s'est trouvée vérifiée par l'autopsie. Le professeur Potain et Luzzato ont montré que les épanchements pouvaient prendre des formes spéciales au début, pendant leur période d'accroissement et que celles-ci étaient quelquefois en rapport avec la profession du malade. Telle cette lavandière, citée par Luzzato, qui avait continué à travailler le corps penché en avant et qui avait une matité plus haute en avant qu'en arrière. Les tumeurs abdominales aussi modifient la forme des épanchements. Une pleurésie survenant à une période avancée de la grossesse peut arriver, par suite du refoulement du diaphragme en haut, à donner une large zone mate très allongée horizontalement et comprise entre deux régions sonores supérieures et inférieures et s'avançant fortement du côté opposé. Enfin l'état du poumon modifie encore la disposition de la matité. On peut trouver, nous le savons déjà, une zone submate au-dessus d'un plan franchement mat. Cette submatité peut appartenir soit au poumon congestionné, soit à des fausses membranes repoussées par le liquide qui s'élève.

De quels moyens dispose-t-on pour reconnaître les degrés d'élévation d'un épanchement dans la cavité pleurale ?

Quand un épanchement est en voie d'accroissement et surtout quand il commence à acquérir un volume considérable, l'hématose s'exerce mal. Pendant le sommeil, le malade est soumis à une véritable asphyxie mécanique. Il se réveille et faisant alors des inspirations profondes et répétées, combat l'asphyxie menaçante, il s'oxygène, puis il se rendort. L'asphyxie recommence comme précédemment, le malade se réveille de nouveau et ainsi se produisent une série de moments pendant lesquels le pleurétique se réveille et se rendort successivement. Si l'hématose s'effectue dans des limites bien restreintes, par suite du volume très considérable de l'épanchement, le malade asphyxiant sans cesse reste constamment éveillé ; l'insomnie est complète. Ces renseignements précieux, fournis par le malade lui-même, constituent un signe excellent pour juger l'accroissement de l'épanchement. Étudié et interprété par M. Duguet, ce signe peut rendre de grands services ; M. Duguet dans son service à l'hôpital Lariboisière, en montre fréquemment toute la valeur clinique.

L'ampliation du thorax ne donne pas de renseignements très exacts. Avec ce signe, on ne peut qu'affirmer l'existence d'une vaste collection et quand l'ampliation thoracique devient visible il y a longtemps que l'épanchement est dans sa phase dangereuse. Le professeur Pitres et son élève Dumont (1) ont étudié les déformations diverses que présente la cage thoracique au cours d'épanchements pleuraux considérables. Ces auteurs rectifiant quelques erreurs de Woillez ont montré d'une façon précise comment se forme et apparaît la voussure du thorax. Des conclusions de leur travail, nous ne retiendrons que le résultat pratique, entre autres les services que peut rendre le signe du cordeau qui, en prenant la ligne médiane du corps comme point de repère, montre facilement l'entraînement du côté sain vers le côté où siège l'épanchement quand il est considérable.

Le professeur Dieulafoy insiste plus volontiers sur les signes physiques qui ont, pour lui, une réelle importance. Citons, tout d'abord, l'abolition des vibrations thoraciques : quand on veut les constater, il faut avoir soin de faire parler le malade à voix basse, la voix trop éclatante pouvant se transmettre à travers des couches peu épaisses de liquide et effacer les nuances, quand elle traverse des régions mates et submates. En général, la limite où on cesse de percevoir les vibrations thoraciques indique la limite supérieure de l'épanchement. Toutefois, elles peuvent persister avec une collection pleurale abondante (2) ; cette persistance insolite peut avoir pour cause l'existence d'adhérences anciennes (Lépine).

La percussion permet facilement de reconnaître les niveaux des épanchements tels que nous l'avons indiqué plus haut, mais cette percussion (Dieulafoy) doit être légère au point

(1) DUMONT. Th. de Bordeaux, 1883, p. 33.
(2) BOURCHIER. Th. de Paris, 1883.

de devenir un véritable frôlement, elle doit être pratiquée avec un seul doigt sur un seul doigt appliqué sur la paroi thoracique. Ainsi se détache très nettement la matité hydrique et, en procédant méthodiquement des parties inférieures aux parties supérieures du thorax, on note très nettement toutes les variétés de son que peuvent donner, d'une part, les épanchements que leur contenu sanguin ou purulent rapproche des milieux solides et, d'autre part, tous les degrés de tonalité différents que peut donner la congestion pulmonaire plus ou moins intense. Pour apprécier ces différentes modifications qui surviennent dans la plèvre et le poumon, on peut recourir aussi à l'auscultation plessimétrique dont Cammam et Clarke, en Amérique (1), ont fait revivre un signe auquel Pitres accorde un certain crédit. Nous voulons parler de la percussion métallique combinée à l'auscultation dans le diagnostic des épanchements liquides de la plèvre (2). Pitres et Sieur ont syntéthisé ce titre, sous le nom du *signe du sou*. On le constate de la façon suivante : on applique un sou sur la paroi thoracique, on frappe avec un autre sou sur le premier et en même temps on applique l'oreille sur la partie du thorax diamétralement opposée. On perçoit alors un son clair, bref, légèrement argentin, qui se produit *immédiatement* au-dessous de l'oreille, quand il y a du liquide dans la plèvre ; quand il y a à la fois pleurésie et lésion pulmonaire, comme il ne se transmet qu'au niveau du liquide, il indique nettement la hauteur de l'épanchement, laquelle, d'après Pitres et Sieur, n'est pas déterminée d'une manière aussi précise par la percussion. Le souffle de la pleurésie nous donne, en outre, des renseignements très exacts sur la quantité du liquide pleural. Lointain et voilé, prenant naissance à l'expiration, à la fin de l'expiration seulement, il indique de petites collections pleurales (Dieulafoy), il devient ample, presque caverneux et prend un timbre amphorique dans les gros épanchements (Landouzy, Fremont, th. 1885). Dans les cas intermédiaires ce souffle doux de l'expiration affecte un caractère bronchique et s'entend aux deux temps de la respiration, il disparaît quand la sérosité est considérable ; le souffle de la pleurésie a donc, par lui-même, une certaine importance et il permet souvent, par les caractères que nous lui connaissons et par le siège qu'il occupe au niveau du thorax, de nous renseigner sur la valeur de l'épanchement. Cependant, quand à la pleurésie, ce qui est fréquent, est associée de la congestion pulmonaire (3), on observe des modifications importantes dans la forme et la situation de l'épanchement; le souffle pleurétique peut être modifié par la lésion pulmonaire sous-jacente et il s'agit d'interpréter ces modifications. Voici, dans le cas particulier, les différentes erreurs que l'on est exposé à commettre, si on ne note pas attentivement les qualités du souffle de la pleurésie. On peut supposer qu'il existe un épanchement assez vaste alors que le liquide qui baigne la plèvre est insignifiant par sa quantité et inversement la sérosité pleurale offre un volume assez considérable, mais la congestion intense du poumon nous empêche de l'apprécier. La question se juge par le degré d'affaissement du poumon. Est-il sain ? il se rétracte à mesure que le liquide augmente dans la plèvre et il tend à lui faire place, se laissant déprimer sans peine et s'élevant au-dessus de lui en raison de sa légèreté spécifique. Est-il congestionné, au contraire ? il cesse de se rétracter, il résiste à la compression, et, en raison de l'augmentation de son poids, plonge au milieu du liquide qu'il oblige à s'élever tout autour de lui (Potain). Cette congestion pulmonaire, qui présente des degrés d'intensité très variables, suivant les cas, doit être évaluée en clinique. Directement il est impossible de l'estimer, mais on peut en apprécier la présence et, jusqu'à un certain point, le degré par le caractère plus ou moins tubaire du souffle constaté au niveau de l'épanchement et par le niveau plus ou moins inférieur, auquel s'abaissent et ce souffle et le retentissement vocal et les vibrations thoraciques (Potain).

Le niveau du liquide peut être, en effet, très élevé, la matité peut remonter très haut, on peut constater d'autres symptômes indiquant la limite supérieure de l'épanchement comme très haute et n'être nullement obligé de recourir à la thoracentèse, si les signes que nous venons d'énumérer s'entendent dans les régions inférieures de la plèvre. Dans ce cas, on a encore un moyen précieux dans l'auscultation même pour juger l'état congestif du poumon. Dans les zones du poumon que ne baigne pas le liquide, on peut découvrir une crépitation limitée à l'inspiration et à la fin de l'inspiration ; c'est un râle fin et superficiel. Il est l'indice d'une lésion congestive légère du poumon avoisinant la plèvre. Une oreille exercée peut reconnaître cette congestion et la distinguer des lésions pleurales et des frottements.

S'il est possible, dans quelques cas, de confondre une congestion pulmonaire avec un épanchement et vice-versa, en supposant que congestion et épanchement existent à l'état isolé, s'il est vrai qu'on risque souvent soit de ponctionner le poumon hépatisé, soit de méconnaître une pleurésie, à combien d'erreurs n'est-on pas exposé quand il faut faire la part de ces deux éléments, quand ils coexistent ? La clinique, en nous offrant cette association fréquente, nous ménage des surprises gênantes et peu flatteuses pour l'amour-propre médical. Ceux qui ont été les victimes de pareilles surprises comprendront l'importance qu'on doit attacher à tous les signes physiques. L'auscultation nous donne de précieux renseignements ; le degré d'intensité plus ou moins marquée du murmure vésiculaire, l'égophonie et la pectoriloquie aphone interprétés habilement nous aideront dans la soluion d'un problème diagnostique qui s'annonçait comme fort difficile. Quand on examine un épanchement, le murmure vésiculaire disparaît et s'atténue graduellement de haut en bas, sa disparition complète s'observe dès qu'on arrive sur les premières lames de liquide et quelquefois un peu avant. Le murmure vésiculaire est étouffé par l'abondance des frottements pleuraux ou par un certain degré de congestion pulmonaire concomitante.

Dans cette zone indécise et difficile à interpréter pour l'oreille, l'égophonie et la pectoriloquie aphone acquièrent leur maximum d'intensité. C'est là que l'oreille peut placer le niveau supérieur du liquide, la résonnance de la voix modifiée dans ses caractères se produit surtout à sa surface où elle flotte en quelque sorte (Dieulafoy).

Tant que le niveau de l'épanchement est peu élevé, il répond à l'angle inférieur de l'omoplate et c'est dans cette région que l'égophonie et la pectoriloquie aphone ont leur maximum d'intensité. Mais ces deux signes qui marchaient de pair et subissaient les mêmes modifications, quant à

(1) Clarke. *New-York Med. Journ. of Med. and Surgery.*

(2) Sieur. Th. de Bordeaux, 1883.

(3) Potain. *Gaz. des hôpit.*, 1881, 1885. — Congr. du Havre, 1877. — Thèse de Ferrand, 1878. — *Union méd.*, 1890. — *Acad. de méd.*, 1892.

leur intensité, quand l'épanchement était peu considérable, se dissocient et prennent des allures différentes à mesure que l'inondation gagne les parties supérieures de la plèvre.

L'égophonie devient moins nette, se rapproche de la résonance bronchophonique, tandis que la pectoriloquie aphone conserve tous les caractères qu'elle avait avec les épanchements moyens ; cependant la pectoriloquie aphone peut s'exagérer quelquefois avec de gros épanchements, mais alors il faut supposer que le liquide ne présente pas une masse trop considérable et que le poumon déprimé n'est pas trop éloigné de la paroi thoracique. On peut être certain que l'épanchement occupe la plus grande partie de la plèvre quand la pectoriloquie aphone se perçoit encore; c'est, de tous les signes fournis par l'auscultation, le dernier qui persiste avant que le parenchyme pulmonaire soit définitivement comprimé. Quand l'inondation pleurale est complète, le liquide épanché dans la plèvre a délogé le poumon, l'a privé de toutes ses fonctions et rejeté à l'état de languette inerte le long de la colonne vertébrale, où il ne permet de déceler sa présence par aucun symptôme. C'est la réunion et la comparaison de tous ces signes fournis par l'inspection de la poitrine, la percussion, la palpation et l'auscultation du thorax et du poumon qui servent à faire reconnaître un épanchement et à donner sa mesure et même, dans de certaines limites, à le chiffrer. D'après Dieulafoy et Pitres on peut diviser, en général chez un adulte bien constitué, les épanchements en trois catégories : les petits, les moyens et les grands, sont compris, les premiers entre 500 et 1000 grammes, les seconds entre 1000 et 1800 grammes, les troisièmes entre 1800 grammes et au-dessus. Si l'on veut se reporter seulement aux signes énumérés plus haut, on arrivera facilement à l'estimation de la quantité de l'épanchement [Dieulafoy, Pitres (1)]. Dans les petits épanchements, le liquide ne remonte pas en arrière au delà de la pointe de l'omoplate, la limite inférieure de l'épanchement est tracée par une ligne courbe à convexité inférieure, le souffle s'entend à la fin de l'expiration et au niveau de l'angle de l'omoplate, la pectoriloquie aphone et l'égophonie ont leur maximum d'intensité à ce niveau. Dans les épanchements moyens, la ligne de niveau passe en arrière par le tiers inférieur de l'omoplate, il y a une légère déformation du thorax, le souffle prend un caractère bronchique, l'égophonie se rapproche de la résonnance broncho-phonique et la pectoriloquie persiste avec les mêmes caractères que précédemment. Dans les gros épanchements, la ligne de niveau répond à la fosse sus-épineuse, le souffle s'entend à peine ou disparaît le plus souvent, l'égophonie disparaît également, la pectoriloquie aphone persiste et quelquefois est exagérée. Quand l'épanchement est très considérable (2,5 à 3 litres), il y a ampliation de la cage thoracique, la matité est absolue, la pectoriloquie aphone a disparu ; et dans les épanchements très considérables la pleurésie se révèle par des signes pseudo-cavitaires. La pleurésie purulente à gros épanchement ne donne quelquefois naissance à aucun de ces signes et ne se laisse diagnostiquer parfois que par l'ampliation thoracique très marquée et une dyspnée intense. On peut encore et surtout tenir compte, pour estimer la quantité du liquide pleural, des lignes de niveau que nous avons étudiées précédemment. C'est au clinicien à savoir grouper tous ces signes en vue de cette estimation et les interpréter; comme nous l'avons vu, les lésions pulmonaires les modifient et, d'après les modifications qu'ils éprouvent, on peut arriver à déterminer exactement les lésions pulmonaires et la quantité du liquide épanché. Cette recherche est délicate, la clinique apprend à distinguer toutes les nuances nécessaires pour faire un diagnostic exact. Mais à côté des symptomes énumérés plus haut et qui n'ont de la valeur que lorsqu'ils sont associés, il en est d'autres qui ont une valeur absolue : le déplacement du cœur et du foie, la délimitation de l'espace de Traube, et le son skodique. Le cœur, en effet, à mesure que le liquide augmente, est refoulé progressivement, sa pointe déplacée est une véritable aiguille manométrique qui indique la quantité de l'épanchement (Dieulafoy). Entre 500 et 1000 grammes, elle bat entre le sternum et son siège normal; entre 1000 et 1800 grammes elle tend à se rapprocher de plus en plus du bord gauche du sternum au point de la toucher et de la dépasser légèrement; entre 1800 et 2000 grammes, elle se trouve sous la partie médiane du sternum et tend à s'en éloigner. On comprend ainsi pourquoi le diagnostic quantitatif des épanchements est beaucoup plus aisé à gauche qu'à droite. Nous savons, en outre, que le foie ne se laisse abaisser que dans les gros épanchements, le diaphragme soutenu par lui résistant à des collections pleurales de moyenne intensité; à 1800 grammes environ sa convexité s'efface et il est repoussé hors de sa place habituelle. Il en est de même pour la rate (Leudet). L'espace de Traube s'efface et disparaît à partir de 1900 grammes environ (expérience de Pitres).

Le son skodique apparaît quand l'épanchement mesure 1 litre environ. A partir de 2 litres, la submatité le remplace, mais on se souviendra que dans quelques cas ce signe, qui est l'indice du refoulement et du tassement des parties supérieures du poumon sous la clavicule, peut se produire à la suite de l'hépatisation de ses lobes inférieurs (1). En résumé, il est donc nécessaire de faire un examen méthodique et minutieux de la poitrine pour estimer la quantité de l'épanchement, et il faut ponctionner, dès qu'on l'estimera à 1800 grammes ou environ. A fortiori, la thoracentèse sera indiquée si on se trouve en présence d'un malade, qui, avec les signes d'un épanchement considérable, présente de la dyspnée et est en menace d'asphyxie. Attendre que l'ampliation du thorax se soit produite et se décider à intervenir en se guidant simplement sur les signes donnés par la voussure du thorax, la sensation de plénitude et de tension de la poitrine (2), c'est faire courir au malade les risques de la mort subite. Cependant, si, jusqu'à un certain point, on trouve difficile l'évaluation du liquide, telle que nous l'avons indiquée, on peut se baser sur l'ensemble des signes suivants pour être sûr que la thoracentèse est urgente, car, dès qu'on les a constatés, l'épanchement avoisine 2 litres.

« Quand, dans une pleurésie gauche, la matité et l'absence de vibrations thoraciques remonte en arrière jusqu'à l'épine de l'omoplate, lorsque la matité remplace en avant, à la région claviculaire, la tonalité élevée du son skodique, lorsque enfin le maximum du bruit systolique cardiaque siège au bord droit du sternum ou entre le sternum et le sein, bien qu'à ce moment la cavité pleurale ne

(1) Leçons recueillies par M. Prioleau à la clinique du professeur Pitres, Bordeaux 1883.

(1) Gombault. Soc. anat., 1890.

(2) Bouilly. *Recherches sur les rapports qui existent entre les signes de la pleurésie et la quantité de l'épanchement*, 1876.

soit pas remplie au maximum, de tels signes dénotent chez un adulte que l'épanchement avoisine 2 litres; dès lors, la thoracentèse est urgente, elle s'impose » (Dieulafoy).

Pour le professeur Potain, si l'on acquiert la conviction que le poumon est affaissé, si l'on constate quelques signes de distension de la cavité pleurale, il faut opérer. Il faut se souvenir de ce précepte du professeur Dieulafoy que, dans ces conditions, remettre au lendemain la thoracentèse est une formule malheureuse qui coûte la vie au malade.

Indépendamment de ces cas, la thoracentèse est encore urgente en présence de lésions du cœur ou du péricarde et, en présence d'épanchements hémorragiques ou purulents, lorsque ces derniers se présentent dans l'état suivant. Les épanchements hémorragiques de nature cancéreuse ou tuberculeuse déterminent des phénomènes d'asphyxie, de douleur et de dyspnée tellement violents que la thoracentèse s'impose souvent avant que le liquide soit très abondant, mais, disons-le, à titre purement palliatif. Quant à la pleurésie purulente, quelle qu'en soit la nature, elle ne nécessite d'urgence l'intervention et la thoracentèse que dans des limites restreintes, à savoir : « Quand le malade arrive avec un gros épanchement, quand le cœur est refoulé, la dyspnée intense, l'asphyxie menaçante, et la mort à redouter si l'intervention immédiate n'est pas pratiquée. La thoracentèse est alors un moyen palliatif qui ne préjuge en aucune façon de l'intervention ultérieure » (Debove et Courtois-Suffit). C'est dans les mêmes conditions que la thoracentèse doit être pratiquée d'urgence dans le pneumothorax. M. Faisans (1) a cité un cas de pneumothorax total dans lequel le poumon étant refoulé et comprimé, dans le fond de la gouttière vertébrale, la thoracentèse amena la cessation de la dyspnée et de l'asphyxie.

MM. Gaillard et Catrin (2) ont rapporté deux observations semblables et, chez leurs malades, ils firent disparaître immédiatement les phénomènes graves d'asphyxie en enlevant de la plèvre la totalité des gaz qui y étaient contenus; ils auraient guéri ainsi radicalement le pneumothorax. M. Rendu conseille une intervention plus prudente en faisant, dans ces cas, une thoracentèse partielle.

II

La thoracenthèse est discutable. — Trois conditions rendent la thoracentèse discutable :

1° On se trouve en présence d'une pleurésie séreuse accompagnée d'une température élevée, la décroissance de l'épanchement se fait lentement, difficilement, et le liquide semble rester stationnaire ;

2° On se trouve en présence d'une pleurésie purulente. Dans quelles conditions la thoracentèse peut-elle rendre des services, quand doit-elle être préférée à la pleurotomie ?

3° En face d'un hydro-pneumothorax récent, d'un pyopneumothorax sans phénomène d'hecticité marquée et sans lésions pulmonaires avancées, un médecin est-il autorisé à se servir de la thoracentèse seule dans le premier cas, avec injections antiseptiques, irritantes et modificatrices dans le second ?

1° Le professeur Dieulafoy a résolu le premier problème avec sa compétence bien connue. « Si, dit-il, la décroissance de l'épanchement se fait naturellement et si sa résorption paraît devoir être rapide, il est inutile d'intervenir; mais, si le liquide épanché reste stationnaire ou si la résorption paraît devoir être lente et difficile, il faut retirer le liquide.

Les organes déplacés s'immobilisent dans des positions vicieuses, le poumon aplati et adhérent respire mal; deux des principales fonctions de l'économie sont compromises, l'hématose et la circulation, sans compter le passage de la phlegmasie à la chronicité et la porte ouverte à la purulence. La thoracentèse pratiquée au moment voulu peut abréger de plusieurs semaines la durée de la maladie; elle fait tomber le reliquat de fièvre qui accompagne souvent les épanchements lents à se résorber » (Dieulafoy).

2° La thoracentèse est un procédé curatif dans la pleurésie purulente et doit être préférée à la pleurotomie dans les deux cas suivants que MM. Debove et Courtois-Suffit ont bien mis en lumière.

Si on a affaire à une pleurésie aiguë dont l'examen bactériologique montre un bacille peu actif en général et peu virulent au moment où on l'examine, si surtout on a affaire à un enfant, la thoracentèse est indiquée parce qu'elle peut guérir le malade, sans le secours d'aucun autre procédé.

S'il s'agit d'une pleurésie chronique telle qu'on ne peut espérer rien de bon par l'incision costale, il faut pratiquer la thoracentèse parce que c'est le seul moyen à la fois le plus utile et le moins dangereux. Après avoir pesé ces considérations, il faut tenir compte de la détermination du micro-organisme, de sa virulence, de la constitution même du liquide, de l'état de la plèvre, et de l'origine même de l'épanchement.

Envisagées au point de vue clinique et thérapeutique les pleurésies purulentes comprennent deux grandes classes : 1° les pleurésies purulentes mono-microbiennes, dans lesquelles on cite les pleurésies purulentes à pneumocoques, à streptocoques et les pleurésies purulentes tuberculeuses; 2° les pleurésies purulentes poly-microbiennes à bacille de Koch et streptocoques ; à streptocoques et à staphylocoques ; à staphylocoques et à microbes de la gangrène (Courtois-Suffit). De toutes ces variétés, la pleurésie purulente à pneumocoques est peut-être la seule qui puisse guérir et qui guérisse souvent par la seule ponction (Netter, Fernet, Courtois-Suffit). « Mais si le microbe se montre virulent, si l'on pense que d'autres ponctions seront nécessaires, il importe d'abandonner la thoracentèse, car si nous croyons avec tout le monde que, pour le malade, une ponction vaut mieux que l'incision de l'espace intercostal, nous ne saurions souscrire à cette opinion que deux ou trois ou quatre ponctions valent mieux qu'une incision » (Debove et Courtois-Suffit). De plus, du jour où au pneumocoque vient s'associer un autre micro-organisme, la thoracentèse n'est plus efficace; ce fait seul d'une association microbienne condamne la thoracentèse. En dehors de la pleurésie purulente à pneumocoque, cette opération doit être rejetée. La présence du pneumocoque dans les pleurésies purulentes infantiles explique leur bénignité relative, leur guérison fréquente par la thoracentèse. Mais le médecin ne saurait, dans la limite de ses moyens, négliger la recherche du degré de virulence du micro-organisme pathogène dans ces pleurésies, car la simple constatation du pneumo-

(1) Faisans. *Semaine méd.*, 31 mai 1893.
(2) Catrin. Soc. méd. des hôpit., mars 1894.

coque Talamon-Fränkel est insuffisante pour donner toujours des renseignements complets et exacts : le pneumocoque, sans aucune association microbienne, peut, dans quelques cas, devenir la cause de gangrène pleuro-pulmonaire. Il faut donc recourir à l'empyème. Par contre, les indications sont toutes différentes dans les pleurésies purulentes à streptocoques. La plupart sont passibles de la pleurotomie. Cependant, si elles surviennent chez les tuberculeux, dont le poumon est profondément altéré, si l'état général du malade est gravement compromis, il faut se borner à une simple ponction « faite seulement pour soulager le malade que rien ne peut guérir » (Debove et Courtois-Suffit). D'autre part, la pleurésie purulente à streptocoques guérit quelquefois par simple ponction quand la virulence du micro-organisme est atténuée. Tel est le cas rapporté par Widal dans sa thèse et telles sont les cinq observations citées par Vignalou dans sa thèse également. Tous ces faits concernent des empyèmes dont le pus a perdu toute ou une partie de sa virulence, comme le démontrent les inoculations. Ces empyèmes sont analogues à ces pyosalpingites purulentes dont Doléris et Bourges montraient récemment plusieurs exemples et dont l'élément infectieux, le streptocoque, facilement colorable, ne déterminait aucun désordre, ni aucune lésion par inoculation directe.

A part ces cas, la thoracentèse ne peut rendre aucun service dans les pleurésies purulentes. Mais, même dans ces conditions, il faut, si l'on veut faire œuvre utile, que le liquide ne soit pas formé de pus concret et qu'il n'existe pas d'épaississement de la plèvre. La thoracentèse devient difficile, sinon impossible ; la cavité pleurale, immobilisée par des adhérences solides et épaisses, forme de vastes clapiers anfractueux où la pression est négative et dans lesquels le pus, s'écoulant sans cesse, a de la tendance à stagner ; il est difficile à évacuer et à tarir.

A côté de ces cas où l'intervention de la thoracentèse est discutable en raison de la nature même du liquide, il en existe d'autres dans lesquels la notion d'origine donne encore matière à discussions. Nous voulons parler des pleurésies tuberculeuses. En présence de la nature de l'épanchement qui est séreux, hémorragique ou purulent, en présence de la variété des lésions auxquelles la tuberculose pulmonaire et la tuberculose pleurale associée ou non à la tuberculose pulmonaire ou péritonéale, peuvent donner naissance, en présence de l'évolution différente de ces épanchements, on ne peut pas adopter une ligne de conduite invariable. Il faut tenir compte, d'une part, du siège de la tuberculose, de son étendue, de sa dissémination, de sa forme même et, d'autre part, il faut considérer la nature du liquide. Si l'épanchement est séreux, on comprendra aisément qu'après nous être renseigné, comme nous venons de le dire, sur la lésion tuberculeuse, nous agirons d'une manière différente, en supposant toujours que nous ne nous trouvons pas en présence d'une collection pleurale trop abondante pour nécessiter une opération d'urgence. De plus, il faut se souvenir que, dans les épanchements moyens et même assez volumineux, il y a lieu de temporiser, la compression exercée sur le poumon par le liquide, quand il est séreux, empêchant dans quelques cas, comme quelques auteurs le prétendent, le développement de la tuberculose pulmonaire. Les mêmes considérations doivent entrer en ligne de compte en face d'un épanchement hémorragique ; mais quand on a reconnu un épanchement de cette nature, il faut toujours se défier de la purulence éventuelle possible, auquel cas on se comportera comme nous allons l'indiquer.

Dans les pleurésies purulentes tuberculeuses, il faut distinguer tout d'abord celles qui ne méritent pas, à proprement parler, cette dénomination et qui surviennent chez des tuberculeux, leur nature tuberculeuse n'étant pas suffisamment démontrée ; il faut distinguer, en outre, celles qui, démontrées comme étant fonction d'un micro-organisme pyogène, sont cependant reconnues tuberculeuses par l'inoculation ; il faut distinguer enfin et surtout reconnaître la forme de la pleurésie purulente tuberculeuse décrite par Kelsch et Vaillard.

Quoique dans cette variété de pleurésie l'épanchement soit le plus souvent purulent, il est quelquefois séreux au début, il peut devenir graisseux ou chyliforme (Debove) au cours de la maladie. L'épanchement reste-t-il séreux pendant longtemps ? Le médecin ne doit s'occuper que de la quantité du liquide, le ponctionner en se basant seulement sur son abondance. Car, quelle que soit la gravité connue de l'affection, elle peut cependant se terminer par sclérose ou l'état crétacé de la plèvre. L'épanchement est-il purulent ? L'empyème exposant à des infections secondaires graves, la résection costale ne donnant aucun succès, les injections modificatrices intra-pleurales n'aboutissant qu'à de mauvais résultats, il faut recourir à des ponctions successives de la plèvre, ponctions nécessitées par l'abondance du liquide et l'état général du malade. C'est à un traitement purement palliatif qu'on doit recourir en pareil cas (Debove, Desplats, Spillmann, Vaté). L'épanchement est-il graisseux ou chyliforme ? Les ponctions palliatives sont encore indiquées pour les mêmes raisons que nous venons d'énoncer. D'ailleurs l'épanchement chyliforme pouvant faire soupçonner une rupture du canal thoracique, comme dans quelques pleurésies purulentes à streptocoques qui ont déterminé semblable complication, la plus grande prudence est ordonnée.

En éliminant pour le moment les pleurésies hémorragiques et ne nous occupant que de l'hémothorax (1), nous dirons que le rôle de la thoracentèse est pour ainsi dire nul dans cette affection. L'hémothorax survenant à la suite de lésions de gros vaisseaux est fatalement mortel. Quand il est consécutif à l'hémorragie produite par les lésions des artères de petit calibre (artères pariétales, intercostales, mammaire interne), le sang se coagule immédiatement dans la plèvre (Trousseau et Leblanc) et le caillot, par la compression qu'il exerce sur le vaisseau, est plutôt utile que nuisible par sa présence. Mis à l'abri du contact de l'air, il ne suppure pas (2), mais si l'hémothorax est consécutif à une plaie pénétrante de poitrine, l'hémothorax se transformera, le plus souvent, en pleurésie purulente et, dans ce cas, les indications opératoires sont radicalement changées.

3° Peut-on savoir quelle part revient à la thoracentèse dans le traitement des pyopneumothorax, des hydrothorax et des pneumothorax ?

(1) Nous traiterons dans une prochaine Revue, ayant pour titre « Manuel opératoire de la thoracentèse », comment on doit se comporter vis-à-vis des pleurésies hémorragiques. Mais en principe, ces dernières sont soumises aux indications générales de la pleurésie séreuse.

(2) Evrain. Th. de Paris, 1888.

La question étudiée par Netter au point de vue de la bactériologie, n'a pas reçu de solution pratique. Le médecin n'a donc pas d'éléments bien définis à sa disposition pour se guider dans son intervention et force lui est de tenir la même conduite en face des pyopneumothorax et des empyèmes. Quant à l'hydropneumothorax, il faut déterminer les conditions, rares il est vrai, dans lesquelles la thoracentèse est de quelque utilité. Son rôle est restreint, en effet. Si le gaz et si le liquide sont en égale proportion ou ce dernier en faible quantité, si l'orifice pleuro-pulmonaire est largement ouvert, l'hydropneumothorax n'est que momentané; il se transformera bientôt en pyopneumothorax. Mais l'hydropneumothorax peut rester longtemps sous cet état : le liquide a chassé l'air devant lui, a comprimé fistule et poumon, et, maître de la plèvre à lui seul, il arrive jusqu'au sommet de la cavité pleurale. Les fonctions du poumon sont gravement compromises, si on ne combat pas cette inondation considérable ; la mort subite est à redouter. L'asphyxie et la dyspnée peuvent être vives (cependant elles peuvent manquer quelquefois) et le poumon, affaissé sous la compression qu'il subit, risque de devenir, si la situation se prolonge, un organe inerte, destiné à être envahi par la sclérose. Il faut donc ponctionner? mais la soustraction totale du liquide permet le déplissement complet et brusque du poumon ; l'orifice pulmonaire se rouvre, se dégage quelquefois de l'eau qui le baignait et se trouve finalement situé au-dessus d'elle ; l'hydropneumothorax se reconstitue. Si l'orifice pulmonaire, partie terminale d'une fistule le plus souvent béante, est septique, la transformation purulente s'opère. Quelle est donc la ligne de conduite à suivre? Il n'y en a pas de précise. C'est la clinique avec l'aide de tous les signes physiques qui permet, suivant le cas, de fixer le point où la thoracentèse cesse d'être utile pour devenir nuisible. La limite de l'effet utile est voisine du début de l'effet nuisible. M. le professeur Dieulafoy nous a fait pratiquer, sous sa direction, une série de ponctions dans un hydropneumothorax où la masse du liquide remplissait la totalité de la plèvre. Ces ponctions fractionnées, faites à petite dose de 200 à 300 grammes chacune, amenaient un soulagement chez le malade, empêchaient la décompression rapide du poumon et ménageaient l'orifice pulmonaire. L'auscultation attentive de la plèvre et l'examen bactériologique du liquide, pratiqués après chaque séance, permettaient d'affirmer l'absence de l'air et la stérilité de l'épanchement. Dans la suite, des injections antiseptiques et irritantes faites dans le liquide n'eurent pas l'heureux résultat attendu : la cicatrisation de l'orifice pleuro-pulmonaire. Quoi qu'il en soit, cette méthode, dont il ne faut pas exagérer la valeur, mérite d'être appliquée dans des faits de ce genre. Aussi il faut en retenir les règles générales : faire donner à la thoracentèse un débit court, minime, fractionné et répété. On pare ainsi aux accidents inhérents aux gros épanchements et on évite, en exerçant une surveillance extrême, de les rendre purulents. La thoracentèse est donc plutôt palliative que curative. Reste le pneumothorax. En présence même d'une asphyxie menaçante, en présence d'indications précises fournies par l'aspect, la physionomie et l'attitude du malade qui semblent nécessiter l'intervention d'urgence de la thoracentèse, il faut tenir compte de l'état du poumon du côté opposé. Est-il sain ? on peut attendre, même s'il y a refoulement du cœur, abaissement du foie, grande dilatation du côté malade par un pneumothorax total. Car nous savons que ces phénomènes peuvent disparaître graduellement et que, pendant ce temps, le malade peut respirer sans être exposé à l'asphyxie, le poumon sain suffisant largement à l'hématose. Pour le prouver, nous n'avons qu'à citer le malade auquel nous faisions allusion tout à l'heure et qui vécut un an, sans dyspnée aucune, sans dyspnée d'effort même, avec un hydrothorax très abondant. Si, par contre, le poumon opposé est supposé malade, même dans le doute, il faut ponctionner. La thoracentèse pratiquée dans ces conditions n'entraîne aucun accident. Une seule fois on a signalé de l'emphysème au voisinage de la piqûre (Church) et une seule fois on a observé, après l'opération, de l'expectoration albumineuse (Dujardin-Beaumetz).

La thoracentèse est certainement efficace dans le pneumothorax, malgré l'avis de Béhier. Dans le pneumothorax à soupape, la pression intra-pleurale peut être supérieure à celle de l'atmosphère; si elle n'est qu'égale, on peut la rendre inférieure à l'aide « d'évacuations prolongées et répétées par les aspirateurs » (Galliard). La thoracentèse ainsi pratiquée peut être quelquefois curative, ainsi que nous en avons la preuve dans une observation de M. Troisier. Tel est, en général, le rôle de la thoracentèse dans le pneumothorax. En terminant, nous ferons observer avec Galliard, qu'on ne saurait trouver aucune indication spéciale dans le siège du pneumothorax pour nécessiter l'intervention de la thoracentèse. « L'asphyxie n'est pas moins à redouter dans le pneumothorax du côté droit que dans celui du côté gauche. »

Après avoir examiné la plupart des cas où la thoracentèse joue un rôle curateur, nous ne dirons que quelques mots sur les ponctions exploratrices de la plèvre. En présence d'épanchements supposés séreux, il n'y a guère qu'une circonstance dans laquelle l'emploi de la seringue de Pravaz soit permis : quand, par exemple, on veut s'assurer de l'existence et de la situation d'une pleurésie enkystée profondément dans la plèvre ou de l'existence de plusieurs loges indépendantes dans une pleurésie aréolaire. On est surtout autorisé à se servir de la ponction exploratrice quand on veut déterminer la nature d'un liquide à la faveur de l'examen histo-bactériologique, le résultat de cet examen devant seul décider de l'intervention ultérieure. C'est à ces quelques recherches que doit se borner le rôle des ponctions exploratrices, car le diagnostic de la pleurésie avec épanchement est toujours possible en clinique et la spléno-pneumonie même peut être distinguée le plus souvent des épanchements de quelque nature qu'ils soient. La clinique nous offre, en effet, des signes assez nombreux pour reconnaître, avec certitude, l'existence d'un épanchement, tandis que elle ne fournit, le plus souvent, que des probabilités en faveur de sa nature. Voilà comment nous comprenons, en général, l'intervention de la thoracentèse. Il se présentera sans doute dans la pratique, en dehors des cas que nous avons examinés dans ce chapitre, de nombreux faits très variés dans lesquels l'application de la thoracentèse ne pourra pas être indiquée d'une façon précise. On se guidera alors sur l'étude que nous avons faite des premiers pour décider de l'utilité de l'intervention dans les autres (1).

(1) Nous renvoyons le lecteur à une autre Revue, dans laquelle nous expliquerons l'utilité et les avantages des ponctions répétées et des injections modificatrices dans les pleurésies purulentes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 avril 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Pathogénie et traitement de certaines douleurs pelviennes chez la femme. — M. BOUILLY fait une communication sur ce sujet. Il expose quelques réflexions sur certains symptômes fonctionnels particuliers, que l'on relève chez les femmes atteintes de lésions utérines. Lorsqu'on analyse la douleur en particulier, on sait qu'il est parfois difficile d'en découvrir la véritable cause; quand il y a des lésions annexielles, ces dernières peuvent être incriminées; mais, lorsque celles-ci n'existent pas, il n'est pas toujours aisé d'établir si l'utérus ou le système nerveux doit être mis en cause dans la pathogénie des phénomènes douloureux.

Comme types de métrites indolentes on peut citer l'endométrite cervicale, la métrite hémorragique et la plupart des métrites sans lésions des annexes : dans ces cas, il n'y a pas de douleurs véritables.

Au contraire, celles-ci sont fréquentes dans les métrites du col après déchirures, dans les métrites avec éversion du col, et dans les cas où une déchirure ancienne s'est cicatrisée en produisant un tissu de sclérose; de même, on les observe souvent lorsqu'il y a simultanément endométrite du col et du corps et surtout lorsque se trouvent réunis la déchirure du col, le prolapsus utérin et la déchirure du périnée.

Ces trois lésions prennent part, chacune d'elles, au développement et à la genèse des troubles fonctionnels qui, dans ces cas, affectent un cachet particulier et se caractérisent principalement par des douleurs lombaires et sacrées avec irradiations vers les cuisses, par l'impossibilité de garder longtemps la station debout et par la grande difficulté d'une marche prolongée. Ces phénomènes morbides auxquels s'ajoutent des accidents dyspeptiques et nerveux divers, existent d'une façon permanente sans présenter des poussées aiguës comme dans les cas de lésions des annexes.

Lorsqu'on se trouve en présence de ces malades, chez lesquelles l'examen direct fait constater, les annexes étant saines, la déchirure du col éversé, le prolapsus utérin, qui, souvent, est peu prononcé, et la déchirure du périnée, il y a une thérapeutique à mettre en pratique. Il ne faut pas, en effet, se contenter de traiter l'une ou l'autre des lésions; il faut, dans la même séance, pratiquer le curetage, l'amputation du col et la colpo-périnéorraphie. C'est ainsi que M. Bouilly a agi avec succès sur dix-sept femmes; en pareille circonstance, il y a trois lésions qui concourent à créer l'état morbide; c'est à chacune d'elles qu'il faut s'attaquer. Si, en même temps, il existe un état de ptose général, on conseillera avec avantage le port d'une ceinture.

M. CHAMPIONNIÈRE demande à M. Bouilly s'il vise, dans sa manière d'agir, les cas où il existe un prolapsus considérable et des altérations annexielles.

M. BOUILLY n'a en vue, dans cette communication, que les faits dans lesquels on ne constate ni salpingo-ovarite, ni prolapsus utérin énorme lequel, lorsqu'il est isolé, est, d'ailleurs, souvent presque indolent.

M. POZZI pense que, chez beaucoup de malades, les phénomènes douloureux doivent être rapportés à la métrite chronique, et que, dans ce cas, l'important est de faire le curetage et l'amputation du col. Quant à la périnéorraphie elle est secondaire; toutefois elle est utile en ce sens qu'elle peut prévenir le retour des accidents.

Sutures sous-périostées de la rotule et de l'olécrâne. — M. MONOD, au nom de M. TACHART, relate deux observations de sutures sous-périostées de la rotule et de l'olécrâne.

Dans le premier cas, il s'agit d'une fracture de la rotule, avec hémarthrose abondante. Dès le surlendemain, l'auteur fit une arthrotomie; les ailerons de la rotule étaient déchirés. On fit un lavage phéniqué de l'articulation, puis on sutura les deux fragments de la rotule. Drainage intra-articulaire; sutures des plans superficiels aux crins de Florence.

On fit des pansements rares et la guérison complète s'obtint rapidement.

Le second fait a trait à une fracture de l'olécrâne, avec hémorragie abondante et plaie contuse. On fit l'arthrotomie à la cocaïne. Un seul fil d'argent suffit pour suturer l'olécrâne. Drainage intra-articulaire. Sutures des plans superficiels. On immobilisa le membre en extension.

Au bout d'un mois, le cal osseux était obtenu et la guérison complète.

En résumé, dans les fractures récentes de la rotule et de l'olécrâne, le traitement de choix est la suture sous-périostée aseptique.

Un cas de bilharzia hæmatobia. — M. DELORME, au nom de M. CAILLET, rapporte l'observation d'un homme de trente et un ans, qui, lors d'un séjour en Tunisie, il y a dix ans, fut pris d'hématurie légère. Les dernières gouttes d'urine étaient sanglantes. Depuis dix ans, cette hématurie a persisté avec les mêmes caractères : hématurie à la fin de la miction, non douloureuse, nullement influencée par la marche, revenant deux ou trois fois par semaine. De temps en temps quelques exacerbations pendant lesquelles l'hématurie persiste pendant une durée de huit à dix jours.

Quand M. Caillet vit le malade, celui-ci se plaignait d'une sensation de chaleur dans la région pubienne et dans les cuisses. Les dernières gouttes d'urine étaient sanglantes; un peu de mucus dans les urines. Pas de tumeur vésicale au toucher; pas de phénomènes de cystite tuberculeuse; pas de douleurs à la miction. L'état général bien conservé.

En présence de cet état et des caractères bien spéciaux de l'hématurie qui datait de dix ans, M. Caillet eut l'idée d'examiner le dépôt de l'urine. Il y trouva en grande abondance d'œufs de bilharzia : œufs à double contour, en forme d'amandes. Il y trouva de plus quelques embryons ciliés, ayant la forme d'un sablier. Ces éléments sont faciles à reconnaître. Le diagnostic était donc fait.

Le bilharzia hæmatobia qu'on croyait confiné à l'Égypte se trouve aussi au Cap, au Soudan, en Tunisie.

On a apporté même un fait de bilharzia observé à Marseille.

Le mécanisme de l'hématurie due au bilharzia est connu; le parasite se trouve dans les veines vésicales qu'il distend et qu'il fait éclater.

En l'absence de tout phénomène de cystite, il faut avoir recours à un simple traitement médical. Les injections de sublimé à 1 p. 5000, les injections de nitrate d'argent, ont une action douteuse.

M. Caillet a donné aussi l'extrait éthéré de fougère mâle sans grand résultat.

PRÉSENTATION DE MALADE

Greffes de Thiersch. — M. MONOD présente deux malades auxquels il a fait, avec succès, des greffes de Thiersch, pour des pertes de substance très étendues de la cuisse.

La séance est levée.

Séance du 25 avril 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Anévrysme poplité. — M. CHAPUT communique une observation d'anévrysme poplité dans laquelle il fit d'abord la ligature de la fémorale, puis l'extirpation secondaire de l'anévrysme. (Sera publié.)

Traitement du prolapsus utérin. — M. BAZY communique plusieurs observations qui confirment l'opinion soutenue par M. Bouilly, relativement à la cause de la douleur chez les femmes atteintes de lésions utérines.

Traitement des hernies gangrenées. — M. SEGOND rappelle la communication de M. Chaput sur ce sujet.

Selon M. Chaput, la conduite la plus sage et la meilleure à tenir en présence d'une hernie étranglée gangrenée est la résection intestinale suivie de l'entérorraphie. M. Segond n'est pas de cet avis. Trois fois, il a eu recours à cette conduite en présence de hernies gangrenées graves ; ses trois malades sont morts dans les dix, douze ou quinze heures qui ont suivi l'opération. Ces malades sont morts ayant été à la selle et, à l'autopsie, on n'a trouvé chez eux aucune péritonite, ni aucune perforation. Ils sont morts épuisés, ils n'ont pas eu la force de supporter l'opération, toujours très longue, que constituent la résection intestinale et l'entérorraphie. D'après ces faits, il semble donc que, chez des individus atteints de hernies gangrenées très graves, se trouvant dans un état septique accusé, étant déjà très déprimés, la prudence exige que l'on réduise au minimum le coefficient traumatique. Il faut donc se contenter, chez ces malades, d'établir un anus contre nature. Si, plus tard, ces individus se relèvent, on pourra tenter une opération définitivement curative. M. Segond possède 8 observations d'anus contre nature pratiqués dans ces conditions, c'est-à-dire pour des hernies gangrenées graves. De ces 8 opérés, 4 sont morts après l'opération, les 4 autres ont survécu et sont morts plusieurs mois après d'affections pulmonaires ou rénales. Sans doute, la résection intestinale et l'entérorraphie constituent, théoriquement, le traitement idéal de la hernie étranglée gangrenée, mais, jusqu'ici, cette opération est de trop longue durée pour que des malades aussi déprimés que le sont ceux dont il s'agit ici puissent la supporter sans danger. C'est du moins ce que nous montrent les faits d'observation. M. Segond estime donc que, jusqu'à nouvel ordre, on doit s'en tenir aux règles classiques, c'est-à-dire à l'anus contre nature dans ces cas, quitte à recourir plus tard à des opérations curatives.

M. TERRIER accepte les conclusions formulées par M. Segond. Il admet, comme lui, que l'entérorraphie serait l'opération idéale pour le traitement des hernies gangrenées, mais c'est une opération beaucoup trop longue, étant donné le peu de résistance des malades auxquels on a affaire dans ces cas. Aussi M. Terrier est-il tout disposé à employer et à conseiller, dans ces cas, l'emploi du bouton de Murphy (de Chicago). Grâce au procédé de M. Murphy, l'opération devient simple, facile et peut être aisément pratiquée en un quart d'heure. M. Murphy compte 7 succès sur 8 cas. C'est là une statistique encourageante.

M. KIRMISSON se rallie également aux conclusions formulées par M. Segond. Les résections intestinales suivies d'entérorraphie sont des opérations très bonnes en théorie, mais beaucoup trop longues pour pouvoir être supportées par des malades affaiblis comme le sont ceux qui ont des hernies gangrenées. En revanche, l'anus contre nature, dans ces cas, donne des résultats très satisfaisants. Quant au procédé de Murphy, sur lequel M. Terrier vient d'appeler l'attention, M. Kirmisson est tout disposé à l'essayer et à l'employer de préférence à l'anus contre nature.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE est également d'accord avec M. Segond, au moins en ce qui concerne les anciens procédés d'entérorraphie. Ainsi, M. Chaput a pratiqué deux fois cette opération dans le service de M. Championnière et les deux malades sont morts très rapidement. Mais, avec M. Terrier, M. Lucas-Championnière est tout disposé à préconiser le procédé de Murphy.

M. CHAPUT fait observer que les malades de M. Segond sont morts de collapsus et non de péritonite, ni de perforation. L'opération ne pouvait donc sauver ces malades qui étaient voués à la mort quoi qu'on fît. Mais tous les malades ne sont pas dans un état aussi grave. En outre, l'entérorraphie n'est pas une opération aussi longue qu'on veut bien le dire. Elle peut être exécutée en trente minutes. Il est prudent aussi de remplacer, dans ces cas, le chloroforme par l'éther ou la cocaïne. L'anus contre nature donne 80 p. 100 de mortalité. Si l'on retranche les cas de mort par collapsus, il reste 30 p. 100 de mort par phlegmons ou par complications opératoires.

L'entérorraphie donne une guérison définitive, à condition que la résection soit faite très largement et, avec elle, on arrive à réduire le chiffre de la mortalité au minimum.

M. SEGOND proteste contre cette opinion émise par M. Chaput que ses malades, opérés par l'entérorraphie, seraient toujours morts. M. Segond est convaincu que s'il leur avait fait un anus contre nature, ils ne seraient très probablement pas morts.

M. CHAPUT ajoute que M. Segond semble croire que l'anus contre nature ne tue jamais. Les malades peuvent mourir de phlegmons tardifs ou même de dépérissement, aussi bien après un anus contre nature.

Fistule trachéale. — M. KIRMISSON communique l'observation d'un jeune homme de dix-neuf ans qui, depuis cinq ans, portait une canule trachéale, sans qu'on puisse s'expliquer pourquoi, M. Kirmisson s'applique à boucher cette fistule à l'aide d'un lambeau emprunté sur le pourtour de la fistule. Après l'application de ce lambeau, la fistule étant bouchée, le malade ne respirait plus très bien et, le lendemain, M. Kirmisson dut défaire la suture et remettre la canule en place. Il la retira quelques jours après et la réunion se fit par seconde intention.

Ce qu'il y a d'intéressant, dans ce fait, c'est la guérison par seconde intention, par le seul fait de la libération de la peau d'avec la trachée.

M. BAZY, en 1883, a employé un procédé analogue pour boucher une fistule trachéale d'origine traumatique. Le malade a bien guéri.

La séance est levée.

— Par décret, en date du 26 avril 1894, il est créé à la Faculté de médecine de Montpellier une chaire de microbiologie (fondation de la ville).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

VIN DEFRESNE A LA PEPTONE

Il ne contient pas seulement les principes solubles de la viande; il contient aussi la fibre musculaire elle-même fluidifiée, digérée, rendue assimilable.

Dose : **1/2 verre à madère au dessert.**

PILULES DIGESTIVES de PANCRÉATINE DEFRESNE

Anorexie, Dyspepsie, Gastralgie.

Dose : 2 à 4 après le repas.

Détail : Ph^ie^, 2, rue des Lombards, Paris.

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET

COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Phosph^te^ de chaux*	2.45
Phosph^te^ de chaux	2.21		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La Farine maltée Defresne supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée**, il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales**, si meurtrières chez les nourrissons. — Prix : **2 francs.**

Defresne, auteur de la *Pancréatine* et Ph^ies^.

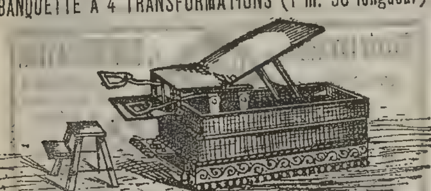
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, précédemment à Paris, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fab^t^ ces meubles bon marché (garantis).

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

Mariani, ph^ien^, 41, B^rd^ Haussmann, et t^tes^ ph^ies^.

EXTRAIT ORGANIQUE

— **LIQUIDE ORCHITIQUE** —

de R. . FABARON

Méthode de BROWN-SÉQUARD

Un flacon de 15 c/c est expédié à tout médecin contre mandat-poste de 5 francs adressé à R. S. FABARON, 36, r. St-Roch, Paris

SOLUTION de Salicylate de Soude du Docteur CLIN

Lauréat de la Faculté de Médecine de Paris.

La **Solution du Dr CLIN**, toujours identique dans sa composition et d'un goût agréable, permet d'administrer facilement le *Salicylate de Soude* et de varier la dose suivant les indications qui se présentent.

Cette Solution, très exactement dosée, contient :

2 grammes *Salicylate de Soude* par cuillerée à bouche.
0,50 centigr. *Salicylate de Soude* par cuillerée à café.

M^on^ CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

Granules de Catillon

A 1 MILLIGR. D'EXTRAIT TITRÉ DE

STROPHANTUS

C'est avec ces granules qu'ont été faites les expérimentations discutées à **l'Académie** en 1889; elles ont démontré que 2 à 4 par jour produisent une **diurèse rapide**, relèvent le **cœur affaibli**, font disparaître l'**Asystolie**, la **Dyspnée**, l'**Oppression**, les **Œdèmes**, les accès d'**Angine de poitrine**, etc.

On peut en continuer l'usage sans inconvénient.

GRANULES DE CATILLON

A 1/10 MILLIG. **STROPHANTINE** CRIST

TONIQUE DU CŒUR

Éviter les imitations et les teintures infidèles.

Paris, 3, Boul^d^ St-Martin et Pharmacies.

VIN DE VIAL

au QUINA, SUC de VIANDE et LACTO-PHOSPHATE de CHAUX

Contient sous la forme la plus assimilable le Lacto-phosphate de chaux qui lui sert de base, les principes nutritifs de la Viande crue et les principes toniques et fébrifuges du Quinquina. L'action stimulante du Vin d'Espagne dans lequel ces trois produits sont dissous contribue à faire du **Vin de Vial le plus complet des Toniques.**

Dose : un verre à liqueur avant chaque repas. — **Pharmacie VIAL, 14, rue Bourbon, LYON.**

Salicol Dusaule

EXCELLENT ANTISEPTIQUE, CICATRISANT, DÉSINFECTANT, à base d'acide salicylique. Plus actif que les phénols et coaltars, le Salicol a une *odeur agréable* et n'est *pas vénéneux*. Il s'emploie pur ou mêlé à 1 ou 2 parties d'eau selon les cas pour *lavages, compresses, injections, pulvérisations.*

*Le Flacon, **2** fr.; Litre, **5** fr., 405, rue de Rennes, PARIS, et les Pharmacies*

ÉLIXIR VIN SACCHARURE EUPEPTIQUE KOLA-MONAVON

Médica^t^ cardio-vasculaire, Tonique reconstituant, quintup les forces, *Aliment d'épargne contre Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*

ÉLIXIR dosé à 1 gr. 20 Noix de Kola vraie par cuillerée à bouche.
SACCHARURE dosé à 1 gr. 20 à café.

Pharmacie MONAVON, 10, Rue de Trion, Lyon, et toutes pharmacies.

ATONIE * DYSPEPSIE * CHLOROSE * DÉBILITÉ GÉNÉRALE

QUASSINE ADRIAN

DRAGÉES DE 25 MILLIGR. de **QUASSINE** amorphe — **GRANULES** DE 2 MILLIGR. de **QUASSINE** cristallisée

« La **QUASSINE ADRIAN**, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est **la seule** dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite l'**appétit**, développe les **forces**, combat efficacement les **Dyspepsies atoniques**, les **Coliques hépatiques et néphrétiques.** »

Bulletin général de Thérapeutique, 15 novembre 1882.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Vente en gros : 11, Rue de la Perle, PARIS

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En flacons de 30 et de 60 grammes fermés à la lampe.

CHLOROFORME ADRIAN

SPÉCIALEMENT PRÉPARÉ

POUR L'ANESTHÉSIE

ainsi mis à l'abri du contact de l'air

le **CHLOROFORME ADRIAN** est d'une conservation indéfinie

VENTE EN GROS : **9 et 11, Rue de la Perle, PARIS**

TRAITEM. INTENSIF PHTISIE CREOSOTAL SIMB CREOSOTE CARBON.

CAPSULES à 50 centig. : 6 à 8 par jour; **PUR** 1 à 2 1/2 cuill. à café par jour; **EMULS.** 1/5. — 13, B^d^ Haussmann, PARIS.

N° 51. — JEUDI 1er MAI 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 1er MAI 1894. — N° 51.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 avril 1894.

M. Richardière présente à la Société médicale des hôpitaux une malade chez laquelle de la *pigmentation arsenicale* est survenue après trois semaines seulement de traitement. L'arsenic lui avait été donné comme traitement de tumeurs ganglionnaires du cou, à la fois à l'intérieur et en injections sous-cutanées.

A l'intérieur, elle avait pris d'abord VIII gouttes de liqueur de Fowler et augmenté d'une goutte par jour jusqu'à XXXII gouttes : au total, pendant la durée du traitement, D gouttes. De plus, il avait été fait, tous les trois jours, une injection interstitielle de III gouttes. Au bout de trois semaines environ, il se montra un peu de diarrhée et de la faiblesse des jambes. Contrairement à ce qu'on observe habituellement, le réflexe rotulien était exagéré. Il y avait une plaque d'anesthésie sur une des jambes.

A ce moment, on s'aperçut que la malade, qui, jusque-là, avait la peau très blanche et très pâle, commençait à présenter une teinte bronzée rappelant un peu ce qui se voit dans la maladie d'Addison. La pigmentation était beaucoup plus marquée sur les points sur lesquels les vêtements produisaient des frottements, plus accentuée encore, de façon à former des macules noires, au pourtour de lésions urticariennes consécutives à des piqûres de punaise.

Comme le fait remarquer M. Rendu, il est étonnant que, sur le grand nombre de malades qui prennent de l'arsenic, aussi peu aient de la pigmentation arsenicale; il faut donc admettre une prédisposition particulière ou l'intervention de circonstances adjuvantes. La pigmentation arsenicale, paraît-il, disparaît à la longue, lorsque l'on cesse l'usage du médicament.

M. Thibierge fait voir une jeune femme, légèrement hystérique, qui présente un gonflement du membre supérieur gauche ayant l'apparence, à première vue, d'un éléphantiasis. Il y a un gonflement marqué au niveau du bras et de l'avant-bras, mais la main n'y participe pas; la tuméfaction s'arrête au niveau du poignet en formant un bourrelet circulaire. C'est ainsi que, dans l'éléphantiasis des membres inférieurs, le gonflement s'arrête brusquement à la cheville, sans que les pieds y prennent part.

La peau est épaissie, élastique, la pression n'y imprime pas le godet caractéristique de l'œdème; c'est la consistance d'un lipome ou d'un pseudo-lipome. La malade n'éprouve aucune douleur, elle n'est ni albuminurique, ni cardiaque, il n'existe aucune lésion vasculaire appréciable, aucune tumeur qui soit susceptible de produire et d'expliquer un gonflement œdémateux par gêne circulatoire. La malade, qui présente de légères manifestations hystériques, a, de plus, de la paralysie faciale, et M. Thibierge pense qu'il s'agit là d'un œdème névropathique, d'un pseudo-lipome simulant l'éléphantiasis au membre supérieur. Une déformation semblable, signalée aux membres inférieurs par MM. Desnos et A. Mathieu, avait été rapprochée par ces auteurs des œdèmes rhumatismaux ou neuro-arthritiques : c'est cette interprétation qu'adopte M. Thibierge.

M. Gilles de La Tourette n'y voit qu'un œdème hystérique. Comme le fait remarquer M. Le Gendre, il n'y aurait pas de raison alors pour ne pas dire que tous les pseudo-lipomes sont de nature hystérique. Sur quoi se baserait-on pour déclarer hystériques des manifestations jusque-là qualifiées arthritiques et qui peuvent se présenter ailleurs que chez des hystériques ?

Nous pensons, pour notre part, que les œdèmes, œdèmes arthritiques plus ou moins fugaces, œdèmes persistants et durs, d'aspect lipomateux ou éléphantiasique, sont des œdèmes névropathiques. Entre eux et les œdèmes hystériques, névropathiques aussi, il n'y a pas de limite. Mais y a-t-il même une limite entre l'hystérie et les autres états névropathiques? Le point le plus important et que tenait, avec raison, à faire ressortir M. Thibierge, c'est la ressemblance de certains de ces œdèmes ou pseudo-lipomes avec l'éléphantiasis : de là, une forme clinique particulière.

MÉDECINE MILITAIRE

La nouvelle Instruction sur l'aptitude physique au service militaire.

ÉTUDE ANALYTIQUE ET CRITIQUE

Très fréquemment, les médecins sont consultés par les familles au sujet de l'aptitude des jeunes gens au service militaire. Il faut donc non seulement que les praticiens

aient une connaissance approfondie des dispositions en vigueur, mais encore qu'ils sachent comment et dans quelle mesure ils peuvent interpréter les règlements à l'endroit des jeunes gens soumis à leur examen.

Loin de nous l'idée de faire dans cette étude un simple résumé de l'instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique ; nous estimons que, dans les circonstances actuelles, chaque médecin doit avoir à sa disposition le texte même de l'instruction (1), ne fût-ce que pour être mieux à même de convaincre certains parents qui ne se laissent persuader que par la lecture des documents officiels. C'est cette instruction, en effet, qui règle toutes les conditions d'aptitude au service : *dura lex, sed lex*, et chacun s'y doit soumettre. Aujourd'hui que chaque citoyen donne ses services à l'État, les familles se préoccupent longtemps à l'avance et leur grand souci est de savoir si tel jeune homme sera apte, non seulement au service militaire, mais encore au service dans telle arme, dans tel service et surtout dans telle école militaire.

Il importe donc que nos confrères soient éclairés sur les questions suivantes :

1° Conditions générales d'aptitude au service militaire;

2° Conditions de l'ajournement ;

3° Conditions à remplir pour être admis à contracter un engagement;

4° Conditions d'aptitude exigées pour l'admission dans les écoles militaires ;

5° Conditions d'aptitude au service auxiliaire. Ce dernier point de notre étude, vu son importance et les développements qu'il nécessite, sera l'objet d'un prochain article, où la question sera analysée dans tous ses détails.

I. Conditions générales d'aptitude au service militaire. — Il est du devoir des médecins militaires appelés à donner leur avis dans les conseils de revision d'assurer, dans la plus grande mesure possible, le recrutement de l'armée et de permettre, par un choix judicieux, la constitution des effectifs. Pour formuler leurs conclusions, ces médecins experts s'appuient sur la nomenclature des maladies, infirmités ou vices de conformation qui rendent impropre au service militaire (page 6 de l'instruction).

Quand un jeune homme se présente à un médecin civil, quelque temps avant l'époque du conseil de revision, c'est généralement dans l'intention : 1° de savoir si, réellement, il remplit les conditions requises ; 2° d'obtenir un certificat médical dans le cas où il aurait une infirmité susceptible de motiver une décision spéciale du conseil (exemption, ajournement, etc.).

Le plus souvent, disons-le de suite, si le médecin civil est consulté, c'est que le conscrit a réellement, ou croit en toute bonne foi avoir une tare physique. Cette tare relève, dans la majorité des cas, de la faiblesse de constitution ou d'une imperfection dans l'acuité visuelle.

« La *faiblesse de constitution*, suivant ses degrés, motive l'exemption, l'ajournement ou l'envoi dans le service auxiliaire, mais seulement après le troisième examen devant le conseil de revision. » Tel est le texte même de l'instruction du 13 mars 1894.

On conçoit aisément combien, pour le médecin militaire, et à plus forte raison pour le médecin civil, moins rompu aux fonctions de médecin expert, il est difficile de se prononcer dans certains cas. Avec MM. Du Cazal et Catrin (1), professeurs au Val-de-Grâce, nous ferons remarquer que « la faiblesse de constitution est d'une interprétation tellement délicate qu'après avoir tenté de définir longuement cette faiblesse (Instruction sur l'aptitude physique, 1877), on semble actuellement avoir renoncé à donner les signes qui peuvent la faire reconnaître ».

Le médecin, pour se faire une opinion sur un homme à examiner, formule d'abord mentalement ses conclusions, d'après l'aspect général du corps ; il les vérifie ensuite en se servant de différents éléments d'appréciation dont les principaux sont le périmètre thoracique et l'abaissement de la pointe du cœur. Le périmètre thoracique ne doit pas, en règle générale, être inférieur à 78 centimètres chez des jeunes gens de 1m54 à 1m60 de taille. Chez les jeunes gens malingres ou éprouvés par une croissance très rapide, le périmètre peut ne pas dépasser 72 à 75 centimètres ; chez certains autres, au contraire très robustes, le périmètre peut atteindre 85, 88 et même 90 centimètres. La mensuration est effectuée à 3 centimètres environ au-dessous du mamelon et pendant l'intervalle des deux mouvements respiratoires. Un médecin militaire wurtembergeois, Fetzer (2), ajoute aux renseignements donnés par le périmètre ceux obtenus par la mesure de la capacité respiratoire à l'aide du spiromètre de Hutchinson, mais ce procédé n'est pas en usage en France. L'abaissement de la pointe du cœur, signe indiqué par un de nos médecins militaires les plus distingués, le docteur Duponchel (3), peut être rapidement apprécié, et aujourd'hui de nombreux médecins militaires lui accordent une certaine valeur. Il reste bien entendu qu'un médecin civil ayant à formuler son appréciation peut avoir recours à l'examen d'autres signes tels que le pouls, l'exploration pulmonaire, etc., puisqu'il n'est pas pressé par le temps et a la ressource de procéder aussi méthodiquement qu'il le désire.

L'examen de l'*acuité visuelle* demande beaucoup d'attention de la part du médecin civil ; il importe que les jeunes gens connaissent exactement le degré de leur acuité visuelle et celui de leur amétropie ; sans cela, ils sont exposés à d'amères désillusions quand ils se présentent au conseil de revision. Tous les jeunes gens dont la vue ne paraît pas normale sont examinés en fin de séance et il n'est statué sur leur sort qu'après un examen objectif et subjectif des plus sérieux. L'instruction du 13 mars 1894 a modifié les conditions d'admission, en ce qui concerne l'acuité visuelle. Celle-ci, pour la vision binoculaire, doit être supérieure ou tout au moins égale à 1/2, sans correction par des verres, excepté pour la myopie. D'autre part, l'acuité visuelle monoculaire ne doit descendre, ni pour l'œil droit, ni pour l'œil gauche, au-dessous de 1/10. La myopie supérieure à six dioptries entraîne l'exemption du service actif et la réforme quand l'acuité visuelle n'est pas ramenée par les verres concaves aux limites indiquées ci-dessus. L'hypermétropie et l'astigmatisme entraînent l'exemption du service actif et la réforme lorsqu'ils déterminent un abaissement de l'acuité visuelle au-dessous de

(1) *Instruction du 13 mars 1894 sur l'aptitude physique au service militaire*, broch. de 71 pages. — Lavauzelle, édit.

(1) Du Cazal et Catrin. *Médecine légale militaire* (Encycl. Léauté).

(2) Fetzer. *De l'influence du service militaire sur le développement du corps et de la poitrine en particulier.*

(3) On doit au docteur Duponchel, décédé il y a quelques années, un *Traité de médecine légale militaire* très estimé.

1/2, sans correction pour la vision binoculaire et de 1/10 pour la vision monoculaire.

Rappelons enfin que l'instruction prévoit les cas de diminution de l'acuité par amblyopie et qu'elle indique les différents moyens de déjouer toute tentative de simulation.

Nous avons dit plus haut que tout conscrit, chez lequel un médecin civil constate une lésion susceptible de faire prononcer l'exemption ou l'ajournement, essaie d'obtenir de lui un certificat.

Ceci nous amène à dire quelques mots du certificat médical. Les médecins militaires (1) se sont occupés de la question dans différents ouvrages de médecine légale. Sans nous occuper de l'usage à faire de ces certificats par le médecin du conseil de revision, nous nous empresserons de conseiller à nos confrères de ne jamais délivrer aucun certificat au moment où vont commencer les séances cantonales.

Les médecins militaires ne lisent pas les certificats, et s'ils les lisent ils n'en tiennent pas compte. M. Duponchel trouve qu'il ne convient pas d'afficher un dédain complet des certificats présentés. MM. Du Cazal et Catrin, dans leur récent ouvrage, sont d'avis contraire; d'après eux, le médecin du conseil est, le plus souvent, dans l'impossibilité de juger de la valeur du certificat. En outre, « entre le médecin de clientèle et le médecin expert, il existe une différence considérable qu'on peut résumer en deux mots : dans sa clientèle, le médecin peut être complètement subjectif, dans l'expertise, il est surtout objectif ». MM. Du Cazal et Catrin avancent même que beaucoup de médecins civils sont « enchantés de voir accorder peu de valeur à ces certificats, ce qui leur donne prétexte pour ne pas les établir ».

Nous estimons que les médecins civils ne doivent *en aucun cas* se laisser aller à délivrer des certificats dits de complaisance. La notice n° 5 résume les devoirs des médecins militaires en ce qui concerne les certificats : « Dans le libellé qui doit présenter l'exposé des faits soumis à son examen, de l'accident, de la maladie ou de l'infirmité, le médecin militaire agit *selon ses lumières et sa conscience*. Nous ne pouvons que conseiller à nos confrères d'observer la même ligne de conduite toutes les fois qu'ils sont obligés par les circonstances d'établir un certificat destiné à l'autorité militaire.

II. Conditions de l'ajournement. — Les conditions de l'ajournement n'ont pas été modifiées dans la nouvelle instruction. Les deux motifs le plus fréquemment invoqués sont le défaut de taille et la faiblesse de constitution. Certaines autres affections, entre autres les affections cutanées et surtout les adénites, sont susceptibles d'entraîner l'ajournement.

Rappelons que les jeunes gens *omis* de deux ans ne peuvent être ajournés (Circulaire du 31 mars 1890). Après deux années d'ajournement, la situation de chaque intéressé est définitivement réglée; il est pris, ou versé dans le service auxiliaire, ou exempté.

Enfin, il faut connaître la faculté qu'a le conseil de revision de renvoyer à la fin et avant la clôture des opérations, l'examen des hommes qui sont atteints de maladies aiguës ou d'affections dont la guérison est possible dans un laps de temps restreint; mais si le médecin prévoit que le temps nécessaire pour obtenir le rétablissement doit dépasser l'époque de l'incorporation, aux termes de la loi, l'ajournement à un an peut être prononcé.

(1) Duponchel, Du Cazal et Catrin.

III. Conditions a remplir pour être admis a contracter un engagement. — Les conditions d'aptitude sont déterminées pour chaque arme ou service et doivent être remplies conformément aux prescriptions de la cinquième partie de l'instruction, page 60 (aptitude aux différentes armes). Mais afin d'assurer le recrutement de toutes les capacités nécessaires aux services de l'armée, les engagés peuvent être pour la taille l'objet de certaines tolérances déterminées par un tableau annexé au décret du 28 septembre 1889.

Ajoutons, comme particularité intéressante à signaler, qu'un engagé volontaire réformé pour des motifs autres que pour blessures reçues dans un service commandé ou pour infirmités contractées dans les armées de terre ou de mer, peut être ultérieurement compris dans le contingent pour le conseil de revision, si les motifs de la réforme ont cessé d'exister. De même, un homme exempté, ajourné ou placé dans le service auxiliaire, peut, jusqu'à trente-deux ans accomplis, s'engager, si les causes qui l'avaient fait placer dans une de ces catégories ont cessé d'exister (lois du 15 juillet et du 28 septembre 1889).

Il importe de ne pas perdre de vue que l'État, en donnant aux jeunes gens la faculté de s'engager, leur accorde une faveur; aussi ne doit-on pas s'étonner si les médecins militaires « s'attachent à refuser rigoureusement tout engagé dont l'aptitude physique peut présenter quelque doute ». Tout médecin qui signe un certificat d'engagement est rendu responsable, même pécuniairement; aussi doit-il accorder à la visite des hommes le soin le plus minutieux.

IV. Conditions d'aptitude exigées pour l'admission dans les écoles militaires. — L'instruction de mars 1890 contenait un paragraphe où étaient relatées les conditions particulières aux candidats aux écoles militaires. On y lisait entre autres que la myopie pouvait être tolérée jusqu'à sept dioptries, etc. Ce paragraphe a été supprimé, et avec raison. Dans un récent article sur l'aptitude au service, le *Progrès militaire* (1) s'émeut de la suppression de ces mesures de bienveillance dont, à notre avis, l'exécution constituait un abus et une illégalité. Avec MM. Du Cazal et Catrin nous pensons que « le médecin devra être sévère pour l'admission d'un élève-officier, n'oubliant pas que c'est faire à l'armée un triste présent que de lui offrir un chef malingre qui pourra un jour, par ses infirmités, compromettre non seulement sa propre existence, mais encore celle des hommes qui lui sont confiés ».

A l'heure actuelle aucune mesure spéciale n'est applicable aux candidats, aux élèves des écoles militaires. On doit exiger d'eux les conditions d'aptitude particulières à l'arme à laquelle ils se destinent (Instruction, page 60), « les obligations du service étant pour les officiers au moins égales, sinon plus importantes, que celles des hommes de troupe ».

C'est ainsi que pour connaître les dispositions relatives à l'aptitude physique des candidats à l'*École spéciale militaire*, à l'*École polytechnique*, etc., nos confrères doivent se reporter aux paragraphes qui traitent des conditions d'aptitude physique et d'acuité visuelle pour l'*infanterie*, la *cavalerie*, l'*artillerie*, etc. Ils y trouveront nettement détaillées toutes

(1) Numéro du 28 mars 1894.

les indications nécessaires, quant aux prescriptions dont l'exécution stricte permet d'assurer avantageusement le recrutement des écoles militaires.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

Anévrysme poplité. Ligature de la fémorale à l'anneau de Hunter, suivie de douleurs névralgiques du mollet. — Extirpation secondaire de l'anévrysme adhérent au nerf sciatique poplité interne. — Guérison.

Par le docteur Chaput,
Chirurgien des hôpitaux de Paris.

Le nommé Alexandre D..., âgé de quarante ans, garçon marchand de vins, entre à la Salpêtrière le 1er septembre 1892.

Son père, encore vivant, est rhumatisant; sa mère est morte, il y a quelques années, d'une affection cancéreuse. Il a quatre frères ou sœurs bien portants.

Ses antécédents personnels se réduisent aux renseignements suivants : il a eu la jaunisse il y a quinze ans; un érysipèle de la face il y a quatre ans et une attaque de rhumatisme aigu il y a trois ans. Pas d'antécédents de syphilis.

Il y a quatre mois, en soulevant une pièce de vin, son pied glissa et il fit un violent effort pour la retenir; huit jours après, il commença à ressentir une certaine gêne dans la région poplitée droite; peu à peu, cette gêne s'accentua et, il y a un mois, il s'aperçut de la présence d'une tumeur pulsatile dans cette même région. Comme cette tumeur augmentait, ainsi que la gêne et la douleur, il ne put continuer à travailler et entra à l'hôpital. Depuis son entrée, et malgré le repos auquel il est soumis, il souffre toujours d'élancements dans son membre; il ne dort pas, cherchant sans cesse une position dans laquelle il souffre moins.

A l'inspection de la région malade, on constate que la dépression normale est comblée par une tuméfaction volumineuse animée de battements. A la palpation, on sent nettement les battements isochrones à ceux de la fémorale et un peu en retard sur ceux de la radiale.

La tumeur s'étend latéralement du biceps au demi-tendineux; elle est limitée en bas par le pli de flexion; elle remonte en haut à cinq travers de doigt environ, elle est fusiforme.

A l'auscultation, on entend à chaque diastole artérielle un bruit de souffle prolongé; il n'existe pas de thrill, ni d'autres signes d'anévrysme artério-veineux.

La peau glisse facilement à la surface de la tumeur, elle est normale et non enflammée. Le mollet est augmenté de volume, dur et douloureux ; pas d'œdème du membre ; pas de troubles trophiques ni de dilatations veineuses. La flexion du genou s'exécute bien, mais est douloureuse à cause de la présence de la tumeur.

Il existe du même côté des ganglions inguinaux volumineux, mais indolents, un peu d'arthrite sèche du genou du côté opposé.

Rien au cœur, pas d'athérome artériel. Les autres organes sont normaux. Rien dans les urines.

Le 12 septembre 1892, je pratique la ligature de l'artère fémorale à l'anneau de Hunter; l'artère est très petite et très saine. Elle est dénudée régulièrement et liée à la soie. Suture sans drainage. Pansement iodoformé ouaté. On entretient pendant quarante-huit heures, de chaque côté du membre, des boules d'eau chaude pour lutter contre le refroidissement.

Réunion immédiate. Ablation des fils le septième jour.

A la suite de cette opération, l'anévrysme perdit ses battements et se transforma en une tumeur dure, de consistance ligneuse et du volume d'un œuf de pigeon. Cependant le malade éprouvait localement des douleurs en marchant et présentait spontanément des irradiations névralgiques dans le mollet.

Soupçonnant une compression d'un nerf adhérent au sac, analogue à celles signalées par M. Delbet, je me décidai à pratiquer l'ablation de la tumeur, qui fut faite le 4 octobre 1892.

Je pratique une incision verticale dans l'axe du membre, dépassant les limites de la tumeur. En isolant la face postérieure de l'anévrysme, je constate la présence du sciatique poplité interne, étalé, lamelleux, adhérent au sac et se confondant avec lui ; le nerf a été coupé en partie par un coup de ciseaux malencontreux. Je passe deux soies fines dans les deux lèvres de la plaie nerveuse; ces fils sont montés sur des pinces pour être serrés à la fin de l'opération.

La tumeur est ensuite énucléée avec peine, elle se crève à la partie interne, laissant échapper une bouillie noirâtre, épaisse comme de la sépia; cette perforation est oblitérée avec une pince en cœur.

L'artère est isolée à la partie supérieure du sac et coupée entre deux pinces ; la veine poplitée, très adhérente au sac, ne peut en être séparée, elle est également coupée entre deux pinces à la partie supérieure.

A la partie inférieure, l'isolement du sac étant difficile, je pratique la section sur le sac lui-même, pincé préalablement avec la veine poplitée qui se trouve ainsi avoir été réséquée sur une longueur de 5 centimètres environ.

Ligatures à la soie en haut et en bas sur les quatre bouts vasculaires; les lambeaux exubérants du sac sont régularisés aux ciseaux. Quelques ligatures de petites veines.

Le sac présente le volume d'un œuf de pigeon, il est épais de 2 à 3 millimètres; il existe sur la paroi interne une mince couche de caillots fibrineux stratifiés, de 1 millimètre et demi environ; toute la cavité du sac est remplie par une bouillie noirâtre épaisse, couleur sépia.

Drainage de la cavité avec une mèche salolée. Suture de la peau aux crins.

Enveloppement ouaté du membre et boules d'eau chaude sur les côtés de la jambe.

Le malade part à Vincennes le 2 novembre 1892 complètement guéri.

Il revient en décembre 1892, il n'a plus de douleurs dans le mollet, le pied n'est pas enflé, mais le mollet est dur et la marche est difficile. Le malade quitte l'hôpital après quelques semaines de repos, très amélioré.

En mai 1893, il revient avec une ulcération superficielle de sa cicatrice qui est saillante et tendue comme une bride. L'état fonctionnel est parfait : depuis plusieurs mois, le malade a repris son pénible métier de garçon marchand de vins. Le malade est sorti au bout de quelques jours complètement guéri.

Le malade a été présenté, le 18 avril 1894, à la Société de chirurgie, il marche parfaitement et continue son métier de garçon marchand de vins. Il souffre un peu dans le mollet quand il marche trop vite ou quand il monte des escaliers et son mollet est augmenté de volume. Il est probable qu'il est atteint de varices profondes causées par la résection de la veine poplitée. Il n'y a pas d'œdème du pied.

Cette observation vient à l'appui des doctrines soutenues par M. Delbet relativement aux inconvénients de la ligature, lorsque les nerfs sont adhérents au sac. Après la ligature, notre malade a présenté des douleurs névralgiques intenses et l'opération qui a suivi a montré l'aplatissement et l'adhérence intime du sciatique poplité interne au sac.

J'avais fait la ligature dans cette pensée que cette opération, plus simple que l'extirpation, suffirait peut-être à guérir

le malade et, qu'en tous cas, elle rendrait plus facile et moins dangereuse l'extirpation ultérieure. L'événement a confirmé cette dernière prévision; je n'ai eu à lier que quatre à cinq veines; je n'ai pas rencontré les collatérales artérielles si redoutables d'ordinaire dans les anévrysmes en activité.

Je pense donc que la pratique que j'ai suivie semble pouvoir être imitée avantageusement, aussi pour toutes les grosses tumeurs anévrysmales justiciables de l'extirpation, je conseillerais volontiers de faire d'abord la ligature en amont; on en resterait là si l'opération était suivie de guérison. Si la ligature était insuffisante ou suivie d'accidents (névralgies, inflammation), on pourrait recourir à l'extirpation qui se ferait dans des conditions très satisfaisantes, les hémorragies artérielles étant, pour ainsi dire, réduites à rien.

Une dernière remarque intéressante :

Voici un anévrysme que nous avons traité par la ligature en amont; immédiatement, il a cessé de battre, s'est durci et a diminué de volume; on a pu, pendant un mois, le considérer comme guéri. Cependant, nous l'avons trouvé au bout de ce temps rempli d'une bouillie noirâtre formée de la dissolution des caillots passifs, avec une couche très mince de caillots fibrineux. Ce fait me paraît en contradiction avec les idées classiques sur la guérison des anévrysmes après ligature.

D'après Le Fort, l'anévrysme guérit par la transformation des caillots cruoriques en caillots fibrineux, mais pour que cette transformation soit possible, il faut que le courant circulatoire ne soit pas supprimé, mais seulement ralenti dans la poche anévrysmale. Or, ici il ne s'est pas fait de caillots fibrineux en quantité notable; les caillots cruoriques se sont désagrégés de façon à former une bouillie noirâtre et le sac ne communiquait plus avec la circulation générale. Cliniquement l'anévrysme était guéri, mais anatomiquement il n'était pas notablement oblitéré par les caillots définitifs. La bouillie noirâtre qu'il contenait ne semblait pas pouvoir fournir de la fibrine, d'autant plus que le sac ne communiquait plus avec la grande circulation.

On m'objectera peut-être que cet anévrysme était destiné à récidiver; je crois, au contraire, qu'il était bien guéri et que sa cavité se serait comblée par rétraction lente et bourgeonnement des parois.

Je tiens encore à remarquer ce fait que, malgré l'absence de circulation dans l'anévrysme, nous n'avons pas vu apparaître les accidents qui, d'après les classiques, d'après Michaux (*Traité de chirurgie*), doivent, en pareil cas, survenir presque à coup sûr, je veux dire l'inflammation du sac et le sphacèle du membre.

LES AFFECTIONS DU LARYNX

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

Les affections du larynx ont eu, au Congrès de Rome, les honneurs d'une section spéciale, c'est dire que les communications y ont été nombreuses. Cependant peu nous ont paru porter sur des points bien nouveaux.

Le professeur Chiari (de Vienne) a parlé sur la **pachydermie du larynx et son traitement**, question intéressante sans doute, mais fort mal définie. La pachydermie n'est qu'un symptôme commun à plusieurs affections laryngées. Ce n'est pas une maladie propre, et nous ne voyons guère la nécessité de réunir dans une même description le traitement varié d'une lésion qui appartient à des affections dissemblables.

Signalons le rapport de M. Schmiegelow (de Copenhague) sur **l'intubation du larynx chez l'adulte**. C'est à notre compatriote Bouchut que revient l'honneur d'avoir découvert ce procédé et d'en avoir réglé la technique. Une de nos prochaines Revues générales tiendra nos lecteurs au courant de ce point important de la chirurgie laryngée. Le tubage, né en France, puis abandonné, a fait fortune à l'étranger; il revient aujourd'hui chez nous, appuyé de statistiques des plus encourageantes.

La question la plus importante de pathologie laryngée qui ait été traitée au Congrès se rapporte au **traitement de la phtisie laryngée**.

Voici les conclusions du rapport lu par le professeur Heryng :

Le principe fondamental d'un traitement efficace de la tuberculose du larynx doit être l'amélioration de la nutrition générale ainsi que des forces du malade, par conséquent la méthode hygiénique, diététique et climatérique.

Les formes graves de la phtisie laryngée, c'est-à-dire les formes dysphagiques, ne peuvent être traitées avec succès que lorsque nous pouvons rendre au malade un état de nutrition normal.

La première indication est, dans ces cas, de faire cesser la dysphagie.

Se fondant sur 252 cas de phtisie du larynx dans lesquels il a appliqué le traitement chirurgical, il est arrivé à la conclusion que cette méthode peut souvent faire disparaître les deux symptômes les plus graves de la phtisie, à savoir la dysphagie et la dyspnée.

En rendant la déglutition plus facile, l'intervention influe indirectement sur l'état général et aussi sur l'état des poumons.

Quoiqu'elle ne préserve pas toujours des récidives et que, dans certains cas, l'amélioration soit passagère, elle peut cependant parfois amener la guérison de la phtisie laryngée pour un espace de cinq à six ans, ainsi que je l'ai démontré en maintes occasions sur diverses pièces anatomiques.

Les résultats défavorables du traitement chirurgical de la phtisie laryngée sont causés bien souvent par l'état trop avancé de l'affection, reconnue et traitée trop tard.

Cette méthode a ses indications et ses contre-indications assez précises. La plus importante est d'opérer les infiltrations circonscrites, unilatérales. Le traitement chirurgical est contre-indiqué dans les états cachectiques et les formes diffuses. Il demande des malades courageux, une technique parfaite, un traitement prolongé et beaucoup de patience de la part du médecin et du malade.

La méthode chirurgicale doit parfois aller de pair avec le traitement par l'électrolyse et la galvanocautérisation et s'appuyer sur la méthode antiseptique (inhalations, injections laryngiennes, etc.).

On pourra compléter avantageusement la cure en envoyant les malades dans le Midi.

M. Gouguenheim, co-rapporteur, décrit le manuel opératoire du traitement chirurgical qu'il emploie pour la cure de la tuberculose laryngée.

« L'anesthésie préalable du larynx est habituellement pratiquée avec une solution de chlorhydrate de cocaïne très forte, de 1/3 ou 33 p. 100. Celle du pharynx et de la base de

la langue est faite aussi avec le plus grand soin, de manière à ce que la traction de la langue hors de la bouche soit aisée et que l'application du miroir laryngoscopique soit facilement tolérée. Alors on place l'emporte-pièce antéro-postérieur, une branche en arrière de la région aryténoïdienne et l'autre branche en dedans du larynx; ce mouvement doit être surveillé avec soin et, quand on s'est assuré que la région malade est bien saisie par les deux mors de l'instrument, il ne reste plus qu'à serrer fortement pour faire la section des tissus, qui est habituellement facile, si l'instrument coupe bien. L'hémorragie consécutive est fort peu abondante, la douleur de l'opération à peu près nulle; il est quelquefois possible d'opérer aussitôt l'autre côté; dès que la pince est retirée, on peut voir la cavité de l'emporte-pièce comblée par une masse de tissu qui déborde de l'instrument. Ce tissu peut être aussitôt mis dans le liquide approprié à l'examen histologique.

Après l'opération, le malade avale de la glace pendant un certain temps, quinze à trente minutes, l'hémorragie s'arrête très vite.

Il m'est arrivé, plus d'une fois, de pratiquer ces opérations chez des malades du dehors, sans avoir jamais vu survenir aucun trouble respiratoire, et je suis convaincu d'avoir pu éviter la trachéotomie dans quelques cas. Toutefois, j'ai toujours préféré hospitaliser les malades pour pouvoir faire plus fréquemment les pansements quotidiens, que je trouve indispensables; j'emploie depuis deux à trois ans le naphtol camphré (2 de camphre, 1 de naphtol β) pour panser la plaie et je fais les pansements tous les jours.

Dès le lendemain de l'opération, ordinairement, la dysphagie est apaisée, et elle disparaît assez rapidement pour permettre d'alimenter et de médicamenter convenablement les malades.

Rien n'est aussi prompt que la cicatrisation de ces plaies; au bout de deux semaines, rarement davantage, les plaies ne suppurent plus et la cicatrisation est achevée en trois ou quatre semaines au plus. La place de la plaie prend un aspect légèrement rouge, et cette couleur rouge qu'elle présente est à peu près normale; au laryngoscope, il est difficile de voir le tissu cicatriciel. »

Cette intervention se recommande dans trois conditions : la dysphagie, indication capitale, la dyspnée et l'aphonie.

D'après MM. Gouguenheim et Balzer, il existe dans ces lésions tuberculeuses du larynx une véritable prolifération nerveuse avec névrite et périnévrite, d'où les troubles fonctionnels et les douleurs. Il n'y a donc pas seulement indication d'abraser ces tissus à cause de leur nature tuberculeuse, mais encore à cause des troubles qu'engendrent les lésions des nerfs qui y sont contenus.

Voici la statistique de M. Gouguenheim :

« Les aryténoïdectomies, presque toujours doubles, ont été au nombre de 58 environ, le traitement, avec séjour des malades dans les salles de l'hôpital, a été de 47.

Les malades traités à la consultation et retournant chez eux a été de 11.

Le nombre de ceux qui se trouvaient guéris, affirmaient-ils, était de 25.

Ceux qui étaient très améliorés ont été de 30.

Je trouve même dans mes notes 5 cas chez lesquels l'amélioration s'est conservée, et les malades sont revenus nous voir au bout de plus d'un année.

Parmi ceux qui ont été améliorés variablement, nous avons eu quelques décès par suite des progrès de la tuberculose pulmonaire. Tous nos aryténoïdectomisés avaient des lésions pulmonaires au deuxième degré, quelquefois plus avancées.

Les pachydermiques que nous avons traités au moyen de la curette simple étaient au nombre de 27 pendant les deux années 1892 et 1893.

Dans ce nombre, 13 ont subi le traitement à la consultation, 14 ont séjourné dans nos salles.

Chez 7 de ces malades, la voix revint d'une manière très nette, chez 10 l'amélioration fut très notable.

Chez les autres, on ne constata aucun changement et quelques-uns succombèrent aux progrès de la tuberculose pulmonaire.

Tous les pachydermiques que nous opérâmes avaient des lésions pulmonaires sérieuses. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Hier, dimanche, a eu lieu, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine, l'Assemblée générale annuelle de l'Association Orfila.

Le président, notre si sympathique doyen, M. Brouardel, a rendu un nouvel hommage à M. Blanche, dont la perte a été si cruelle pour l'Association, où son exquise bonté était si appréciée. Il a dit les services rendus par notre dévoué trésorier, M. Genouville, et donné, sur la situation de l'Association, des détails très intéressants.

M. le secrétaire général Barth a touché, dans son compte rendu, une question délicate sur laquelle il importe d'appeler l'attention de nos confrères. Nous nous ferons très volontiers l'interprète de ses observations, quand nous aurons reçu le discours de notre secrétaire général.

L'élection des membres du bureau a donné, à l'unanimité, les résultats suivants : Président : M. Brouardel; vice-présidents : MM. Guyon et Fernet; secrétaire général : M. Barth.

— Par décret, en date du 27 avril 1894, ont été nommés dans le corps de santé de la marine :

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. les médecins auxiliaires de deuxième classe Crozet, Ziégler, Viguier, Quinsou, Liffran, Bartet, Boudron, Baudry, Binard, Baret, Erdinger, Massion, Frézouls, Camus, Ruelle, Castaing, Mesny, Abeille de La Colle, Roi, Taburet, Antoine, André, Delaporte, Lamort, Fénon, Mariot, Jacob et Daniel.

— Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le professeur Alexandre Glénard, directeur honoraire de l'École de médecine et de pharmacie de Lyon.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Fête de l'Ascension 3 mai 1894.* — A l'occasion de la fête de l'Ascension, la compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 7 mai, les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivrés, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les mardi 1er, mercredi 2, jeudi 3 et vendredi 4 mai inclus. — Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif, lorsqu'elle expirera après le 7 mai.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — La Compagnie a l'honneur d'informer le public que le train de luxe tri-hebdomadaire « Méditerranée », composé de vagons-lits et d'un vagon-restaurant, qui partait, chaque semaine, de Paris, les mardis, jeudis et samedis, à 7 h. 25 soir et de Vintimille, les lundis, jeudis et samedis, à 6 h. 15 soir, est supprimé depuis le 17 avril.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Péan a présenté une malade fort intéressante, tant au point de vue des opérations qu'elle a subies qu'au point de vue des moyens qui ont été mis en œuvre, chez elle, pour remédier à l'ablation du larynx et d'une forte partie de la trachée. Plusieurs conclusions importantes peuvent être tirées de ce fait : c'est d'abord la dégénérescence maligne possible de tumeurs primitivement bénignes de la thyroïde ; c'est la nécessité d'enlever largement ces tumeurs, d'enlever même une partie importante de la trachée et le larynx, si ces organes sont envahis ; c'est la facilité relative de ces opérations, grâce au pincement et au morcellement ; c'est enfin la possibilité de rendre la voix à ces opérés à l'aide d'un appareil fort ingénieux imaginé par M. Kraus. On trouvera ci-dessous cette intéressante communication de M. Péan.

M. Bœckel (de Strasbourg) a communiqué quinze observations de cure radicale des hernies ombilicales. Il croit pouvoir conclure de ces observations que la cure radicale de ces hernies est une opération peu grave, donnant d'excellents résultats, surtout dans les hernies petites ou moyennes.

L'Académie a repris ensuite la discussion sur la fièvre typhoïde. M. Bucquoy, après quelques réflexions sur l'épidémie actuelle, a formulé un projet de vœu ayant pour but la protection des sources d'alimentation de Paris à leur origine même. Une discussion s'est engagée sur la meilleure formule à donner à ce vœu. On y reviendra dans la prochaine séance.

L'Académie s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Empis sur les titres des candidats associés nationaux. Le classement a été arrêté ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Rollet (de Lyon) ; en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Renaut (de Lyon) et Zambaco (de Constantinople).

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. PÉAN.

Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée et nouvel appareil pour rétablir la phonation.

L'ablation complète de la thyroïde est habituellement pratiquée lorsque cette glande subit la dégénérescence hypertrophique ou kystique. Cette opération a perdu toute sa gravité depuis que l'on a recours au pincement des vaisseaux et au morcellement de la tumeur.

L'ablation partielle est presque toujours réservée à des tumeurs bénignes et peut être faite sans qu'il soit nécessaire de léser ou de réséquer une partie importante du conduit laryngo-trachéal. Tout au plus, au niveau d'une portion adhérente, le chirurgien produit-il parfois une lésion tellement minime qu'un ou deux points de suture suffisent à fermer la blessure et à obtenir la réunion immédiate.

Il n'en est pas de même quand il s'agit de l'ablation des tumeurs malignes. Ces dernières sont intimement accolées au conduit laryngo-trachéal ou même l'envahissent parfois si profondément qu'il est indispensable, pour diminuer les chances de récidive, de réséquer une partie du larynx ou de la trachée.

La malade, dont nous présentons l'observation, offre à ce double point de vue un réel intérêt. En 1890, nous avons dû pratiquer chez elle l'ablation totale de la thyroïde, qui était simplement hypertrophiée. Deux ans plus tard, la tumeur avait récidivé et pris la forme cancéreuse ; nous dûmes alors, pour ne rien laisser de suspect, lui enlever, en même temps que la tumeur, le cartilage cricoïde et les cinq premiers anneaux de la trachée.

Voici, en résumé, cette opération :

Mme R..., âgée de quarante et un ans. Le père est mort à la suite d'un accident ; la mère est âgée de soixante-quinze ans et vit en bonne santé, de même que les frères et les sœurs de la malade. Le mari succomba à une maladie de cœur. La malade elle-même eut la fièvre typhoïde à l'âge de dix ans ; à l'âge de dix-neuf ans, elle eut une fausse couche de sept mois suivie, pendant trois années, de faiblesse extrême.

En avril 1883, elle reconnut, au niveau du lobe droit de la thyroïde, la présence d'une tumeur de la grosseur d'une noix, qui augmenta progressivement, si bien que sept ans plus tard, lorsqu'elle vint nous consulter, elle avait le volume d'une tête de fœtus à terme et occupait les trois

lobes de la thyroïde. Cette tumeur était peu douloureuse, mais elle causait une difformité fâcheuse et des troubles fonctionnels dus à la compression du larynx et de la trachée. Sur la demande de la malade, l'opération fut pratiquée en décembre 1890.

Une incision médiane, verticale, étendue de l'os hyoïde au-devant de la fourchette sternale, nous suffit, comme toujours, pour mettre à nu l'enveloppe propre de la tumeur, après avoir sectionné la peau, le tissu cellulaire sous-cutané, l'aponévrose superficielle et l'interligne musculaire. Six pinces hémostatiques, placées sur les vaisseaux, servent de rétracteurs. La portion médiane de la tumeur, ainsi mise à nu, est fluctuante. Nous l'incisons et nous recueillons 100 grammes de liquide hématique. Dès que ce kyste est vidé, nous détachons soigneusement ce lobe moyen des organes voisins, nous le pinçons et nous le réséquons jusqu'à la trachée. Nous reconnaissons ensuite que les lobes latéraux sont solides et très adhérents aux muscles et aux aponévroses. Nous les saisissons successivement avec des pinces à mors courbes, dentés, et nous les enlevons par fragments du volume d'une chataigne à un œuf de poule, sans perdre de sang. Le morcellement est facilité par la mollesse et la friabilité du tissu, qui cède à la pression des pinces et même à celle des doigts. L'ablation est faite suivant les règles que nous avons depuis longtemps posées, c'est-à-dire du centre à la circonférence.

Lorsque la tumeur est réduite à son enveloppe, nous enlevons celle-ci avec la spatule et le bistouri, en ayant soin de pincer les vaisseaux pour mieux distinguer les organes voisins. Nous laissons les pinces en place pendant deux heures et nous fermons ensuite la plaie avec des anses séparées de crin de Florence, sans qu'il soit utile de lier aucun vaisseau. Réunion immédiate.

Au cours de l'opération, une particularité, que nous avions prévue d'ailleurs et que nous avons plusieurs fois constatée, se produit. Malgré toutes les précautions avec lesquelles le chloroforme est administré, une dyspnée inquiétante se produit et la malade est menacée d'asphyxie. Pour faire disparaître cet accident, il suffit, comme toujours, d'asseoir la malade, d'extraire les mucosités dans le larynx et de faire, pendant quelques minutes, la respiration artificielle par la méthode de Laborde.

Nous avons souvent, dans nos Leçons cliniques antérieures, discuté la valeur et la pathogénie de ce phénomène qui nous paraît dû surtout à l'hypersécrétion des mucosités laryngo-trachéales.

Trois semaines après, la malade sort guérie de l'hôpital.

L'examen microscopique de la tumeur enlevée, fait par nos éminents collègues, MM. Brault et Cornil, démontre qu'il s'agit d'une hypertrophie simple de la thyroïde.

En janvier 1892, la malade voit apparaître, au niveau de l'ancienne cicatrice, une nouvelle tumeur qui s'accroît promptement sans causer de vives douleurs et qui ne tarde pas à gêner la respiration et la déglutition. Voyant qu'il s'agit d'une récidive et que l'aspect de la tumeur est celui des productions malignes, nous l'opérons le 2 décembre 1892.

Nous faisons l'incision médiane et verticale, longue de 10 centimètres, sur le trajet de l'ancienne cicatrice.

La peau et le tissu cellulaire sont facilement disséqués à droite; mais, à gauche, ces deux couches sont si minces, si adhérentes, que la dissection entraîne l'ouverture d'un kyste hématique. Après avoir retiré de cette poche 20 grammes de liquide noirâtre, épais, et enlevé le kyste, nous constatons que les lobes latéraux de la tumeur adhèrent fortement aux muscles, aux aponévroses, au larynx et à la trachée. Nous enlevons par morcellement, avec d'autant plus de soin, tous ces prolongements, qu'ils sont durs, squirreux et qu'ils traversent les faces antéro-latérales du cricoïde et les cinq premiers anneaux de la trachée. En voyant les prolongements de la tumeur pénétrer jusque dans la muqueuse, nous excisons, pour ne rien laisser de suspect, toute cette partie du conduit laryngo-trachéal. Aussitôt après, nous suturons les lèvres de la trachée à celles de la peau, au moyen de crins de Florence à anses séparées.

La largeur de l'orifice ainsi obtenu est telle que l'air y passe librement, sans qu'il soit besoin d'y placer une canule à demeure.

L'orifice du larynx est laissé libre au niveau du cartilage cricoïde et nous nous contentons de rapprocher les lèvres de la peau et de les suturer au crin de Florence, au-dessus de l'orifice trachéal.

Le siège, l'examen, les rapports, la marche rapide de la tumeur prouvent, comme nous l'avions reconnu, qu'elle avait pris naissance dans les débris de la thyroïde et qu'elle était maligne.

Un nouvel examen histologique, fait par MM. Cornil et Brault, confirme notre diagnostic en montrant qu'elle diffère très nettement des adénomes purs et qu'il s'agit d'un cancer à tendances peu infectantes.

Trois jours après l'opération, l'orifice trachéal se rétrécit.

Pour combattre la dyspnée, qui tend à reparaître, nous y plaçons une canule à demeure, en ayant soin d'en varier la longueur pour éviter que son extrémité libre porte toujours sur le même point de la muqueuse trachéale.

Trois semaines après, la plaie est complètement guérie. La cicatrisation de la plaie trachéale se fait régulièrement autour et au-dessous de la canule, mais, comme cela est à craindre, il n'en est pas de même au-dessus d'elle.

La perte de substance, produite au niveau du cricoïde et des premiers anneaux de la trachée, ne tarde pas à se combler par un tissu cicatriciel et par des bourgeons charnus, et il en résulte bientôt un rétrécissement considérable augmentant au point qu'au bout de cinq mois, la communication de la trachée et du larynx est très étroite. [C'est alors que Eugène Kraus, qui s'occupe avec tant de talent des affections du larynx, imagine l'appareil que nous plaçons sous vos yeux et qui a pour but, non seulement de faire passer l'air expiré par le larynx et par la bouche, mais encore de permettre à la malade aphone de parler.

Voici, d'abord, comment il parvient à agrandir suffisamment la partie rétrécie; au moyen du galvanocautère appliqué à plusieurs reprises, il sectionne le tissu cicatriciel depuis la face dorsale de la canule jusqu'au bord inférieur du cartilage thyroïde. Il en résulte une fente qui intéresse toute l'épaisseur des tissus depuis la surface cutanée jusqu'à la muqueuse dont il a soin de maintenir les bords écartés au moyen de mandrins en caoutchouc d'abord, en étain ensuite, dont il augmente progressivement le volume. L'extrémité supérieure de ces mandrins pénètre entre les cordes vocales jusqu'à l'épiglotte, et leur partie inférieure repose sur la canule trachéale.

Tous ces mandrins sont laissés en place chaque jour pendant un quart d'heure.

Grâce à cette dilatation, il lui est facile de détruire les

bourgeons charnus de l'ancienne plaie et d'obtenir une cicatrisation de bonne nature en même temps qu'un canal continuant directement la trachée jusqu'à la glotte ; ce nouveau canal est long de 36 millimètres et assez large pour permettre d'y placer facilement un tube du diamètre de 11 millimètres. Pour que ce tube puisse servir à la fois à entretenir la dilatation de ce canal et à faciliter le passage de l'air expiré, ainsi que celui de la sécrétion traché-pulmonaire, il faut nécessairement l'adapter *directement* et *sans angles* à la canule trachéale.

Celle-ci, d'ailleurs, n'est autre que la double canule trachéale ordinaire, dont on se sert pour faire parler les malades auxquels on a pratiqué la trachéotomie. On sait que cet appareil est composé de deux canules, l'une interne, l'autre externe, fenêtrées toutes deux à leur face supérieure, et que la canule interne est pourvue d'une petite soupape, qui s'ouvre pendant l'inspiration et se ferme pendant l'expiration.

La canule trachéale, dont M. Kraus s'est servi, est longue de 36 millimètres et large de 12 millimètres. Pour pouvoir adapter et souder avantageusement le tube, dont nous avons parlé, à la face supérieure de cette canule, M. Kraus a soin de diminuer la courbure de la canule trachéale et de reporter la fenêtre dorsale le plus loin possible en arrière. Grâce à cette double précaution le tube, destiné à faire passer l'air par la glotte, se trouve tout naturellement reporté en arrière, dans l'axe même de la trachée et du larynx, condition qu'il faut avant tout réaliser. Mais on conçoit que, pour pouvoir introduire la canule trachéale munie de son tube laryngé, il faut que celui-ci soit flexible ; aussi, comme vous pouvez le constater, est-il formé d'une spire en argent, qui sert de gaine intérieure à un tube de caoutchouc. Cette flexibilité permet au tube de suivre les mouvements du cou et de la tête, sans exercer de frottement pénible sur les tissus qui l'entourent.

Cet appareil, au bout de peu de temps, est bien toléré et fait disparaître l'aphonie. Aujourd'hui la malade le place et le retire elle-même sans difficulté, elle ne le change pas plus souvent qu'une canule ordinaire, elle boit, mange, dort, parle et vaque à ses occupations sans éprouver la moindre gêne ; aussi la santé générale ne laisse rien à désirer. Et, comme la seconde opération date de *seize mois* et qu'il n'y a pas de récidive ni dans le canal aérien, ni dans les ganglions du voisinage, nous espérons que la guérison se maintiendra et que l'appareil continuera à lui rendre les plus grands services.

Comme on le voit, les pertes de substance étendues qui portent à la fois sur la trachée et le larynx ne mettent pas nécessairement les malades dans l'impossibilité d'émettre l'air et les sons par les voies normales. Jusqu'à ce jour des extirpations vastes comme les nôtres n'avaient pas encore été convenablement traitées, tous les appareils prothétiques, auxquels on a donné les noms de larynx artificiels, de canules parlantes, n'ayant été appliqués qu'à la suite de l'ablation du larynx.

Par conséquent, aucun d'eux ne peut utiliser la glotte normale, comme on le voit chez notre malade.

On sait que ces appareils sont de plusieurs sortes.

Les uns servent uniquement à faire passer par l'orifice externe et par les fenêtres des deux canules trachéales une troisième canule, dite laryngienne, qui vient se loger dans le vide laissé par le larynx extirpé. On conçoit que, pour introduire cette canule, il faut lui donner une courbure dont la concavité est opposée à celle des canules trachéales. Il en résulte que son axe forme avec celui de ces dernières un angle qui nuit considérablement au passage de l'air expiré et à celui des mucosités sécrétées par la partie inférieure de l'arbre aérien. Il s'ensuit que les canules, bouchées à tout instant par les mucosités provenant de la gorge et du poumon, doivent être retirées et nettoyées très fréquemment et peuvent même engendrer des pneumonies. C'est en vain que Billroth, pour empêcher les mucosités de la gorge de couler dans la canule laryngienne, avait proposé de fixer, à la partie supérieure de celle-ci, une petite épiglotte, métallique, mobile, qui, au moment de la déglutition, devait être fermée par la base de la langue. En outre, il y a toujours, entre ces trois canules, un défaut de rapports exacts et il en résulte, pour l'air expiré, des fuites qui donnent des sons disgracieux, souvent plus bruyants que la voix émise.

Pour faciliter la formation de la voix elle-même, Gussenbauer et d'autres chirurgiens à sa suite ont imaginé d'introduire dans la canule supérieure une petite anche, qui, mise en vibration par l'air expiré, produit un son ; mais, comme ce petit appareil ne donne qu'une seule note et qu'il est facilement obstrué par des mucosités, il a été abandonné. D'ailleurs, il est d'autant moins nécessaire, qu'au bout d'un certain temps les malades émettent des sons plus variés, imitant mieux la voix, peu harmonieuse, il est vrai, lorsqu'ils ne se servent pas de cet accessoire.

Comme on le voit, tous ces perfectionnements sont ingénieux, mais il n'est pas probable que, même en les modifiant encore, les trois canules seront à nouveau acceptées, à cause de la facilité avec laquelle elles se laissent obstruer.

Quelques chirurgiens ont imaginé d'autres appareils. Mais ils ne se sont aucunement préoccupés de maintenir une communication directe entre la trachée et le pharynx. Tout au contraire ils commencent par suturer les bords de la plaie trachéale à ceux de la plaie cutanée et ils placent dans la trachée une simple canule à demeure. Ils laissent ensuite se rétrécir et se combler toute la région correspondante au larynx enlevé afin d'empêcher les mucosités de la bouche de tomber dans la trachée.

On conçoit que de la sorte le malade devient complètement aphone.

Pour remédier à cette infirmité, Stoerck imagina en 1877 d'adapter à la canule interne, qu'il avait laissée à demeure dans la trachée, un tube élastique assez long pour que l'autre extrémité pût être introduite dans la bouche derrière les dents du malade. A son extrémité buccale, ce tube portait un petit tuyau à anche destiné à produire, par les mouvements de vibration de ce petit accessoire, une sorte de son musical sous l'influence de l'air expiré. Il espérait que le son produit au niveau de l'anche serait modifié avantageusement par la cavité et les parois bucco-naso-pharyngiennes. Il ne tarda pas à abandonner cet appareil, parce que l'air expiré par le poumon ne suffisait pas pour produire le résultat voulu.

Dans l'espoir qu'un courant d'air plus intense parviendrait à donner plus de vigueur au bruit produit par l'anche, il imagina, après avoir placé le petit appareil résonnateur dans la bouche, d'appliquer, à l'extrémité opposée du tube, une simple poire du caoutchouc que le malade tenait à la main et qu'il comprimait à volonté quand il voulait parler.

Il ne fut pas plus satisfait de cette nouvelle modification.

Au lieu de produire un courant d'air continu, favorisant l'adaptation de la note musicale aux mouvements phonateurs de la bouche, du pharynx et du nez, le malade n'arrivait qu'à produire des secousses irrégulières qui causaient un bruit tout à fait discordant.

Pour rendre ces intermittences moins fâcheuses, Hochenegg imagina en 1892 de remplacer la poire par un soufflet qu'il appliqua dans l'aisselle du malade et qu'il fixa à demeure dans cette position au moyen d'un bandage de corps entourant le thorax.

Ce soufflet était mis en mouvement par l'épaule et le bras du malade. D'autre part, au lieu de mettre l'extrémité résonnatrice du tube de Stoerck dans la bouche, il la fit passer par le nez jusque dans le pharynx un peu plus bas que la luette.

L'air qui avait produit la note musicale arrivait ainsi directement dans l'arrière-gorge sans que le malade fût gêné pour mouvoir les lèvres pendant la phonation. Mais on conçoit que, d'autre part, le contact de l'appareil avec les fosses nasales et la face supérieure du palais soit très désagréable pour le malade et peu favorable au perfectionnement du son, de telle sorte que le malade ne peut faire entendre qu'une partie des mots. La manœuvre du soufflet, la longueur et le poids du tube constituent également une gêne pénible pour celui qui cherche à se faire entendre.

Aussi nous ne connaissons aucun chirurgien qui ait cherché à s'en servir.

Le système du petit tuyau à anche de Stoerck, quelque peu modifié, a été également utilisé chez le malade que notre collègue Perrier présenta à l'Académie le 18 juillet 1893. Toutefois, au lieu d'introduire l'appareil résonnateur par la bouche, Perrier imagina de pratiquer une seconde ouverture au-dessus du bord inférieur de l'os hyoïde, qui communiquait avec la cavité du pharynx et qui permettait l'application hermétique d'un tube à anche métallique terminé par une surface sphérique. L'anche était mise en vibration par un courant d'air, provenant d'un réservoir en caoutchouc à double poche que l'on remplissait au moyen de la poire à main du thermocautère.

On conçoit combien des appareils aussi compliqués sont gênants, puisqu'ils forcent les malades à se servir des membres supérieurs pour pouvoir parler.

C'est pour ce motif que, chez notre malade, nous avons eu soin de chercher à les remplacer par un moyen plus simple et plus naturel.

Nous croyons que celui que nous vous présentons satisfait à toutes les indications voulues. Aujourd'hui, la malade est habituée à le supporter jour et nuit sans en être gênée. La voix est déjà bonne. Nul doute qu'avec le temps elle ne devienne plus forte et qu'elle ne se perfectionne encore, d'autant plus qu'avec le temps cette femme acquerra une véritable expérience. Certains faits démontrent que des malades auxquels on a enlevé le larynx et suturé la trachée à la peau, ont pu recouvrer en partie la voix en aspirant par la bouche et le nez de l'air, qu'ils emmagasinaient dans le pharynx et l'œsophage en assez grande quantité et qu'ils rendaient ensuite à volonté en produisant une sorte de voix, plus ou moins nette, que l'on a appelée œsophagienne. Si les sons émis de la sorte sont perceptibles, il sera bien autrement facile à notre malade, avec un peu d'exercice, d'en produire d'autres plus distincts et plus agréables à entendre.

Comme on le voit, cette observation est intéressante à plusieurs points de vue. Elle montre :

1° Que les tumeurs bénignes de la thyroïde, hypertrophiques ou kystiques, sont susceptibles de subir la dégénérescence maligne à des époques plus ou moins éloignées, ainsi que nous l'avons souvent observé ;

2° Que les divers modes de traitement médicaux et chirurgicaux et même l'ablation totale ne suffisent pas toujours pour mettre les malades à l'abri de cette dégénérescence ;

3° Qu'il faut les enlever avant qu'elles soient volumineuses, toutes les fois qu'elles exercent une compression fâcheuse sur le larynx et la trachée ;

4° Que les tumeurs malignes de la thyroïde doivent être enlevées plus largement encore ;

5° Qu'il ne faut pas craindre, si elles ont envahi la trachée ou le larynx, d'enlever une partie importante de ces organes (1) ;

6° Que ces sortes d'opérations sont devenues faciles grâce au pincement des vaisseaux et au morcellement ;

7° Qu'elles peuvent être suivies d'un succès durable, puisque notre malade, au bout de seize mois, est aussi bien portante que nous pouvons le désirer ;

8° Que l'ablation d'une portion importante de la trachée n'empêche pas la malade de respirer avec facilité, grâce à la canule ordinaire, mais que, pour retrouver la voix, il est nécessaire de recourir à ceux des moyens prothétiques que nous avons décrits ;

9° Enfin, que celui qui a été construit sur notre demande par Kraus est préférable à tous ceux qui avaient été imaginés jusqu'à ce jour.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 1er mai 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Quinze opérations de cure radicale de hernies ombilicales. — M. J. BŒCKEL (de Strasbourg) a pratiqué quinze fois la cure radicale des hernies ombilicales : dix fois pour des hernies non étranglées, cinq fois pour des hernies étranglées.

Des deux malades opérés par la cure ancienne (sans suture de l'anneau), l'un a eu une éventration consécutive, l'autre est resté guéri.

Six opérés par la méthode de M. Championnière (suture de l'anneau) ont fourni cinq guérisons définitives et une guérison partielle (récidive au bout de cinq ans dans une hernie énorme).

Trois cas opérés par l'omphalotomie sont restés indemnes de toute récidive.

M. Bœckel termine par les conclusions suivantes :

1° La cure radicale de la hernie ombilicale non étranglée est une opération peu grave, la mortalité n'étant que de 1,3 p. 100 ;

---

(1) Dans un remarquable travail sur l'ablation du larynx, E. Kraus a montré que Watson, Billroth, Czerny, Margary, Reyer, Novaro, Maydl, Jones, Scheede, Roswell, Hahn, Labbé, Radestock, Omboni, Steerner et John Berg ont été contraints d'enlever le larynx pour des tumeurs malignes de la thyroïde qui l'avaient secondairement envahi. Malheureusement, presque tous leurs opérés sont morts de pneumonie. Chez les autres, la récidive est survenue dans les mois qui ont suivi l'opération.

2° Le pronostic de la hernie ombilicale étranglée étant plus grave (28,1 p. 100 de mortalité) et l'étranglement survenant presque fatalement dans toute hernie, la cure radicale doit être proposée dans toute hernie ombilicale non étranglée, quel qu'en soit le volume et quel que soit l'âge du sujet. J'ai, en effet, opéré des sujets de cinquante-six, soixante-neuf, soixante-quatorze, soixante-quinze et quatre-vingt-un ans, avec succès ;

3° Les résultats excellents de cette intervention dans les hernies petites et moyennes sont moins brillants dans les grosses hernies ; néanmoins, l'opération place le sujet dans des conditions plus avantageuses sous tous les rapports ;

4° La méthode de M. Le Dentu (omphalectomie) est la méthode de choix, attendu que, jusqu'à ce jour, elle n'a pas donné de récidive.

Thyroïdectomie suivie de la résection du cartilage cricoïde et des cinq premiers anneaux de la trachée et nouvel appareil pour rétablir la phonation. — M. PÉAN fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 477.)

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA FIÈVRE TYPHOIDE

M. BUCQUOY rappelle dans quelles conditions a débuté l'épidémie de fièvre typhoïde qui a sévi à Paris, depuis le 24 février dernier. Sa coïncidence avec une épidémie survenue à Sens, alimentée également par la dérivation des sources de la Vanne, a permis de penser que c'était à la contamination de celles-ci qu'il fallait l'attribuer. Or, les sources captées se subdivisent en sources jaillissantes proprement dites et en eaux de nappe puisées à l'aide de drains et réunies aux premières. Une épidémie de fièvre typhoïde est survenue l'an dernier dans un petit village, Rigny-le-Ferron, dont les eaux d'écoulement sont proches des eaux de nappe captées à l'usine de Flacy; les déjections des typhiques ont été déversées sur les bords du ruisseau d'écoulement; trois semaines après une pluie abondante qui a lavé ces bords, la fièvre typhoïde est apparue à Sens et à Paris. M. Bucquoy souhaite que des mesures soient prises pour éviter le retour de pareils faits de contamination des eaux jusqu'ici insoupçonnées, qui sont déversées dans l'aqueduc de la Vanne.

M. DUJARDIN-BEAUMETZ propose à cet effet le vœu suivant :

« L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux de sources distribuées à la population parisienne, et tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel qui ne s'est produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu que des mesures de police sanitaire rigoureuses soient appliquées dans le périmètre des sources concédées à la ville de Paris. »

Après un échange d'observations entre MM. Brouardel, Armand Gautier, Vallin, le vote de ce vœu est renvoyé à la séance prochaine.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La médication par l'exercice (1), par le docteur Fernand Lagrange.

M. F. Lagrange s'est fait, en quelque sorte, une spécialité des publications relatives à l'exercice. Après avoir étudié, dans deux livres antérieurs, la physiologie des exercices du corps et l'exercice chez les enfants et les jeunes gens, il publie maintenant un ouvrage très étendu et très étudié sur la médication par l'exercice. Ce livre est divisé en trois parties :

La première est consacrée aux effets thérapeutiques de l'exercice. L'auteur passe successivement en revue l'exercice actif, l'exercice passif, la fatigue et l'entraînement destiné à amener l'accoutumance à la fatigue et à en reculer les limites. Il recherche quelles peuvent être, d'une façon générale, les indications et les contre-indications de l'exercice.

La seconde partie représente, en quelque sorte, la matière médicale de l'exercice. Là sont examinées les diverses variétés d'exercice méthodique dont la thérapeutique peut user pour la prophylaxie et le traitement de certaines maladies : gymnastique suédoise, allemande et française, exercices libres, cure de terrain. Les Français ont beaucoup à apprendre à ce point de vue; ils ont jusqu'à présent trop dédaigné le massage et la gymnastique dont les autres nations usent largement et avantageusement, depuis longtemps déjà.

La troisième partie est consacrée à l'application du traitement dans les différentes variétés de maladies dans lesquelles il est susceptible de rendre des services; la liste en est très étendue, elle comprend : les maladies dites par ralentissement de la nutrition, les maladies de l'appareil locomoteur, les déviations de la taille, les maladies du système nerveux, les maladies des femmes, les affections des voies respiratoires et les maladies de l'appareil circulatoire.

Un chapitre particulier est consacré à la cure de terrain de Œrtel (de Munich), cure dirigée d'abord contre l'obésité avec insuffisance cardiaque et tendance à l'asystolie, dont il a été si souvent question depuis qu'elle a été appliquée avec succès à des personnages célèbres. Actuellement ce n'est plus seulement les obèses que l'on traite méthodiquement par la marche et l'ascension des montagnes, mais des malades atteints de lésions orificielles du cœur. La cure des terrains avec restriction des liquides bien dirigée donne d'excellents résultats.

En France, nous sommes en retard pour tout ce qui concerne cet ordre de questions. Il n'est pas, cependant, besoin d'être grand prophète pour prédire que les méthodes de médication hygiénique ne tarderont pas à être connues et estimées à leur juste valeur. Qu'elles soient prochainement à la mode, cela ne nous étonnerait nullement. On emploie mieux et plus souvent qu'autrefois le massage et l'hydrothérapie. On attribue à la climatothérapie une importance méritée, il est donc tout naturel que l'exercice médical soit, lui aussi, mis en œuvre, non pas d'une façon empirique, mais sous la direction de médecins compétents.

M. Lagrange s'est donné la peine d'aller étudier la gymnastique médicale en Suède, en Allemagne, en Autriche, la cure de terrain près de Œrtel lui-même. Il a fait de la médication par l'exercice une étude très claire et très complète; nous lui souhaitons beaucoup de lecteurs, c'est-à-dire beaucoup d'adeptes, car nous souhaitons vivement voir s'étendre de plus en plus le domaine encore trop restreint de la médication par les moyens hygiéniques et physiques.

Traitement de la tuberculose par la créosote (1), par M. Burlureaux.

La créosote a pris la première place dans le traitement médicamenteux de la tuberculose; M. Burlureaux est un de ceux qui savent le mieux manier cette substance. Il la donne surtout sous forme d'huile créosotée en injections hypodermiques à hautes doses : il a quelquefois dépassé 10 grammes de créosote par jour! C'est par kilogrammes

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Rueff et Cie.

d'huile au quinzième que se chiffre la quantité du médicament employé au cours d'un traitement suivi!

M. Burlureaux étudie, dans ce volume, la technique des injections créosotées, leurs accidents possibles, leur valeur *pronostique* et thérapeutique.

Études sur les maladies nerveuses (1), par le docteur P. Blocq.

Dans ce volume, M. Paul Blocq a eu la bonne idée de réunir des études qu'il a publiées dans différents recueils. Quelques-unes d'entre elles ont figuré parmi les meilleures de nos Revues générales. Nos lecteurs ne les ont certainement pas oubliées; elles avaient pour titre : la neurasthénie, les stigmates de l'hystérie, le traitement de l'hystérie, les pseudo-tabes, la syringo-myélie. Nous n'avons donc pas à présenter l'auteur dans ce journal. D'autres revues sur l'aphasie, la grippe et les maladies nerveuses, les somnambulismes, la chorée molle, les lésions et la nature du tabes, le goître exophtalmique, etc., ont paru ailleurs. On y retrouvera les qualités qui distinguent les travaux de neurologie de M. P. Blocq : l'expérience personnelle du sujet traité, l'érudition, la clarté méthodique dans l'exposition et l'agrément du style.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours du Bureau central (médecine) se compose de MM. Letulle, Moissenet, Brocq, Gaucher, Gouraud, Comby et Berger.

— Le jury du concours du Bureau central (accouchements) se compose de MM. Duplay, Rigal, Pinard, Guyon, Maygrier, Ribemont-Dessaignes et Champetier de Ribes.

— Par décret, en date du 25 avril 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Martinet, Barié, Dénucé et Moussous.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Galangau, Vialleton et Bénard.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Luc, Dubourd, Lacaze, Borderemy, Jacquin, Muler, Pellerin, Vernet, Bournet, Rouillon, Raspail, Margery et Hervé de Lavaur.

— *École de médecine d'Angers.* — M. Bahuaud, professeur de thérapeutique et d'hygiène, est nommé, sur sa demande, professeur d'histologie.

— *École de médecine de Tours.* — M. Danner, professeur de physiologie, est admis, sur sa demande, pour cause d'ancienneté d'âge et de services, à une pension de retraite.

— M. le professeur Cornil, sénateur, est nommé commandeur de la Couronne de Roumanie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Bory (de La Jumelière).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Fêtes de Jeanne d'Arc et concours régional agricole à Orléans, mai 1894.* — A l'occasion des fêtes de Jeanne d'Arc et du concours régional agricole qui auront lieu à Orléans du 5 au 14 mai prochain, la compagnie d'Orléans fera délivrer, du 4 au 14 mai inclus, des billets d'aller et retour à prix réduits pour Orléans, à toutes les gares et stations des lignes ci-après :

Orléans à Paris et Étampes à Auneau (exclu); Orléans à Poitiers (inclus); Brétigny à Tours; Tours à Angers (inclus); Tours au Mans (exclu); Angers à la Flèche et à Château-du-Loir (exclu); Sablé et La Suze à La Flèche; La Flèche à Saumur; Châtellerault et Port-de-Piles au Blanc et à Argenton; Tours à Montluçon; Montluçon à Gannat, Saint-Éloi et Moulins; Tours à Vierzon et à Saincaize; Villefranche-sur-Cher à Blois; Orléans à Argenton (inclus); Orléans à Malesherbes, Beaune-la-Rolande, Montargis et Gien; Gien à Argent; Issoudun à Saint-Florent; Beaune-la-Rolande à Bourges; Bourges à Cosne; Bourges à Montluçon.

Ces billets seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains partant d'Orléans le 15 mai.

Les prix de ces billets, au départ des gares et stations situées à 75 kilomètres au moins d'Orléans, seront ceux du tarif général réduits de 30 p. 100. Pour les parcours inférieurs à 75 kilomètres, ces prix seront ceux du tarif spécial G. V. n° 2, avec maximum de perception des prix du tarif général pour 75 kilomètres, réduits de 30 p. 100.

Les billets, dont il s'agit, pourront être utilisés dans tous les trains recevant réglementairement, pour le parcours à effectuer, des voyageurs à plein tarif de la classe du billet délivré.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Première excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau (dimanche 6 mai 1894).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, huit heures trente matin; arrivée à Fontainebleau, neuf heures trente matin. — Départ de Fontainebleau, dix heures vingt-cinq soir; arrivée à Paris, onze heures trente-six soir.

D'accord avec la Cie P.-L-M., la Société des voyages économiques fait émettre jusqu'au 4 mai 1894 inclusivement des billets d'excursion combinés, donnant droit : 1° au transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° au transport en voiture de la gare de Fontainebleau au château et réciproquement; au retour, des hôtels de Fontainebleau à la gare; 3° à une promenade également en voiture, comprenant dans son itinéraire les sites les plus intéressants de la forêt; 4° à un déjeuner à la fourchette et à un dîner à table d'hôte servis dans les principaux hôtels de Fontainebleau.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, 18 fr.; 2e classe, 16 fr.; 3e classe, 15 fr.

Le nombre des places est limité.

Les billets (coupons de chemin de fer, de voiture et de repas) sont délivrés dans les bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales de la compagnie ; 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, Rueff et Cie.

ÉLIXIR & PILULES GREZ CLHORHYDRO-PEPSIQUES
1 verre à liqueur ou 2 à 3 pilules par repas.
ALBUMINATE DE FER LAPRADE
Chloro-anémie. 1 verre à liqueur à chaque repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, rue de Maubeuge.

VIN DURAND
Diastasé
25 ans de succès, 4,000 attestations médicales
DYSPEPSIE | CONVALESCENCES
NAUSÉES | VOMISSEMENTS
GASTRALGIE | INCOERCIBLES
Gros : 50, R. Boileau. Détail : 2, R. des Lombards, Paris
ET PHARMACIES.

PHTISIE
& AUTRES TUBERCULOSES
BRONCHITES, CATARRHES
TRAITEMENT PAR LES
CAPSULES
Antiseptiques
MERCIER
(Eucalyptol 0.05 - Gaiacol 0.05 - Iodoforme 0.01)
La meilleure formule antibacillaire
2 à 3 Capsules à CHAQUE REPAS. — FLACON 3 fr.
3, Place de l'Odéon, Paris et les Phies

Sirop et Pâte CLIN
à la Codéine pure et cristallisée

Le **Sirop** et la **Pâte Clin** sont employés avec le plus grand succès dans les cas de : **Toux, Bronchite, Coqueluche, Grippe, Maux de Gorge,** dans les **Affections de l'Estomac et du Ventre ;** ils constituent le remède souverain contre l'**Insomnie nerveuse** et donnent au malade un sommeil prompt, calme et réparateur.
Mon CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX OU
PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire
Phosphoglycérate de Chaux
Identique à celui de l'organisme. Neutre et soluble. *Entièrement assimilable.*
Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE, Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE, ALBUMINURIE, CONVALESCENCES, etc.*
En solution gazeuse (Stérilisée par CO^2).
L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, **VILLEFRANCHE** (Rhône) et toutes les bonnes Pharmacies.
Employé dans le service d'Albert ROBIN, à l'hôpital de la Pitié.
1° Solution gazeuse ; 2° Forme granulée ; 3° Solutions injectables (Soude ou Chaux).

ANÉMIE, CHLOROSE
AMÉNORRHÉE
DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.
Pilules
à l'Iodure ferreux inaltérable
DE
BLANCARD

Solution et Comprimés
BLANCARD
à l'Exalgine
NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.
Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament
CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

SINAPISME RIGOLLOT
Se trouve en BOITES DE FER BLANC DE 10 FEUILLES dans toutes les Pharmacies du Monde
Jamais d'Insuccès avec les **VÉRITABLES RIGOLLOT**
Eviter les Imitations
Exiger sur chaque feuille et boîte le *nom* et l'*adresse* de l'INVENTEUR **P. RIGOLLOT,** 24, Av. Victoria PARIS

DÉBILITÉ, ANÉMIE, MALADIE DE L'ENFANCE
sont combattues avec succès par la
FUCOGLYCINE GRESSY
Ce Sirop à base d'algues marines, remplace avantageusement l'Huile de Foie de Morue, dont il possède toutes les propriétés, sans en avoir la saveur ni l'odeur désagréables.
LE PERDRIEL et Cie, Paris.

CHLOROSE, ANÉMIE, ÉPUISEMENT

DRAGÉES DE FER COGNET
Protoxalate de fer et Quassine cristallisée.
Le plus ACTIF ferrugineux.

Paris, 4, rue de Charonne, et Pharmacies.

ÉLIXIR LUCAS
FER, VIANDE, VIEUX COGNAC
ANÉMIE — CHLOROSE
RACHITISME — CONVALESCENCES
(TOLÉRANCE PARFAITE)
3f le flac. Phie **Lucas**, *Ingrandes* (M.-et-L.), et bonnes Pharmacies.

CÉRÉBRINE Coca-Théine Analgésique Pausodun.
MIGRAINES * NÉVRALGIES
Vertige stomacal, Zona, Lumbago, Courbature, Influenza, COLIQUES MENSTRUELLES
C. BROMÉE et C. IODÉE : Neurasthénie, *Névroses, Névralgies rebelles, rhumastismales,* etc.
Une c. à soupe à toute période de l'accès. NOTICE et SPECIM. fco.
Cérébr., flac. de 5 fr. et 3 fr. ; C. Bromée et C. Iodée, flac. 5 fr.
E. FOURNIER, 114, R. de Provence, Paris et ttes Phcies.

VIN MARIANI A LA COCA DU PÉROU
Le plus agréable et le plus efficace des toniques, ne constipant jamais. LE VIN DE MARIANI, préparé avec des feuilles fraîches de coca, est le seul prescrit par les médecins des hôpitaux de Paris contre l'Anémie, la Chlorose, la Gastralgie, les Laryngites, les Granulations de la gorge, etc.
D'un goût très agréable, il convient aux convalescents et aux personnes délicates.
DOSE : Un verre à Madère après les repas.
MARIANI, phien, 41, Boul. Haussmann, et ttes phies.



PEPTONATE DE FER
ROBIN
15 à 20 gouttes par repas.
Le plus assimilable des ferrugineux.
SE PREND ÉGALEMENT SOUS FORME DE
VIN, ÉLIXIR
Paris, 13, r. Grenier-St-Lazare, et toutes Pharmacies.

QUINIUM ROY GRANULÉ
Extrait normal. de quinquina soluble A. Roy

SAINT-RAPHAEL, VIN TANNIQUE
prescrit exclusivement comme fortifiant dans les Hôpitaux de Paris, conservé par le procédé de M. PASTEUR, membre de l'Institut.
Maladies de l'appareil digestif. — Chlorose, anémie, affaiblissement général. — Convalescences. — Affections scrofuleuses.
Le vin de Saint Raphaël est un vin fort agréable à boire.
DOSE : Un petit verre après les principaux repas.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.— Vente en gros chez tous les droguistes.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE
Approbation de l'Académie de médecine.
MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.
Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par **Homolle** et **Quevenne** (1) qui doit **SEULE** être délivrée.
Dose p'jour Granules (1 à 3).— Solution p' us. int. (10 à 30 gttes.
(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**
Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

SUC TESTICULAIRE
CONCENTRÉ, STÉRILISÉ
de **CONSERVATION ASSURÉE**
FLACON représentant 30 AMPOULES : 6 FR. au Public.
— — 90 — 12 —
Catillon, 3, boulev. St-Martin. Echantillon fco.

N° 53. — SAMEDI 5 MAI 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 5 MAI 1894. — N° 53.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Parallèle de la trachéotomie et de l'intubation dans le croup.

Par M. le docteur H. GILLET,
Ancien interne des hôpitaux,
Médecin du service des enfants à la Policlinique de Paris.

Lorsque, chez l'enfant atteint du croup, l'accumulation des fausses membranes dans le larynx en rétrécit la lumière à tel point que le passage de l'air devient insuffisant, l'indication de rétablir la béance du conduit apparaît. L'intervention est dictée par la menace d'asphyxie, que révèlent le tirage continu et les accès de suffocation intermittents. L'urgence s'impose de bonne heure ; il faut agir et le mieux est de le faire promptement.

I

HISTORIQUE DE LA TRACHÉOTOMIE. — Pour remplir l'indication, nous n'avions guère, avant ces derniers temps, que la trachéotomie. Le larynx obstrué, on ouvre les voies respiratoires au-dessous, au niveau de la trachée ; on maintient une canule en place, par laquelle se fait la respiration, et le malade renaît ; l'hématose peut de nouveau se faire.

La trachéotomie date de loin, elle remonterait peut-être à Asclépiade. En tous cas, Antyllus sectionnait déjà la trachée transversalement, conduite suivie, il n'y a pas encore très longtemps, par les vétérinaires. Santorio, à la fin du XVIe siècle, plongeait un trocart dans le cou et laissait la gaine en place. Malgré ces tentatives et quelques autres restées isolées, ce n'est qu'avec Bretonneau (1818-1820) que la trachéotomie devient une opération réglée. Mais c'est surtout Trousseau qui s'en fait le parrain et l'ardent propagateur (1833).

Depuis, l'opération devient tellement de pratique courante, que cette circonstance nous dispense de nous étendre plus longuement sur la partie purement historique de la question.

HISTORIQUE DE L'INTUBATION. — Mais à côté de la trachéotomie a surgi une autre méthode, le tubage de la glotte ou intubation du larynx.

Dans cette manière de faire nouvelle, on n'entre plus dans les voies respiratoires par effraction. Pas de plaie d'aucune sorte. On se contente de placer dans le larynx, par simple cathétérisme, un tube creux, modelé sur la forme de l'organe et qui en maintient les parois écartées. La lumière du tube permet la libre entrée de l'air.

Les deux opérations vont l'une et l'autre au même but, l'une pénètre par une brèche, l'autre se contente d'ouvrir la porte, mais toutes deux parent à l'asphyxie.

L'intubation a été précédée par un certain nombre d'interventions, dans le but de rendre la perméabilité du larynx à l'air atmosphérique. Un passage d'Hippocrate ferait allusion à l'introduction de canule dans le larynx pour rétablir le passage de l'air, tandis qu'Asclépiade serait muet, ainsi que Paul d'Egine, le promoteur de la bronchotomie.

En 1801, un hasard démontra à Desault la tolérance du larynx pour les instruments introduits à demeure dans sa cavité. Une sonde élastique, destinée à l'œsophage d'un blessé atteint d'une plaie transverse du cou, alla s'égarer dans les voies aériennes ; elle put y demeurer plusieurs heures sans accident. C'était le principe de l'intubation trouvé.

S'inspirant de ce fait tout fortuit, Bichat fit de parti pris le cathétérisme laryngé avec sonde à demeure dans six cas, dont un d'œdème de la glotte. Ce tubage se termina par une guérison, après un séjour de la sonde durant vingt heures. Bichat introduisait la sonde soit par la bouche, soit par le nez.

La pratique de Bichat fut généralisée par Loiseau [de Montmartre] (1857), dont la sonde annulaire remplaça l'anneau primitif de Dieffenbach (1839).

Chaussier (1784-1880) et Depaul (1845), dans un autre ordre d'idées, mais sur le même principe, imaginèrent leur tube laryngien pour remédier à l'asphyxie des nouveau-nés par l'insufflation.

A Vienne, M. le docteur Monti introduisait dans le larynx une sonde en gomme, soit comme moyen temporaire en attendant la trachéotomie, soit comme procédé définitif, pour rendre les voies aériennes perméables. Bien d'autres essais de ce genre se rencontrent dans la littérature médicale.

Mais ce n'était là encore que l'idée en germe du cathétérisme laryngé, dans le cas d'obstruction laryngée d'origine diverse, et non une méthode réglée, dirigée spécialement contre le croup.

Celle-ci ne fit son apparition que plus tard et encore d'une façon éphémère, pour renaître trente ans après (1).

C'est en septembre 1858 que E. Bouchut (2) proposa, pour la première fois, l'application du tubage de la glotte dans le croup; Bouchut terminait son mémoire par les conclusions suivantes et constatait :

« 1° La facilité qu'on a de pratiquer le tubage de la glotte au moyen d'une virole ou canule fixée par les cordes vocales inférieures et n'empêchant pas les fonctions de l'épiglotte;

2° La tolérance de cette virole par le larynx;

3° La possibilité de remédier à l'asphyxie du croup et des maladies du larynx par ce moyen, de préférence à la trachéotomie;

4° La facilité qu'ont les grosses concrétions pseudo-membraneuses, formées dans la trachée et dans les bronches, de sortir par ce tube intra-glottique;

5° L'utilité de cette ressource nouvelle pour les médecins, qui, dans de petites localités, sans aides et loin de tout secours, pourront employer ce moyen de préférence à tout autre. »

L'opération ne fut pas acceptée, à cette époque, et l'Académie de médecine de Paris adopta les conclusions de son rapporteur, qui était Trousseau.

« 1° Le tubage du larynx, tel qu'il a été appliqué jusqu'à présent, ne nous a paru ni assez utile, ni assez exempt de danger pour mériter l'approbation de l'Académie.

2° La trachéotomie, dans l'état actuel de la science, est le seul moyen à employer, lorsqu'il ne reste plus d'autres chances de salut dans l'emploi des moyens médicaux. »

Malgaigne seul défendit la méthode nouvelle de Bouchut. Il fit remarquer l'analogie qu'il y avait entre le tubage et la trachéotomie avec la taille et la lithotritie. « Que l'histoire de la lithotritie nous serve d'exemple! dit-il. Qui sait si le tubage ne sera pas un jour pour le croup ce que la lithotritie est pour les pierres de la vessie? »

En 1860, Weinlechner et Stoerk (de Vienne) ont fait quelques essais, qu'ils abandonnèrent, de même que Möller (3) [de Kœnigsberg].

La question en était restée là, lorsque à partir de 1880, un médecin américain, O'Dwyer, reprenait, de son côté, l'idée de Bouchut et la travailla plusieurs années.

Sous cette nouvelle impulsion, le tubage fut essayé par un grand nombre de médecins américains.

La liste des publications sur l' « intubation of larynx », parue aux États-Unis, remplirait plusieurs pages. Cette riche bibliographie a été condensée à plusieurs reprises sous forme de rapports généraux.

En 1887, au Congrès médical international de Washington, la question de l'intubation mise à l'ordre du jour fut traitée tour à tour par différents auteurs à des points de vue différents.

La communication de William Perry Northrup avait trait à l'anatomie pathologique (*The pathological anatomy of laryngeal diphteria as related to intubation*). Bouchut reprit son ancien sujet : le tubage du larynx contre l'asphyxie du croup et les rétrécissements du larynx.

Joseph O'Dwyer résumait sous le titre général : « Intubation of larynx », les principaux points de sa méthode et les résultats qu'il en avait obtenus.

F.-E. Waxham examinait surtout la statistique (*Intubation of the larynx; its advantages and disadvantages, with statistics of the operation*).

D'Amérique l'opération se répand en Angleterre, en Allemagne et en Autriche où elle rencontre des enthousiastes.

En France, on fait seulement quelques essais non publiés, en 1887, dans le service de M. A. Sevestre à l'hospice des Enfants-Assistés, à l'instigation de M. Lubet-Barbon, qui a donné (1) un bon résumé de la question de l'intubation à cette époque.

A la même date paraissaient la thèse inaugurale du docteur A. Chabanet (2), celle du docteur Jacques (3).

Un an plus tard, M. le docteur d'Heilly faisait quelques essais d'intubation, sans, dans la suite, adopter la méthode (4).

Au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, M. Queirel communiquait des résultats fournissant 38 p. 100 de succès. Quatre cas ont été communiqués par M. Ducamp (5).

Le Congrès médical international, tenu à Berlin en août 1890, inscrivait encore l'intubation à l'ordre du jour et mettait en présence O'Dwyer et Bouchut. Ranke pouvait, à cette époque, montrer la situation du tubage en Allemagne, en Autriche et en Suisse et donner le bilan des pays de langue allemande. Sa statistique portait déjà sur 413 cas avec 141 guérisons, soit 36,2 p. 100.

De 1890, jusqu'à ce jour, on ne peut suivre publication par publication, article par article, les progrès de l'intubation; la littérature médicale en Amérique et en Allemagne en regorge.

La soixante-cinquième réunion des naturalistes et médecins allemands permet de connaître le chemin parcouru depuis que l'intubation a fait son entrée dans les pays de langue allemande. Dans son rapport général, M. Ranke (de Munich) a pu réunir avec les siens les résultats de Ganghofner (de Prague), Jacubowski (de Cracovie), Muralt (de Zurich), Unterholzner (de Vienne), soit en tout le nombre respectable de 1324 cas avec une moyenne de 39 p. 100 de guérisons.

Tandis que l'intubation s'intronise à quelques exceptions près (Baginsky, Escherich) en Allemagne, elle fait son chemin dans les autres pays, au Nord et au Sud, sauf chez nous.

En Italie, elle est adoptée d'abord par F. Egidi et Masséi (6),

(1) Consulter : Dillon Brown. Intubation of larynx, history, *Transact. of the internat. med. Congress*, 9e session, t. II, p. 531, Washington, 1887.

(2) E. Bouchut. Sur une méthode nouvelle de remédier à l'asphyxie du croup sans péril ni effusion de sang, publié en 1858, dans la *Gazette des hôpitaux*, et reproduit dans *Paris méd.*, 26 mars 1887.

(3) Möller. Über Bouchut's Tubage beim Croup, *Amtlicher Bericht üb. die Versammlung deutsch. Naturforscher u. Ærtzé* 1860, t. XXXV, p. 167-173, Kœnigsberg 1861.

(1) Lubet-Barbon. *Arch. roumaines de méd. et de chir.*, 1887.

(2) Chabanet. *Le tubage de la glotte*, Th. de Paris, 1887.

(3) Jacques. *Intubation du larynx dans le croup*, Th. de Paris, 1888, et *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, janvier 1891, p. 26.

(4) D'Heilly. Soc. méd. des hôpit., 27 avril 1888.

(5) Ducamp. *Loire méd.*, 15 avril 1890, p. 85.

(6) F. Egidi. *La prima intubazione della laringe per crup fatta en Italia coll' apparecchio dell' O' Dwyer*, Naples 1889. — F. Egidi et F. Massei. *La intubazione della laringe nel crup* (commun. au Ier Congr. de pédiatrie tenu à Rome), Naples 1891. — F. Egidi. *Apparecchio d'intubazione laringea per bambini ed adulti, modificato. Sessante intubatione della laringe per crup, come contributo alla statistica*, Florence 1892 (*Bolletino delle malattie dell' Orecchio, etc.*, 1892, anno X, no 1). — F. Massei. *La intubazione della laringe nei bambini e negli adulti*, Naples 1891. — Fr. Egidi. Ottantadue tracheotomie e ottantaquattro intubazioni, come contributo alla statistica, *Bolletino delle malattie dell' Orecchio, etc.*, 1893, anno XI, nos 3-4.

par Lepore Giovanni (1), actuellement elle a pénétré en Espagne (2).

D'après la statistique. — Voilà quel est, à l'heure actuelle, le degré d'expansion qu'a pris l'intubation du larynx.

Pour quelles raisons nous montrons-nous, en France, encore si réservés à son égard? Ne serait-il pas temps de chercher si vraiment sa pratique ne fournit pas quelque avantage?

Pour asseoir un jugement réfléchi sur la valeur de ce mode d'intervention, ne semble-t-il pas assez naturel de demander ses renseignements à la statistique?

La statistique constitue essentiellement une arme à deux tranchants. Elle prouve tout ou ne prouve rien. Ce qu'il faut à tout prix éviter ce sont les séries heureuses ou malheureuses, les favorables ou les contraires.

Le seul moyen de se servir utilement des chiffres, pour se rendre compte de la valeur d'une opération aussi répandue qu'est la trachéotomie, est de rassembler le plus grand nombre possible d'opérations et de résultats. Quelques succès ou quelques insuccès en plus ou en moins ne pèseront pas d'un gros poids dans la balance; lorsqu'il s'agit de quelques cas, ils ne changent en rien la proportion, lorsqu'on compte par milliers de faits. De plus, une sorte de compensation s'établit qui permet de conclure à une juste moyenne.

La méthode que nous avons suivie a consisté à recueillir, sans sélection aucune, toutes les statistiques que nous avons pu nous procurer, de sorte que nos conclusions finales ont pu porter sur un ensemble respectable de plus de quinze mille opérations pour la trachéotomie.

Pour dresser le tableau suivant, nous avons emprunté, pour nos premiers chiffres, ceux qu'ont donnés Sanné et Archambault; pour les autres, nous avons donné l'indication bibliographique que nous n'avons pas répétée, lorsque l'auteur nous a fourni des chiffres à la fois pour la trachéotomie et pour l'intubation, elle ne figure qu'une fois à l'un ou à l'autre des tableaux.

Pour mettre en parallèle l'intubation du larynx avec la trachéotomie, nous avons de même fouillé dans les publications scientifiques pour y chercher le plus grand nombre de statistiques possible pour les aligner; nous avons pu relever ainsi les résultats de plus de huit mille intubations.

II

Statistique de la trachéotomie. — Commençons par la trachéotomie. La science est riche en documents sur ce chapitre; il est toutefois regrettable de ne pouvoir fournir une statistique vraiment universelle, mais ce rêve ne semble guère réalisable. Contentons-nous du possible; du reste, peu d'opérations pourraient nous permettre une aussi abondante moisson statistique.

L'ordre adopté dans le tableau ci-contre est à peu près chronologique.

(1) L. Giovanni. Intubazione e tracheotomi, nel crup, *Archivi itala di Laringologia*, 1893, fasc. xxx.

(2) F. Vidal Solares (de Barcelone). Del entubamiento de la laringe en el crup (trois observ. person.), *Arch. di ginecol. y pediat.*, 1893, nos 10-15.

Tableau statistique de la trachéotomie.

Auteurs.	Trachéotomies.	Guérisons.
Trousseau	80	20
— (1849-1858)	466	126
Élèves de Trousseau	89	39
Bretonneau	17	3
Gerdy	6	4
Baudelocque	15	0
Bricheteau (1839) [comm. acad.]	138	29
Bardinet, etc.	58	17
Malgaigne, etc.	457	10
Richet, etc.	39	17
Hôpit. des Enf.-Malades (1866-78)	1513	335
Hôpit. Sainte-Eugénie (1866-78)	2154	454
Médecins portugais	59	21
— belges	43	12
— allemands	622	273
— bavarois	17	2
— autrichiens	97	28
— suisses	148	60
— anglais (1)	185	60
Guelpa (2)	5	3
G. Hoppe Seyler (3)	213	54
R. Habs (4)	572	256
Bajardi (5)	115	45
Matuci (6)	18	10
Kurt-Hagen (7)	5	0
Hôpitaux de Paris (1886)	297	59
— (1887)	307	58
— (1888)	310	50
— (1889)	202	59
— (1890)	227	69
— (1891)	175	81
St-Philippe (8) [Bordeaux]	290	96
Geffrier (9) [Orléans]	279	156
Momidtorski (10)	71	15
Schlatter (11)	408	159
Mackensie (12)	730	381
Böger (13)	103	46
Mayer (14)	316	102
Krause (15)	200	98
A. Neumann (16)	1096	487
Gustav Baer (17)	323	113
Widerhofer (1890)	78	18
— (1891)	58	8

(1) Chiffres empruntés au *Traité de la diphtérie* de M. Sanné et à l'article Croup du *Dict. encycl. des sc. méd.*, par Archambault.

(2) Guelpa. *Progrès méd.*, 1892, n° 31.

(3) G. H. Seyler. *Deuts. Arch. f. Klin. med.*, Bd. 196, H. 6.

(4) R. Habs. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, Bd. 33, H. 6.

(5) Bajardi. *Arch. ital. di Pediatria*, 1892, p. 133-162.

(6) Mattuci. *Lo Sperimentale*, 1892, n° 18.

(7) K. Hagen. *Deuts. Zeit. f. Chir.*, Bd. 33, H, 2 u. 3.

(8) Saint-Philippe. *Mém. et Bull. de la Soc. de méd. de Bordeaux*, 1890, p. 6, tirage à part.

(9) Communication écrite.

(10) Momidtorvski. *Centralbl. f. Chir.*, 47, R.

(11) Schlatter. *Corresp. Blatt. f. Schw. A.*, 5.

(12) Mackensie, *Edinb. Med. Journ.*, I, V.

(13) Böger. *Centralbl. f. Chir.*, II.

(14) Mayer.

(15) Krause. *Centralbl. f. Chir.*, 47 R.

(16) Neumann. *Deuts. Med. Wochens.*, 1893, n° 7.

(17) G. Baer. *Inaug. Dissert.*, Zurich 1893.

Auteurs.		Trachéotomies.	Guérisons.
Galatti. — Diphtérie primitive.		1118	437
— — secondaire.		42	11
Pauli (1). — Diphtérie primitive.		52	30
— — secondaire.		2	0
Robert W. Lowett (2) [Boston]		327	95
Siegfried Schweiger (3)		33	8
		229	89
Koch (Amsterdam)		71	24
C.-J. Jennings (4) [Détroit, M.]		36	17
Unterholzner (A. Wackerle)	(1873-83)	106	3 1
	(1888-89-90)	197	74
	(1891-1893)	92	19
F. Egidi (5) (1885-89) [+ 10 adultes non diphtériques]		42	20
— (1889) [+ 3 adultes non diphtéritiques]		27	8

Cette statistique volumineuse nous fournit les nombres suivants : 15955 trachéotomies; 4816 guérisons, ou 30,18 p. 100.

Un relevé fait par Prescott et Goodthwait se chiffre, pour un nombre total de 23941 trachéotomies, par une proportion de 28,67 p. 100 de guérisons. C'est un écart insignifiant, on peut donc admettre 30 p. 100 en chiffre rond; on ne s'écartera guère de la vérité mathématique.

III

Statistique de l'intubation du larynx. — Passons aux résultats donnés par l'intubation du larynx.

Les recherches dans les publications scientifiques n'ont pas permis d'arriver à une récolte aussi abondante que pour la trachéotomie. La nouvelle méthode n'a pas encore fourni une carrière assez longue. Notre statistique générale a, cependant, pu se constituer dans le tableau ci-dessus avec un nombre opératoire égal à plus de la moitié de celui des trachéotomies. La plupart des auteurs cités sans renvoi bibliographique, en dehors de ceux qui figurent au tableau de la trachéotomie, sont rapportés d'après Stern.

Auteurs.	Intubations.	Guérisons.
E. Bouchut	10	3
Jos. O'Dwyer (6)	277	70
F. E. Waxham (7)	287	101
Dillon Brown (8)	350	101
J. M. Bleyer (9)	512	200
W. Hailes (10)	200	72
F. Huber	47	20
D. O'Shea	37	14
W. P. Northrup	32	6
A.-B. Strang	31	1
C. E. Denhard	24	10
F. Van Fleet	22	7
D. C. Cooks	21	6
T. H. Meyers	21	4
Montgomery	21	11
H. Caillé	15	5
W. Cheatham	15	1
A. H. Cocks	14	4
E. F. Ingals	12	3
J. Tasher	11	4
W. K. Simpson	10	0
J. A. Anderson	10	1
E. L. Cocks	10	3
J. J. Reid	10	4
G. Mac Naugthon	10	2
C. G. Jemmings (Détroit)	12	0
L. H. Dunning	7	2
J. Eichberg	6	2
H. H. Mudd	6	2
J. J. Hance	6	1
J. E. Winters	6	0
J. Salinger	6	3
Hopkins	6	6
H. O. Bates	6	3
W. P. Boles	2	2
Carl Beck	5	4
J. Mac Manus	5	2
F. K. Priest	5	0
Forscheimer	5	2
G. W. Gay	4	0
F. C. Shaffer	4	0
Geo. Thilo	4	3
H. D. Ingraham	3	0
A. S. Hunter	3	0
G. W. Mason	3	1
Merriam	3	2
Mac Williams	3	0
H. Bœming	3	1
A. E. Hoadleg	9	0
F. Heurotin	9	3
H. W. Berg	8	2
David Prince	2	2
W. L. Carr	2	0
J. W. Niles	1	0
B. T. Shimwell	4	2
L. L. Palmer	1	0
A. G. Case	1	1
Fr. Tipton	1	1
Laugmann	1	1
Rihl	1	0
T. G. Morton	1	0
M. J. Stern	3	1
Rehfuss	3	1
M. S. Roberts	2	2
W. E. Shaw	2	0
J. L. Mulfinger	2	1
Solis Cohen	2	0
E. C. Morgan	1	0
J. B. Wheeler	1	0
H. F. Iwins	1	0
F. Donaldson	1	0
E. D. Fergusson	1	0

(1) Pauli. *Cg. Versamml. Deuts. Naturf. u. A. Nuremberg*, 12 sept. 1893.

(2) R.-W. Lowett. *Med. News*, 27 août 1893, p. 233.

(3) S. Schweiger. *Jahrb. f. Kinderheilk. N. F.*, Bd. XXXVI, H. 3, août 1893, p. 247.

(4) Jennings. Cong. med. intern. de Washington, 1887.

(5) F. Egidi. *Boll. delle malattie dell' Orrechio, etc.*, anno XI, 1893, nos 3-4.

(6, 7) O'Dwyer, Waxham,. Congr. intern. de méd., Berlin 1890.

(8) D. Brown. *Arch. of Pediatrie*, mars 1891.

(9, 10) Bleyer, Hailes. Cong. intern. de méd., Berlin 1890.

Auteurs.	Intubations.	Guérisons.
James Collins	1	0
Ch. Dennison (Colorado)	25	7
Momidtorski	82	39
Schlatter	34	15
Mackensie	2166	704
Bókaï (1)	291	100
G. Baer	74	42
Krönlein	34	15
Ranke, etc.	1324	516
Widerhofer (2) [1890]	132	75
Galatti	147	118
(Diphtérie primitive)	15	9
— secondaire	4	0
Rauchfuss (3)	26	7
Massei (4)	6	3
Schwalbe (5)	10	1
Baginsky (6)	13	2
Robert W. Lowet	392	80
S. Schweiger	41	26
	70	31
Koch (7) [Amsterdam]	72	27
S. Baczkiewicz (8)	9	2
Thiersch (9)	32	3
Muralt (10)	81	
Hôpit. des Enf.-Assistés (inédit)	4	0
Jacques (11)	68	21
D'Heilly	13	2
Ducamp	4	2
Pauli	13	0
F. Egidi	74	14

L'addition de cette longue colonne de chiffres aboutit à ce résultat : 8 299 intubations ont donné 2 486 guérisons, c'est-à-dire une proportion de 29,97 p. 100, pour ainsi dire 30 p. 100.

De leur côté, Prescott et Goldshwait ont trouvé pour 2815 intubations 32,2 p. 100 de guérisons.

Sans adultérer aucun chiffre, nous pouvons donc encore ici prendre comme résultat en chiffre rond 30 p. 100.

A n'envisager que la statistique, les deux opérations marchent égales.

L'accumulation, sans choix prémédité, d'un grand nombre de résultats, de part et d'autre, la longueur des deux listes, empêchent que quelques chiffres nouveaux changent d'une façon notable la proportion finale, étayée sur une aussi large base.

Le hasard a fait que les calculs ont donné une identité parfaite. Quelques unités en plus d'une part, en moins de l'autre, ne feraient pas pencher pour si peu la balance du côté de celle des deux opérations qui donnerait un pourcentage plus élevé.

(1) Bókaï. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, Bd. XXXV.

(2) Widerhofer. *Versamml. deuts. Naturf. u. A. Nuremberg*, 12 sept. 1893.

(3, 4) Rauchfuss, Massei. Congr. intern. de méd., Berlin 1890.

(5) Schwalbe. Soc. méd. de Berlin, 11 mars 1891.

(6) Baginsky. Soc. méd. de Berlin, 15 avril 1891.

(7) Koch. *Nederl. Tjdschr. voor Geneeskd.*, 28 juin 1890.

(8) Baczkiewicz. *Gazeta Lekarska*, 1893, nº 14.

(9) Thiersch. XVIIe Congr. de chir. allem., Berlin 1888.

(10) Muralt. *Corresp. Blatt. f. Schw. A.*, 1891, p. 315.

(11) Jaques. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1891, p. 26.

IV

D'après le manuel opératoire. — Est-il plus difficile de mener à bien une intubation qu'une trachéotomie ? Sur ce point, la discussion est permise. Ceux qui n'ont jamais fait que la trachéotomie peuvent redouter d'entreprendre le tubage de la glotte.

Mais lorsqu'on a pratiqué les deux opérations, on est forcé de convenir que l'intubation s'exécute avec une bien plus grande aisance et nécessite une expérience beaucoup moins consommée que sa congénère.

Pour la mise en place du tube, la seule fausse manœuvre réside dans l'introduction du cylindre dans l'œsophage, erreur réparable immédiatement par une nouvelle tentative, en général couronnée de succès. Manœuvre simple, en somme, sans temps compliqués, sujets à fautes opératoires.

Il serait injuste, en même temps qu'on reconnaît la facilité de l'intubation, de ne pas révéler la peine qu'on éprouve parfois à enlever le tube. Cette extraction, ce décanulement ou extubation ne manque pas d'importance, puisque la difficulté peut persister même sur la table d'autopsie, alors qu'on peut disposer de toute sa force, comme le fait s'est présenté, en 1887, dans un cas à l'hospice des Enfants-Assistés, pour un enfant du service de notre maître, M. le docteur A. Sevestre, que nous avions intubé sur les conseils de notre collègue, M. Lubet-Barbon. Il est vrai qu'il faut ici compter avec la rigidité cadavérique.

Aucune adhérence ne faisait obstacle à la sortie du tube, mais la pince qui sert d'extracteur n'arrivait pas à s'introduire dans l'orifice supérieur de la canule laryngée.

Cet inconvénient arrive sur le vivant et cause au médecin un véritable ennui.

Toutefois, on peut faire remarquer qu'on doit ici accuser seulement l'instrumentation et qu'on n'a pas la prétention de la croire immuable. On peut donc attendre tout de son perfectionnement ultérieur.

A côté de cela, voyons la trachéotomie. Elle supporte peu la comparaison. Elle exige des connaissances anatomiques assez compliquées ; elle nous fait manœuvrer, bistouri en main, dans une région dangereuse ; elle nous fait craindre une hémorragie, une fausse manœuvre, qui peut nous retarder dans l'introduction finale de la canule.

Chaque temps de l'opération entraîne avec lui une erreur possible.

Son caractère d'opération sanglante peut causer parfois une certaine émotion à l'opérateur et lui enlever un peu de son sang-froid.

La famille peut avoir de la peine à se décider à la trachéotomie, qui acceptera facilement le tubage.

D'après les accidents opératoires. — Dans l'intubation, à moins de déployer une force déraisonnable, on ne produit pas de dégâts matériels.

Dans la trachéotomie, avec quelque soin et quelque prestesse qu'on l'exécute, on crée une plaie profonde.

Dans l'intubation, on agit par *cathétérisme*, dans la trachéotomie, par *effraction*.

Comme accident immédiat, le tubage ne fait guère prévoir que le refoulement de la fausse membrane.

Ultérieurement, on observe assez souvent une ulcération de la muqueuse trachéale au niveau de la face postérieure des anneaux et sur la ligne médiane de la paroi antérieure, lésion de décubitus quelquefois importante, avec toutes les conséquences de la dénudation des cartilages.

On a quelquefois, beaucoup plus rarement il est vrai, cette escharre dans la trachéotomie produite par le bec de la canule, environ 23 p. 100 (1).

Pendant la trachéotomie, on peut redouter la syncope, l'apnée, l'hémorragie externe ou l'entrée du sang dans les voies aériennes.

D'après les suites. — Après l'opération, des complications peuvent apparaître du côté de la plaie. Aujourd'hui, il est vrai, une antisepsie bien entendue en évitera un grand nombre.

Pour l'avenir, la cicatrice indélébile, le rétrécissement ou la fistulation possible de la trachée, jettent sur la trachéotomie une note sombre, à côté de l'absence de séquelle après l'intubation. Le trachéotomisé, guéri de sa diphtérie, reste toujours un blessé avec sa plaie opératoire à soigner.

D'après les altérations de la voix. — On accuse le tubage de léser la fonction vocale ; mais les altérations de la voix ne persistent pas. Dans une des premières observations de M. Bouchut, on voit même que l'enfant pouvait se faire entendre, le tube en place dans le larynx.

D'après la fréquence de la bronchopneumonie. — Cette complication serait plus à craindre après la trachéotomie (60 p. 100) qu'après l'intubation (54 p. 100), selon A. Wackerle, par suite du passage direct de l'air extérieur dans la trachée.

D'après la difficulté de l'alimentation. — Sauf dans la trachéotomie haute et dans la crico-trachéotomie où l'on note un certain degré de dysphagie, les trachéotomisés mangent sans trop grande difficulté.

Il n'en est pas de même pour les intubés. Chez eux, malgré les perfectionnements apportés dans la forme du tube, l'épiglotte gêné dans son jeu ne remplit pas son office.

On a publié des faits de syphilis ou de tuberculose du larynx, dans lesquels l'alimentation ne semblait souffrir en rien, malgré l'absence complète d'épiglotte.

Chez les intubés, outre l'absence fonctionnelle de cet opercule, on doit penser que la béance du larynx, maintenue par l'appareil, favorise la mauvaise direction des aliments.

Sans chercher les cas exceptionnels et extrêmes, l'intubation gêne plus l'alimentation que la trachéotomie. Voilà le fait pratique. On en est venu, pour y remédier, à conseiller l'alimentation la tête pendante, le gavage à la sonde. En tout cas, on fait difficilement tolérer les liquides.

D'après la nécessité de surveillance. — C'est encore là un des points sur lesquels s'est exercé l'antagonisme des auteurs.

Tandis que, dans la trachéotomie, l'ablation de la canule interne, son nettoyage et sa remise en place peuvent être pratiqués par une personne tout à fait étrangère à l'art médical, dès qu'on soupçonne un engorgement de l'appareil par quelques mucosités ou des débris de fausse membrane, la même manœuvre n'apparaît pas réalisable dans l'intubation par suite de l'absence de double tube.

Seul un médecin peut se charger de ce soin, par suite de la nécessité d'extraire le tube et de le réintroduire.

Si l'appareil se bouche, le malade peut asphyxier, si l'on ne désobstrue pas la lumière de l'appareil très rapidement.

On doit donc laisser en permanence un aide exercé, si le médecin doit s'éloigner à une distance trop grande.

Un autre accident peut arriver : l'enfant rejette son tube. Dans cette circonstance, le danger ne s'accroît que relativement ; le sujet se trouve seulement dans la même situation qu'avant l'opération.

(1) Foltanek. *Jahrb. f. Kinderheilk.*, 1892.

D'après les publications étrangères, la nécessité d'une surveillance active de la part du médecin se ferait beaucoup moins sentir qu'on le craignait. Certains auteurs nous apprennent qu'ils sont parvenus à éduquer à l'hôpital un personnel suffisant pour rendre les accidents évitables.

En ville, on aura toujours la ressource de laisser en permanence quelqu'un du personnel hospitalier, à défaut d'un interne, ou bien on devra s'astreindre à ne pas s'écarter trop loin de l'endroit où on laisse le petit opéré.

D'après la facilité de l'expectoration. — Il y a certainement inégalité entre les deux opérations au point de vue de la facilité qu'ont les produits d'expectoration d'être rejetés au dehors et surtout les fausses membranes.

Quoiqu'on ait redouté plus que de raison l'obstruction du tube, il n'en est pas moins vrai que, s'il peut livrer passage aux mucosités, aux détritus pseudo-membraneux, il peut être bouché par des fausses membranes compactes.

On peut, en retirant le tube, permettre à celles-ci d'être expulsées, mais toute cette manœuvre demande la présence du médecin, tandis que la canule de trachéotomie livre facilement passage, même à des tubes fibrineux d'un certain calibre.

D'après l'âge des opérés. — Il est un point sur lequel partisans et adversaires de l'intubation tombent d'accord, point qui semble définitivement acquis à la science, c'est l'avantage manifeste sur la trachéotomie de l'intubation chez les très jeunes sujets.

Il n'y a qu'une voix pour proclamer ce résultat, sauf la voix dissidente de Escherich (de Graz).

C'est ainsi que Robert W. Lowett [de Boston (1)], qu'une statistique défavorable à l'intubation de 20,41 p. 100 contre un pourcentage de trachéotomie allant à 29,05 p. 100 range parmi les anti-intubateurs, donne les chiffres suivants pour les opérations pratiquées sur des enfants de moins de trois ans : 42 trachéotomies n'ont donné que 3 guérisons, c'est-à-dire 9,5 p. 100, tandis que 123 cas d'intubation ont fourni 14,63 p. 100 de succès.

Stern a opposé aux résultats de la trachéotomie fournis par la statistique de Bourdillat ceux que lui a donnés l'analyse de 519 intubations.

Age.	Guéris par le tubage.	Guéris la trachéotomie.
Au-dessous de 2 ans.	15 1/2 p. 100	3 p. 100
Entre 2 et 2 1/2.	24 1/2 —	12 —
— 2 1/2 et 3 1/2.	28 9/10 —	17 —

Le docteur Galatti [de Vienne (2)] publie des résultats semblables, tandis que la trachéotomie lui a donné : dans la première année, 55 trachéotomies et 5,4 p. 100 de guérisons ; dans la deuxième année, 212 trachéotomies et 25,4 p. 100 de guérisons, l'intubation lui fournissait : dans la première année, 93 intubations et 13,9 p. 100 de guérisons ; dans la deuxième année, 285 intubations et 32,3 p. 100 de guérisons.

Déjà O'Dwyer, dans sa statistique donnée au Congrès de Washington, en 1887, notait : enfants au-dessous de un an, 16,12 et 15,46 p. 100 ; enfants au-dessous de deux ans, 19,46 p. 100 et ceux au-dessous de trois ans, 30 p. 100.

(1) Lowett. Intubation versu, tracheotomy, being a study of 858 cases operated on at the Boston City Hospital, *Med. News*, 27 août 1892, p. 235.

(2) Galatti. *Versamml. Deuts. Naturf. u. A. Nuremberg*, 12 sept. 1893.

D'après leur puissance. — Malgré l'alignement des chiffres, la statistique ne possède pas le fond de précision sur lequel on croirait pouvoir compter. La statistique brute va un peu à l'aveugle, la statistique raisonnée dit souvent tout ce qu'on veut. Pour obvier aux inconvénients de la méthode, j'ai pensé que l'addition du plus grand nombre possible de statistiques aurait l'avantage de compenser l'une par l'autre les influences réciproques.

Nous voyons ce que produit ce procédé, une égalité complète des deux opérations en face des chiffres. Malgré ce résultat, qu'on interprète en général en faveur de l'intubation, je demanderai à faire quelques restrictions.

Je suis tout acquis à l'intubation et je ne dissimule pas ma partialité à son égard, cependant mon rôle d'avocat me commande de ne pas vouloir trop prouver.

Je sais que l'intubation, encore à ses débuts, malgré tout, peut ne pas nous donner encore tout ce dont elle est capable. C'est le sort général de toute opération à sa période initiale.

Je ferai remarquer cependant que nous devrions lui demander des résultats bien supérieurs. Sa bénignité, son absence presque complète d'accidents, sa nature de cathétérisme simple, d'opération non sanglante, comparées à la gravité relative de la trachéotomie, opération véritable, hérissée d'écueils, féconde en accidents de toutes sortes, pendant et après, nous permettraient d'exiger un écart notable du pourcentage en faveur de l'intubation.

Si la trachéotomie, malgré toutes les complications qu'elle peut entraîner par elle-même, se maintient encore sur un rang d'égalité, c'est que, malgré ses imperfections, elle répond à des indications que le tubage ne peut remplir.

Cet au-delà en plus que la *trachéotomie secondaire* nous fournit, sans être bien considérable, ne manque pas d'intérêt, on peut s'en rendre compte par quelques chiffres.

Voici d'abord la statistique publiée par R. W. Lowett :

	Nombre de cas.	Guérisons.
City Hospital (de Boston)	57	5
Ganghofner	21	0
Urban	18	0
Jakubowski	27	2
Mudd	4	3
	127	10

soit une moyenne de 7,8 p. 100.

On obtiendrait même des chiffres supérieurs, comme dans la statistique du « Carolinen Kinderspital in Wien » donnée par S. Sweiger; on y voit : 29 trachéotomies secondaires à l'intubation, 5 guérisons, soit 17,24 p. 100.

Au « Leopoldstäter Kinderspital in Wien », dans le service du professeur B. Unterholzner, sur 48 trachéotomies secondaires, il y eut 11 guérisons, soit 22,91 p. 100 (A. Wackerle).

Pour juger de la valeur d'une opération, la statistique ne suffit pas entièrement, surtout lorsqu'il s'agit de diphtérie. Donner le nombre des guérisons ne fournit qu'un moyen d'estimation relative.

On ne doit pas oublier que la mort résulte plutôt de l'infection qui continue ou des complications surajoutées que de l'insuffisance de l'intervention.

Pour nous édifier, en connaissance de cause, sur la portée de l'opération, les statistiques devraient être faites en partie double : d'un côté, les succès opératoires proprement dits, c'est-à-dire la réussite de l'intervention contre le barrage respiratoire, ce serait l'actif de la première partie; le passif comprendrait les morts par accidents opératoires ou par impuissance. De l'autre côté, dans la seconde partie, se rangeraient les morts par causes indépendantes à l'opération.

Sur de tels tableaux, dressés dans ce sens, on pourrait seulement appuyer un jugement équitable.

Si nous examinons, par exemple, le détail d'une statistique lue en 1888 par Dillon-Brown à l'Académie de médecine de New-York, nous voyons que l'issue fatale revient dans une limite bien faible à l'opération elle-même. Dans 339 cas de morts après l'intubation, cet auteur a noté :

Bronchite diphtérique	139
Pneumonie	55
Septicémie	37
Epuisement	33
Complications rénales	25
Syncope	20
Œdème pulmonaire	9
Bronchite	8
Asphyxie par obstruction du tube	2
Refoulement des membranes	2
Œdème des tissus recouvrant le tube	1
Expulsion du tube par la toux, sans qu'on ait averti l'opérateur	4
Tuberculose	2
Congestion pulmonaire	1
Scarlatine	1

L'obligation de faire la trachéotomie après l'intubation, par insuffisance de cette dernière, varie dans une assez large mesure, comme nous pouvons nous en rendre compte par la lecture suivante :

Auteurs.	Intubations.	Trachéotomies. secondaires.
Bókai	109	3
Baginsky	15	7
Prescott et Goldthwait	396	36
Scheier	16	13
S. Schweiger	70	29
A. Wackerle	163	48

Si l'on établit le pourcentage général de la trachéotomie secondaire à l'intubation, pour dégager le résultat moyen en dehors des séries heureuses et des malheureuses, on constate que 769 cas d'intubation ont exigé 136 fois l'intervention ultérieure de la trachéotomie, c'est-à-dire dans une proportion de 17,6 p. 100.

Un désavantage réel à mettre au passif de l'intubation est donc son insuffisance manifeste dans un certain nombre de cas. Efficace contre une sténose laryngée engendrée par l'accumulation des fausses membranes dans la cavité de l'organe, le tubage se montre impuissant dès que l'obstacle siège un peu plus bas dans la trachée et surtout vers les bronches.

Aussi les partisans les plus chauds du tubage ne peuvent malgré tout renoncer à la trachéotomie. Ils la font secondairement, lorsque, le tube introduit dans le larynx, la respiration n'en bénéficie pas.

V

Conclusions. — *Indications et contre-indications respectives de la trachéotomie et de l'intubation.* — Après ce détail du pour

et du contre, acculé au verdict final, que faut-il conclure? Que la trachéotomie vaut mieux que l'intubation? Que l'intubation vaut mieux que la trachéotomie? Nullement. Aucune ne détrône l'autre. Chacune a sa place et ses indications.

L'intubation se pratiquera avant ou après la trachéotomie.

Avant, dès que l'indication de rétablir la béance des voies respiratoires se fera sentir, d'une façon péremptoire, par le tirage et les accès de suffocation.

On n'exécutera pas le tubage sans avoir tout apprêté pour une trachéotomie possible. Le tubage n'a pour but que d'éviter celle-ci. S'il lève le barrage laryngien, s'il rétablit la perméabilité du conduit, l'intervention n'a pas à être poussée au delà. On a fait le nécessaire, on doit éviter le superflu.

Si, malgré l'introduction du tube laryngien, les phénomènes de sténose ne cessent pas ou se reproduisent, il n'y a pas à hésiter, la trachéotomie peut seule rétablir l'accès de l'air dans les voies respiratoires inférieures.

Après la trachéotomie, le tubage peut accessoirement rendre service en facilitant l'enlèvement de la canule ou comme moyen de dilatation.

L'intubation est contre-indiquée, par la raison même qu'elle est matériellement impossible, lorsqu'il y a œdème du larynx ou lorsque le pharynx est obstrué par des fausses membranes.

Elle ne participe pas aux contre-indications que l'état général, les complications ou les maladies primitives peuvent parfois créer pour la trachéotomie, quoique, aujourd'hui, on reconnaisse moins d'obstacles à l'opération que jadis.

Comme règle pratique, on peut admettre qu'*à moins d'impossibilité de compter sur une surveillance attentive*, qu'*à moins d'éloignement extrême de tout secours médical*, on devra commencer par *tenter l'intubation*, prêt à *intervenir par la trachéotomie soit immédiatement, soit ultérieurement, si la première intervention est ou devient insuffisante.*

L'intubation n'apporte un remède qu'à la sténose laryngo-trachéale; elle favorise peu l'évacuation des fausses membranes épaisses; elle ne peut rien au delà du larynx et des premiers anneaux trachéaux; elle est impuissante, malgré l'allongement des tubes, contre l'obstruction trachéale basse et partant bronchique, sur laquelle seule a prise la trachéotomie, par la voie qu'elle ouvre à l'expulsion des fausses membranes bas placées.

L'intubation ne peut remplacer complètement la trachéotomie, elle permet seulement de l'éviter dans une proportion relativement très grande et d'agir de bonne heure.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 2 mai 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Anesthésie par l'association du bromure d'éthyle et du chloroforme. — M. SEGOND fait une communication sur ce sujet. Après avoir rappelé les travaux de MM. Terrier et Hartmann sur cette question, M. Segond fait connaître exactement la méthode à laquelle il a recours.

Ses malades sont endormis dans le décubitus dorsal, le visage bien enduit de vaseline. M. Segond emploie la simple compresse. Il commence par y verser une très petite quantité de bromure d'éthyle, afin d'habituer quelque peu le malade à son odeur désagréable, puis, très rapidement, on verse 10 à 15 grammes d'un coup et, en un instant très court, le malade est en résolution. C'est à ce moment même que M. Segond substitue le chloroforme au bromure d'éthyle et continue alors l'anesthésie au chloroforme suivant le procédé classique.

Lorsqu'il s'agit de petites opérations, on peut se contenter du bromure d'éthyle seul; mais pour peu que l'opération doive avoir quelque durée, on doit préférer l'anesthésie mixte par le bromure d'éthyle et le chloroforme.

M. Segond a ainsi anesthésié 443 malades. Chez 52 de ces malades, il a eu recours au bromure d'éthyle seul pour de petites opérations. Dans ces 52 cas, il n'a pas eu le moindre accident et a toujours obtenu la résolution avec une extrême rapidité. Aussitôt l'opération terminée, les malades se trouvent en parfait état, sans le moindre malaise. Dans 391 cas, M. Segond a eu recours à l'anesthésie mixte; il s'agissait, dans ces cas, d'opérations importantes. Il y a eu 105 hystérectomies vaginales, 52 laparotomies graves, 14 empyèmes, etc., toutes opérations dont la durée a varié d'une demi-heure à trois heures. Parmi ces opérés se sont trouvés des nerveuses, des hystériques, des cardiaques, des tousseurs, des malades atteints d'affections pulmonaires graves des enfants en bas âge, des vieillards âgés de plus de quatre-vingts ans; tous ont très bien supporté ce mode d'anesthésie; il n'y a jamais eu l'ombre d'alerte, ni d'accident, pas plus pendant la phase du bromure d'éthyle seul que pendant la période du passage du bromure d'éthyle au chloroforme. M. Segond a constaté, dans tous ces cas, une extrême rareté de la période d'excitation. Jamais il n'y a eu de vomissements consécutifs.

En résumé, M. Segond croit que l'on peut conclure de ces faits que cette méthode est d'une grande innocuité, qu'elle présente l'avantage de déterminer très rapidement la résolution et sans passer par la période d'excitation.

M. Segond a été initié à ce mode d'anesthésie mixte par son interne M. Malherbe, ancien interne de M. Terrier.

M. BAZY, en prenant le service de Bicêtre, y a trouvé, chez son interne, l'usage du bromure d'éthyle qui y avait été importé par M. Brun. Il l'a lui-même continué et n'a eu qu'à s'en louer. Il a, cependant, dans un cas, observé des vomissements comme avec le chloroforme seul et, chez un tousseur, il lui a semblé que le bromure d'éthyle exposait aux accès de suffocation.

M. MONOD a expérimenté également cette méthode d'anesthésie et s'en est bien trouvé. Toutefois, il lui a semblé que les malades se plaignaient beaucoup de cet accès de suffocation du début.

M. BERGER a employé le bromure d'éthyle seul alors qu'il était interne chez Gosselin. Il avait été frappé du caractère d'angine et de suffocation du début. Il avait aussi constaté des vomissements consécutifs. M. Berger estime qu'en matière d'anesthésie, il faut, tout d'abord, une grande habitude du maniement de l'anesthésique et ensuite une grande pureté du produit employé. Aussi pense-t-il qu'il faut apporter les plus grandes réserves avant de mettre entre les mains des praticiens de nouveaux procédés d'anesthésie.

Pour lui il s'en tient au chloroforme, en s'assurant chaque fois de la parfaite pureté du chloroforme qu'il emploie. En le donnant à doses petites et continues, on arrive très bien à supprimer la période d'excitation. C'est peut-être un peu plus long, mais c'est plus sûr.

M. QUÉNU ne pense pas, comme M. Berger, que tous les accidents d'anesthésie sont dus à la mauvaise qualité du chloroforme. On a vu des accidents mortels se produire après l'absorption de V à VI gouttes seulement de chloroforme. M. Quénu a eu l'occasion d'observer un cas de mort par anesthésie chloroformique; le chloroforme qui a été

employé dans ce cas malheureux a été examiné chimiquement et il a été déclaré parfaitement pur. Il faut, dans la production de ces accidents, accorder une grande part à l'émotion, à l'effroi du malade. C'est pourquoi M. Quénu a toujours soin de faire endormir ses malades dans une pièce autre que la salle d'opération. C'est une précaution qui lui semble très sage et dont il n'a qu'à se louer, à l'hôpital Cochin où existe une chambre spéciale d'anesthésie.

M. DELORME a d'abord cru devoir attribuer à l'impureté du chloroforme les accidents légers qu'il a constatés; il s'est procuré du chloroforme absolument pur et il a eu les mêmes légers accidents. C'est donc bien plutôt, selon lui, à la façon de l'administrer qu'à son plus ou moins d'impureté qu'il faut attribuer la production de ces accidents.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a eu recours au bromure d'éthyle et à la méthode mixte dont vient de parler M. Segond. Il n'y a pas trouvé de grands avantages sur l'emploi du chloroforme seul. Suivant lui, l'anesthésie varie beaucoup selon l'aide qui donne l'anesthésique.

M. VERNEUIL rappelle la discussion qui a eu lieu à l'Académie, en 1891, sur les associations des anesthésiques. L'impression résultant de cette discussion n'était pas favorable à ces associations.

M. SEGOND a depuis longtemps renoncé aux associations du chloroforme avec l'atropine, avec la morphine ou le chloral. Pour ce qui est du chloroforme, il a vu deux accidents mortels et tous deux causés par une mauvaise application.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES HERNIES GANGRENÉES

M. VERNEUIL, à propos de la communication de M. Chaput, déclare se trouver d'accord avec ses collègues sur ce point que la réduction d'une anse intestinale suspecte doit être abandonnée. Il faut donc, dans ces cas, ou bien faire l'entérectomie et l'entérorraphie, ou bien établir un anus contre nature. Pour ce qui est de l'entérectomie, il faut tout d'abord qu'on sache bien la faire; la suture intestinale n'est pas une opération à la portée de tous les praticiens. Il y a des cas, d'autre part, dans lesquels cette opération est formellement contre-indiquée; ce sont ceux dans lesquels il s'agit de malades se trouvant dans un très mauvais état, plongés dans le collapsus, présentant de l'hypothermie. Ces malades sont absolument incapables de supporter une opération aussi longue que l'entérectomie suivie de la suture intestinale.

M. Chaput, dans sa communication, a dit que l'anus contre nature donnait 80 p. 100 de mortalité. M. Verneuil n'a pas vu cela; il peut affirmer que dans sa pratique d'anus contre nature, il n'a pas eu 80 p. 100 de mortalité. M. Chaput ajoute qu'on n'améliorera jamais la technique de cette opération, tandis, dit-il, qu'on améliore la suture intestinale. Il a une telle habitude et une telle habileté pour la suture de l'intestin qu'il en arrive à considérer cette opération comme une des plus simples. C'est ce qui explique, croit M. Verneuil, son pessimisme à l'égard de l'anus contre nature et son optimisme à l'égard de la suture intestinale. Sans doute, l'opération de l'anus contre nature est encore une opération grave, mais qui peut dire qu'on ne l'améliorera pas? L'entérectomie peut paraître moins grave dans certains cas. Mais on ne saurait appliquer ces deux opérations aux mêmes cas. Chacune a ses indications : mais la gravité de ces opérations est surtout en rapport avec l'état du malade au moment de l'intervention. Quand un malade a 35 degrés de température, quand il est dans le collapsus, si vous lui faites la suture intestinale, vous le tuez. Il faut bien tenir compte, en effet, de la durée de l'opération. Plus une opération est longue, plus les chances de mortalité sont grandes. Il y a aussi la question des manœuvres pratiquées sur le péritoine : quand vous faites une entérectomie, vous manipulez pendant deux heures un péritoine déjà malade. Quand un péritoine est infecté, on sait avec quelle rapidité se font ces auto-inoculations virulentes si graves. Quant à l'anus contre nature, quand il est bien fait, il faut se contenter du minimum d'ouverture et manipuler le moins possible l'intestin. Voici comment procède M. Verneuil : Quand il y a un abcès stercoral, il fait l'ouverture au thermocautère; il débride largement, puis il laisse tout en place et établit l'anus artificiel sans, pour ainsi dire, toucher au péritoine. Les injections d'éther pour remonter le malade, les pulvérisations phéniquées souvent répétées rendent aussi, dans ces cas, de grands services.

En somme, l'anus contre nature est une opération facile et généralement peu dangereuse; la suture intestinale est toujours une opération difficile, longue, et, par cela même, dangereuse.

LECTURE

Appendicite. — M. RIGAL communique une observation d'appendicite infectieuse avec péritonite partielle guérie par la résection de l'appendice.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de clinique médicale (1), par M. E. LANCEREAUX.

Ce second volume de leçons cliniques est surtout consacré aux maladies du cœur, des vaisseaux et du rein. Ce sont là des questions que M. Lancereaux a étudiées avec une véritable prédilection; il est un de ceux qui ont le plus contribué au progrès dans leur connaissance. On ne lui a pas toujours rendu à ce point de vue la justice méritée.

M. Lancereaux s'est, tout d'abord, fait connaître par ses travaux anatomo-pathologiques, et on sait qu'il a étudié avec un soin tout spécial l'anatomie pathologique du système circulatoire, cœur et vaisseaux, et l'anatomie pathologique du rein. Il est aussi un excellent clinicien, un observateur de premier ordre, et il a eu ce mérite assez rare de faire servir lui-même ses recherches nécroscopiques aux progrès du diagnostic : cela donne à son enseignement des allures bien personnelles.

Comme ces leçons ont été faites de 1879 à 1893, elles n'ont pas toutes l'attrait de la nouveauté et de l'inédit, mais elles ont l'avantage de montrer, dans les recherches du maître, une remarquable suite. Certains chapitres, par exemple, celui qui a pour titre : néphropathie par étroitesse congénitale des artères ou aplasie artérielle, exposent des idées tout à fait personnelles. A citer encore l'étude consacrée à l'urémie et à son traitement; M. Lancereaux soigne fort bien l'urémie, et, pour cela, il a recours aux purgatifs drastiques qu'il emploie à dose élevée d'une façon répétée (scammonée, eau-de-vie allemande, huile de croton).

Nous ne saurions trop vivement recommander la lecture de ce volume; il donne la rare sensation de leçons faites par un homme qui possède admirablement un sujet qu'il a étudié beaucoup plus au lit du malade et sur la table d'amphithéâtre que dans les livres.

Manuel pratique des maladies de l'enfance (2), par d'ESPINE et PICOT.

Cet excellent petit manuel en est arrivé à sa cinquième édition. Il reparaît sous une forme plus coquette, revu et

---

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, L. Battaille et Cie.
(2) In-18. Prix : 10 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

augmenté. Les auteurs ont complété certains chapitres, d'autres complètement nouveaux ont été ajoutés en entier. Inutile de présenter au public médical un ouvrage qui est presque devenu classique.

Précis d'auscultation (1), par le docteur Coiffier (du Puy).

L'originalité de ce précis d'auscultation, c'est que les bruits normaux et anormaux y sont représentés schématiquement par des couleurs et des signes conventionnels. Ce procédé de la schématisation pulmonaire, préconisé il y a longtemps déjà par Lasègue, est très utile pour prendre des observations; il peut servir aussi à l'enseignement. Il a été du reste apprécié par le public médical, puisque le petit volume de M. le docteur Coiffier en est à sa troisième édition. Il renferme l'auscultation du poumon et du cœur.

Thérapeutique des névroses (2), par P. Oulmont.

Ce petit manuel de thérapeutique des névroses répond fort bien à son but. A propos de chacune des névroses, l'auteur indique quels sont ses éléments cliniques et physiologiques caractéristiques, quelles sont ses formes principales. Il énumère ensuite les procédés thérapeutiques usités, il en fait la critique et il expose, avec le plus de détails possible, leur application à la pratique.

On trouvera, dans son ouvrage, une tendance évidente à augmenter sensiblement l'importance de la médication et à diminuer celle du traitement par les moyens extérieurs. La climatothérapie, l'hydrothérapie, l'électrisation, le massage, l'exercice gradué sont, en effet, de nature à rendre plus de services dans l'ensemble des névroses que tous les médicaments réunis. L'élément psychique prend une importance capitale dans l'hystérie et la neurasthénie. Il n'y a guère que les bromures dans l'épilepsie qui aient un rôle presque spécifique.

On trouvera, dans ce petit volume, l'histoire thérapeutique de l'hystérie, de la neurasthénie, du goître exophtalmique, de l'épilepsie, de la migraine, de la chorée, de la paralysie agitante et de la tétanie. Peut-être peut-on contester à cette dernière la qualité de névrose, mais cela n'a pas d'importance.

En lisant ce volume, on reconnaîtra facilement à sa netteté qu'il émane d'un élève de Charcot qui a su profiter des leçons et de la méthode du maître regretté.

Les excentriques ou déséquilibrés du cerveau (3), par le docteur Moreau (de Tours).

Après avoir décrit le caractère psychologique de l'excentrique, M. le docteur Moreau (de Tours) nous montre par des faits nombreux que l'excentricité suit une progression sans cesse croissante, chacun cherchant à faire mieux que son devancier. D'un point de départ simple, logique même, on arrive par une filière insensible à ces actes véritablement stupéfiants et qui semblent sortis du cerveau d'un romancier fécond. Cependant, ce travail contient un enseignement : il nous explique ce qui se passe, en partie, dans les temps de trouble et de révolution et le rôle capital que joue alors l'imitation. Inoffensifs en temps ordinaire, les déséquilibrés du cerveau deviennent, au moment des révolutions et des émeutes, des instruments inconscients, mais redoutables, entre les mains de ces hommes que l'on trouve toujours à la tête des mouvements populaires.

(1) In-18. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

(2) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(3) In-18 raisin. Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er mai 1894, M. Raymond (Fulgence) est nommé professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris.

— Par arrêté ministériel, en date du 30 avril 1894, une chaire de clinique chirurgicale de la Faculté de médecine de Paris a été déclarée vacante.

— Par décision ministérielle, en date du 2 mai 1894, M. Thiébaut, médecin aide-major de première classe au 10e cuirassiers, a été désigné pour le 5e régiment de même arme, par permutation avec M. le médecin aide-major de première classe Beaumevieille.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Fête de la Pentecôte* (billets d'aller et retour à prix réduits). — Les billets d'aller et retour émis par les gares de la Compagnie P.-L.-M. du 10 au 14 mai inclusivement, en vertu de son tarif spécial G. V. n° 2, seront tous indistinctement valables pour le retour, jusqu'aux derniers trains de la journée du 18 mai.

Cette validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour), moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Les billets d'aller et retour, délivrés de ou pour Paris et Marseille, conserveront leur durée normale de validité, quand elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

— *Excursion à la Fontaine de Vaucluse et dans l'Ardèche du* 26 *mai au* 3 *juin* 1894. — Itinéraire : Paris, Avignon, l'Isle-sur-Sorgue, la Fontaine de Vaucluse, Avignon, Nîmes, Pont du Gard, Nîmes, Alais, Saint-Paul-le-Jeune, Bois de Païolive, Berrias, Vallon, Pont-d'Arc, Grottes Saint-Marcel, Saint-Martin, Pont Saint-Esprit, Bollène-la-Croisière, Lyon, Dijon, Paris.

D'accord avec la Cie P.-L.-M., la société des voyages économiques fait émettre, jusqu'au 23 mai inclusivement, des billets d'excursion combinés donnant droit : 1° au transport en chemin de fer ; 2° aux repas dans les hôtels correspondants de l'agence des voyages économiques ; 3° aux omnibus et voitures.

Prix de l'excursion complète : 1re classe **240 fr. 40.**

Le nombre des places est limité.

Les billets (coupons de chemin de fer, de voiture, de repas) sont délivrés à première demande dans les bureaux de la société des voyages économiques, 17, faubourg Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris-Lyon, 20, boulevard Diderot et dans les bureaux-succursales de Paris ; 2° au bureau général des billets de chemin de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Fête de la Pentecôte*, 13-14 *mai* 1894. — A l'occasion de la fête de la Pentecôte, la compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du jeudi 17 mai, les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivrés, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les samedi 12, dimanche 13 et lundi 14 mai inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif, lorsqu'elle expirera après le 17 mai.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 54. — MARDI 8 MAI 1894. 67e ANNÉE. MARDI 8 MAI 1894. — N° 54.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

LA GYNÉCOLOGIE

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

M. Pestolozza (de Florence) parle du **traitement de la retroflexion utérine par la colporraphie.** Après avoir été, au début, partisan de cette opération qui, dit-il, donne toujours un résultat immédiat parfait, le chirurgien florentin est moins satisfait des résultats éloignés.

En effet, quelques mois après l'opération, la rétroflexion se reproduit dans presque la moitié des cas.

Il pratiqua huit fois la vagino-fixation, toujours pour rétroflexion réductible, sans adhérences péri-utérines ni lésions des annexes; chaque fois il s'est produit, au bout de quelques mois, une récidive de la déviation utérine. Bien que le nombre de ces cas soit restreint, il croit, étant donné leur homogénéité, pouvoir en conclure que l'on doit pratiquer la vagino-fixation dans les cas seulement où l'utérus, en rétroflexion, réductible, ne pourra être maintenu en place par un pessaire, ou dans les cas où celui-ci ne pourra pas être toléré.

S'il existe des adhérences, il préfère avoir recours à l'hystéropexie abdominale ou au raccourcissement des ligaments ronds. Il croit que les échecs sont dus non pas au matériel plus ou moins défectueux que l'on emploie pour les sutures, mais au caractère anatomique des tissus mis en contact.

Les indications de la vagino-fixation doivent donc, suivant lui, être très restreintes et ce procédé n'a qu'une valeur transitoire, analogue à celle du pessaire.

Nous ne saurions souscrire, d'une façon absolue, à ces conclusions. Si, comme l'orateur, nous pensons que l'hystéropexie abdominale est le traitement de choix pour les rétroflexions utérines adhérentes, nous estimons, par contre, qu'une opération anaplastique régulièrement pratiquée sur le vagin donne des résultats parfaits, non seulement immédiatement après l'opération mais dans l'avenir, et nous avons vu maints succès définitifs dus à cette intervention. Aussi ne saurions-nous assimiler l'intervention chirurgicale aux effets d'un simple pessaire.

M. Pozzi fait deux communications intéressantes; la première a rapport au **traitement chirurgical du vaginisme.**

M. Pozzi décrit un procédé nouveau, mais qui n'a pas encore reçu la sanction indispensable du temps; son opération ne date en effet que de trois semaines, au moment où il fait sa communication :

Il s'agit d'une femme mariée depuis huit ans et possédant encore un hymen intact. L'orifice de la vulve était très sensible et fort étroit; et le mari, quoique jeune et nullement impuissant, n'avait pu triompher des obstacles. M. Pozzi conçut le plan d'une opération ayant pour but à la fois et d'agrandir la vulve et de déplacer la surface hyperesthésique sur laquelle devait s'exercer le premier effort du membre viril.

Voici comment il procéda : il fit d'abord l'incision de l'hymen avec les ciseaux, puis la dilatation forcée de la vulve avec le spéculum de Trélat qu'on emploie pour la fissure anale; ensuite il pratiqua de droite à gauche une incision latérale, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs de l'orifice vulvaire. Cette incision, longue de 3 à 4 centimètres, dépassait un peu plus en bas qu'en haut la ligne d'insertion de l'hymen et formait avec elle une croix. Elle mettait à nu les fibres du *constrictor cunni* et divisait leur couche la plus superficielle dans une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Ensuite il fit la dissection des lèvres de la plaie, de manière à produire leur écartement; il donna ainsi peu à peu à l'incision primitive la forme d'un losange allongé à grande axe parallèle au bord de l'orifice vulvaire; il réunit alors la plaie opératoire de manière à obtenir une ligne de suture qui croisât perpendiculairement la direction de l'incision primitive et se trouvât reportée en dehors du point qu'occupait l'insertion de l'hymen et qui marquait l'orifice primitif de la vulve : la suture attira la muqueuse vaginale jusqu'au niveau de l'angle inférieur de l'incision faite au commencement de l'opération.

Par ce procédé, on fait de chaque côté de la vulve une sorte de dédoublement sagittal suivi de suture transversale, c'est-à-dire une opération de type analogue (quoique précisément inverse) au dédoublement utilisé pour la périnéorraphie par le procédé de Lawson-Tait.

La deuxième communication du même auteur fait connaître **un procédé de réunion immédiate secondaire de la plaie abdominale des laparotomies suivies de drainage.**

On sait que, lorsque, à la suite des laparotomies, on a cru devoir établir un drainage abdominal, il persiste une cicatrice, souvent insuffisante pour empêcher l'éventration ultérieure. C'est là l'inconvénient principal de ce drainage abdominal; ce drainage est souvent une nécessité qu'on

subit sans pouvoir l'éviter ; il ne saurait donc être question de s'en passer, mais seulement de remédier à l'éventration à laquelle il prédispose.

Voici comment procède M. Pozzi :

« Je suppose, dit-il, un drainage de Mikulicz jugé utile, on traverse toute l'épaisseur de la paroi abdominale par deux fils métalliques. Ils sont noués sans être serrés et renforcés par des crins de Florence placés sur l'aponévrose. Ces fils d'attente, posés au moment même de l'opération, permettront de suturer séparément les couches de la paroi abdominale, que plus tard on ne pourrait isoler sur la tranche uniformément bourgeonnante de la plaie. Les fils de l'aponévrose sont distincts pour chaque côté de la plaie, afin d'éviter d'avoir trop d'anses dans les parties réservées au sac de gaze. Les fils sont noués deux à deux au moment où on retire le Mikulicz.

Lorsqu'une suppuration trop prolongée empêche d'effectuer la réunion en temps utile, lorsqu'on craint que les fils ne se résorbent ou ne coupent les tissus, il faut, quatre ou cinq jours après l'opération, nouer ceux de la partie inférieure de la plaie pour la fermer. En effet, c'est à cet endroit que l'absence de réunion prédispose le plus (l'observation le démontre) à des éventrations ; c'est de la solidité en ce point que dépend la solidité dans toute l'étendue de la plaie qui n'a pas été réunie au moment de l'opération. Smith plaçait déjà un seul fil d'attente à l'endroit du tube de drainage.

La réunion immédiate secondaire est aussi applicable lorsque le plan aponévrotique a été intéressé et non le péritoine, ainsi que dans les abcès profonds de la paroi abdominale ou après l'ablation d'une tumeur fibreuse interstitielle, quand la réunion immédiate primitive n'a pas été effectuée volontairement sur toute la longueur de la plaie.

En résumé, dans toute intervention suivie de drainage qui a intéressé l'aponévrose abdominale, dans la laparotomie particulièrement, la réunion immédiate secondaire, en suturant isolément toutes les couches de la paroi abdominale, enlève toute prédisposition à l'éventration. »

Le docteur Rapin (de Lausanne) fait une communication sur une **nouvelle méthode de réduction de la rétrodéviation utérine.**

En dehors des obstacles bien connus qui s'opposent à la réduction de l'utérus rétrofléchi (adhérences, etc.), l'auteur pense qu'il faut attacher la plus grande importance à la pression des organes voisins, intestins, vessie, pression combinée à la pression atmosphérique. Voici, d'ailleurs, comment s'exprime l'auteur :

« Une femme fait, à un moment donné, un brusque et violent effort : vomissement, toux, chute, etc. Elle ressent une vive douleur dans le bas des reins, le ventre, le bassin ou les cuisses, et, dès lors, souffre plus ou moins ; mais elle ne s'adresse au médecin qu'après un temps très long. Celui-ci reconnaît une rétroflexion ; la présence du corps de l'utérus renversé, occupant tout l'espace de Douglas, explique les phénomènes douloureux ressentis.

La réduction manuelle ou instrumentale réussit le plus souvent à redresser l'utérus et à faire disparaître les symptômes. Mais, si le corps utérin a séjourné assez longtemps dans l'espace de Douglas pour qu'il s'y soit moulé ; si, d'autre part, la fosse péritonéale recto-utérine s'est si bien adaptée au corps de l'utérus que les ligaments sacro-utérins (semilunaires) bordant cette fosse le maintiennent emprisonné, toute tentative de réduction, faite avec la main, *per vaginam*, *per rectum* ou avec l'hystéromètre, échoue. On a l'impression que le fond de l'utérus est adhérent aux organes voisins. La fosse dans laquelle il est logé se soulève bien un peu avec lui ; mais si les tissus ont conservé un peu de fermeté, si les connexions du péritoine avec les organes sous-jacents sont restées normales, la résistance au redressement donne à l'opérateur l'illusion complète d'adhérences intimes ne permettant à l'utérus qu'une mobilité restreinte. Les intestins pressent sur l'utérus et le maintiennent dans sa position défectueuse. La pression atmosphérique agissant, d'une part, sur ces intestins et, d'autre part, sur l'espace de Douglas, à travers le cul-de-sac vaginal, le rectum et le plancher du bassin, oblige ce cul-de-sac péritonéal de suivre tous les mouvements que la sonde ou le doigt imprime au fond de l'utérus, jusqu'au moment où une tension trop forte amène de la douleur et une résistance, telle que le diagnostic d'adhérences paraît s'imposer.

La position genu-pectorale, celle de Sims, l'emploi de la sonde, ne changent pas la situation. La réduction au moyen de l'hystéromètre par le procédé classique échoue, parce que le fond de l'utérus est projeté dans une direction défavorable. Il empêche les organes contenus dans l'abdomen de venir se substituer, dans l'espace de Douglas, au fond de la matrice que l'on veut déplacer.

En forçant le mouvement, on crée un véritable vide analogue à celui produit par le doigt qui sort avec force d'un dé à coudre.

En effet, la méthode classique du redressement par la sonde consiste : 1° à introduire la sonde dans l'utérus avec le bec tourné en arrière ; 2° à faire décrire au manche une demi-circonférence autour d'un axe représenté par le prolongement en arrière du bec de la sonde ; et, enfin, 3° à abaisser le manche de la sonde.

Dans ce dernier mouvement le bout de la sonde appuie fortement contre le fond de l'utérus qu'il peut perforer, cet accident est arrivé quelquefois. De plus, le fond de l'utérus presse contre le rectum et ne permet pas à l'intestin de descendre dans l'espace de Douglas.

Pour obvier à cet inconvénient, j'ai, depuis longtemps, modifié le troisième temps de la manœuvre du redressement, ce qui m'a permis de redresser facilement des utérus que j'avais cru tout d'abord adhérents, et chez lesquels des adhérences avaient été diagnostiquées antérieurement par d'autres confrères.

Voici quel est notre procédé :

Les deux premiers temps, introduction et rotation de la sonde, restent les mêmes ; mais au troisième, au lieu d'abaisser le manche, nous pressons sur la sonde d'arrière en avant et de bas en haut, de façon à agir sur l'utérus comme avec un levier ou un crochet. Nous pressons sur toute la face antérieure de la cavité utérine, non plus avec la pointe de la sonde, mais avec toute la partie qui a pénétré dans l'organe, puis nous élevons et attirons l'utérus en avant et en haut, sans chercher d'abord à le redresser. Nous éloignons ainsi le fond de l'utérus du rectum, nous ouvrons par en haut l'espace de Douglas, et les intestins, poussés par la pression atmosphérique, s'y précipitent, le remplissent, et aident à attirer l'utérus en avant. Au moment où ces intestins pénètrent dans l'espace de Douglas, on a la sensation d'une résistance vaincue et l'abaissement du manche de la sonde achève le redressement de l'utérus,

sans nécessiter l'emploi de la force et sans produire de douleurs vives. Ceci fait, nous retirons la sonde en poussant du doigt le col en arrière et en attirant le fond en avant à travers les parois abdominales.

La réduction est terminée.

Pour peu qu'il y ait quelque résistance à la traction en haut et en avant, au lieu de presser sur la sonde d'une façon continue, comme nous venons de le dire, nous faisons de petits mouvements de va et vient ou de scie, en haut, puis en avant. Ces mouvements font avancer l'utérus suivant un trajet en zig-zag, et permettent à l'intestin de mieux s'insinuer entre le fond de l'utérus, le rectum et les ligaments sacro-utérins, jusque dans l'espace de Douglas.

La manœuvre se fait d'une main, et, pendant toute sa durée, l'indicateur de l'autre main, introduit dans le vagin, palpe le cul-de-sac postérieur, contrôle la position de la sonde dans l'utérus et avertit l'opérateur si celle-ci laisse l'utérus en arrière, sort en partie de l'organe et n'est plus en connexion qu'avec le canal cervical. Ce petit incident survient quelquefois dans cette manœuvre et indique que les tractions n'ont pas été faites dans une bonne direction.

La position de la malade, pendant la réduction, est ordinairement la position dorso-sacrée, mais on peut aussi utiliser la position genu-pectorale ou celle de Sims.

Les avantages de cette méthode de réduction sur la méthode classique sont :

1° Absence de danger de perforation de l'utérus;

2° Possibilité de redressement dans quelques cas où la méthode classique est impuissante;

3° Diagnostic précis de l'absence ou de la présence d'adhérences;

4° Enfin, moindre douleur dans la réduction.

Pour maintenir la matrice dans une situation normale, après qu'on a ainsi corrigé sa déviation, M. le professeur Rapin propose un pessaire spécial, qu'il appelle pessaire combiné, qui prend son point d'appui, d'une part sur le vagin, d'autre part dans la cavité utérine. Il en a retiré, dit-il, de sérieux avantages. »

M. Schmeltz (de Nice) fait une communication sur le drainage de l'utérus par le catgut-crin dans certaines métrites peu intenses.

Ce drainage peut être effectué très avantageusement à l'aide d'un petit appareil que l'on construit de la façon suivante :

Des crins de Florence, d'une longueur de 15 à 20 centimètres, sont disposés en anse et en long. Avec les doigts désinfectés, on roule tout autour de ces crins du catgut de grosseur moyenne. On peut enserrer la base du faisceau ainsi formé dans un bout de fil métallique; on comprime ensuite cette tige assez fortement. Des catguts-crins peuvent ainsi être formés d'une très faible épaisseur jusqu'au volume et la forme du doigt, suivant les besoins.

L'appareil est introduit dans l'utérus préalablement dilaté et maintenu avec de la gaze iodoformée; il peut être gardé sans inconvénient huit à dix semaines. M. Schmeltz s'est bien trouvé de l'emploi de cette méthode dans les métrites puerpérales, catarrhales et blennorragiques; dans les salpingites, les déviations utérines.

Ce drainage est contre-indiqué toutes les fois qu'il y a un certain degré d'inflammation péri-utérine.

Il est bon d'ajouter que ce procédé de drainage n'appartient pas à notre confrère de Nice, depuis longtemps M. Chéron le préconise à Paris.

Ce procédé est analogue, mais non préférable à notre avis, au simple tubage par le drain vulgaire en caoutchouc rouge, que l'on peut fixer, d'après les conseils du docteur Schoull (de Troyes), à un anneau-pessaire de Dumontpallier.

M. Jullien s'est bien trouvé de l'icthyol dans le traitement de la blennorragie récente de la femme. Il se sert d'une tige rugueuse de cuivre sur laquelle est enroulé un peu d'ouate et qu'il trempe dans une solution au dixième d'icthyol dans la glycérine. La tige est introduite tous les jours dans l'urèthre, après miction, bien entendu. En même temps, le vagin est oblitéré par un tampon imprégné de la même substance. Si le col et l'endomètre sont atteints, il les traite de la même façon.

Par ce moyen, on obtient rapidement la guérison de la muqueuse uréthrale; on empêche le gonocoque de cheminer du côté de l'utérus, et les cas de gonorrhée utérine peu intense ou pris au début sont heureusement modifiés.

Il va sans dire que soit pour l'urèthre, soit pour la matrice, ce moyen reste insuffisant dans les cas invétérés, lorsque le principe morbide est cantonné profondément dans les culs-de-sac glandulaires.

M. Schwimmer (de Budapest) emploie de préférence l'alumnol aussi bien chez l'homme que la femme.

L'alumnol est un astringent et un antiseptique qui ne se combine pas avec l'albumine, comme par exemple le nitrate d'argent, ce qui fait que ses qualités astringentes peuvent produire leur effet jusque dans la profondeur du tissu conjonctif.

Le chirurgien hongrois fait de nombreuses expériences dans des cas de blennorragie aiguë chez l'homme avec des solutions aqueuses variant entre 0,5 et 5 p. 100, appliquées soit en injections, soit sous forme d'irrigations uréthrales, soit en instillations à l'aide de la sonde de Guyon ou de la sonde d'Ultzmann. Les résultats ont été bons. Dans les cas aigus, l'alumnol produit facilement une certaine irritation : dans les cas chroniques il est mieux supporté, mais M. Schwimmer n'a pas trouvé que la durée du traitement fût moins longue qu'avec d'autres médicaments.

Dans la blennorragie de la femme, les résultats sont excellents lorsqu'il s'agit de cas chroniques ou subaigus : les malades de cette catégorie traitées à sa clinique ont toutes guéri dans un espace de temps variant entre deux semaines et deux mois. L'application du médicament était faite sous forme de lavages vaginaux pratiqués au moyen du spéculum ou à l'aide de tampons introduits dans le canal cervical.

La blennorragie était d'ailleurs à l'ordre du jour du Congrès et le docteur Touton (de Wiesbaden) a lu sur les rapports du gonocoque et du processus blennorragique un long rapport dont voici les principaux passages :

« Le gonocoque, dit-il, est l'agent initial de la blennorragie. Le diagnostic de blennorragie est rendu certain par la présence du gonocoque constatée à l'examen microscopique; ce dernier doit être fréquemment renouvelé durant le cours de l'affection; il nous permet alors de nous former un jugement sur la phase présente de l'affection et sur les règles thérapeutiques à suivre. Avant de nier la présence du gonocoque dans les cas où un premier examen est demeuré négatif, il est nécessaire de répéter souvent ledit examen, et cela, au besoin, après avoir provoqué une certaine irritation des parties intéressées : de cette manière, on

finit souvent par trouver le gonocoque dans nombre de cas, surtout dans les cas invétérés, où sa présence n'avait pu être constatée tout d'abord.

Il arrive parfois que, pour fixer sûrement le diagnostic, on est obligé d'avoir recours au procédé de culture de Wertheim : ce procédé est particulièrement indiqué dans les cas où l'examen microscopique ne nous montre que des « formes d'évolution » douteuses du gonocoque, comme c'est le cas, par exemple, dans des collections purulentes circonscrites et anciennes (articulations, trompes).

Toutes les variétés d'épithéliums peuvent servir de terrain d'invasion et de développement au gonocoque ; un épiderme corné intact paraît être réfractaire à l'infection. Le tissu conjonctif également, aussi bien celui qui est recouvert d'un épithélium que celui qui supporte un endothélium (membranes séreuses et synoviales), peut être le siège d'une invasion de gonocoques ; la diffusion de ces derniers se fait par la voie des espaces lymphatiques.

Les causes prédisposant à l'invasion et à la multiplication du gonocoque sont :

1° La vascularisation, la richesse en sucs et la mollesse des tissus, ainsi que l'existence d'espaces lymphatiques et inter-cellulaires de grande dimension ;

2° Des conditions chimiques encore inconnues.

Ces causes elles-mêmes peuvent être congénitales, ou bien elles peuvent dépendre de l'âge de l'individu ou encore d'autres affections antérieures (d'origine traumatique, chimique ou bactérienne).

Dans les cas d'infection ordinaire provenant du dehors, le processus blennorragique est avant tout une affection épithéliale accompagnée d'une inflammation purulente du tissu conjonctif sous-jacent. Les principaux résultats du processus blennorragique dans un tissu sont : la prolifération du gonocoque dans les espaces intercellulaires, la turgescence des cellules épithéliales, l'invasion des espaces intercellulaires par des globules de pus, la destruction et l'élimination des cellules épithéliales ; à côté de cela, on observe une infiltration cellulaire du tissu conjonctif. Le tissu conjonctif peut, dans certains cas, être mis complètement à nu par la destruction de son revêtement épithélial ; d'après Dinkler, il peut aussi se produire de la nécrose et des thromboses.

Lorsque le processus morbide est superficiel et de courte durée, la guérison a pour résultat une restitution *ad integrum* ; lorsque son siège est plus profond et qu'il dure longtemps, l'affection se termine par une rétraction cicatricielle du tissu conjonctif : les tissus conjonctifs recouverts d'un endothélium présentent une grande tendance à la production d'adhérences entre surfaces qui se touchent.

Le gonocoque peut donner lieu à une dégénérescence ou à une prolifération de l'épithélium : cet épithélium hyperplastique donne facilement naissance à des érosions par suite d'une macération des éléments épithéliaux et d'une dénudation du tissu conjonctif sous-jacent.

Les cellules du tissu conjonctif peuvent aussi entrer en prolifération sous l'influence d'une invasion de gonocoques.

Les affections que nous voyons se produire en divers points éloignés du corps consécutivement à une blennorrée primitive peuvent toutes, au point de vue théorique, être considérées comme étant causées par le gonocoque lui-même ou par ses toxines (métastases à gonocoques) ; il en est de même des affections d'organes avoisinant le siège primitif de la blennorrée, lesquels sont infectés par continuité.

Les leucocytes ne se comportent pas comme des phagocytes vis-à-vis du gonocoque ; ils ne servent qu'à transporter ce dernier soit hors de l'organisme, soit aussi dans diverses parties du corps qui n'étaient pas encore atteintes. Les gonocoques se reproduisent et se multiplient aussi bien dans les leucocytes que dans les espaces lymphatiques et intercellulaires.

Des formes mixtes d'infection peuvent aussi se rencontrer dans la blennorrée ; les cas de suppuration profonde (nécrose) du tissu conjonctif sont probablement dus à une infection secondaire par des microbes du pus : en revanche, les suppurations superficielles du tissu conjonctif dépourvu de son revêtement épithélial peuvent être produites par le gonocoque seul, surtout dans les régions cavitaires. En tous cas, la destruction des tissus produite par le gonocoque est bien moins intense et moins rapide que celle qui est déterminée par d'autres agents de la suppuration.

M. Neisser (de Breslau) insiste sur l'importance du gonocoque, au point de vue du diagnostic. On sait que c'est ce professeur qui a le premier décrit et cultivé ce microcoque, que l'on désigne habituellement sous le nom de gonocoque de Neisser.

Nous ne pouvons cependant pas laisser ignorer que la spécifité de ce gonocoque est loin d'être admise par tous les microbiologistes ; aussi nous rangeons-nous à l'avis du docteur Bröse (de Berlin), lorsqu'il dit qu'il faut donner plus d'importance aux symptômes cliniques de l'affection qu'à la constatation du gonocoque.

Il était à prévoir que la valeur comparative des interventions faites par la voie vaginale ou par la voie abdominale serait à nouveau discutée au Congrès de Rome.

En France, à l'heure actuelle, les chirurgiens sont éclectiques et cherchent des indications. Le docteur Jacobs (de Bruxelles), d'après l'examen des suites éloignées de ses opérations personnelles, se déclare nettement partisan de la voie vaginale. Son opinion est sans aucun doute trop exclusive, l'auteur l'établit par la discussion suivante :

« J'ai opéré par la castration vaginale totale 184 cas d' « annexites » bilatérales purulentes ou chroniques avec ou sans complications voisines. Sur ces 184 cas, j'ai eu 179 guérisons opératoires et 5 décès : la mortalité était donc de 2,71 p. 100.

Cette mortalité prouve que le danger opératoire n'est pas plus grand dans la castration vaginale que dans l'intervention abdominale, il est même moindre.

Si nous réunissons les statistiques de MM. Terrier, Terrillon, Doyen, Schauta, Chrobak, Zweifel, Martin, Jacobs, Lawson-Tait, Dubois et Gallet, nous obtenons 1540 cas d'opérations par la voie abdominale, avec une mortalité de 5,7 p. 100, alors que les interventions par la voie vaginale, provenant des statistiques de MM. Richelot, Doyen, Péan, Segond, Rouffart, Jacobs, nous donnent une mortalité de 4,49 p. 100 pour 690 cas.

Il faut noter, d'autre part, que la castration vaginale était réservée, au début, aux cas qui étaient inopérables par la voie abdominale ; or, les succès obtenus dans ces conditions, ajoutés aux résultats constamment heureux obtenus dans des circonstances moins graves, nous donnent cette conviction que « l'on a tout avantage à pratiquer la castration interne et l'ablation annexielle dans les cas où le chi-

rurgien est conduit à faire l'ovario-salpingectomie bilatérale ».

J'ai pu suivre, pendant quatre ans environ, 98 des malades que j'avais opérées par la voie vaginale. Sur ce nombre, 6 se plaignent d'adhérences vésicales douloureuses, 1 est devenue démente huit mois après l'opération, 1 est restée atteinte de fistule intestino-vaginale, 2 ont des douleurs pelviennes intermittentes très intenses; les 88 autres ont retrouvé leur état de santé antérieur, après avoir éprouvé seulement durant les premiers temps des transpirations abondantes et des bouffées de chaleur qui ont cédé rapidement à l'hydrothérapie.

Une série de malades opérées soit pour affection interne chronique, soit pour hémato-salpinx, soit pour tumeurs utérines avec annexite bilatérale, suivies pendant plus d'un an, n'ont présenté, pour la plupart, aucune complication.

J'ai pratiqué, d'autre part, 189 opérations par la voie abdominale pour 120 annexites bilatérales et 69 annexites unilatérales (pyo-salpingites, hémato-salpingites, affections ovariennes bilatérales, etc.).

Sur ces 189 opérations, j'ai eu 6 décès qui se répartissent ainsi : 5 pour annexite bilatérale, 1 pour annexite unilatérale; la mortalité, qui a été aussi de 3,17 p. 100, a donc été plus grande que dans les opérations par la voie vaginale.

J'ajoute que les accidents tardifs, tels qu'affections utérines ou péri-utérines, paramétrites douloureuses et rebelles, ont été nombreux.

Dans 21 opérations pour annexites bilatérales, les pertes blanches ont été très abondantes, la menstruation a persisté, très douloureuse. Les affections ovariennes unilatérales donnent, il est vrai, de meilleurs résultats. Cependant la dégénérescence micro-kystique se reproduit souvent du côté antérieurement respecté. La voie abdominale m'a donc fourni des succès opératoires se rapprochant sensiblement des résultats obtenus par la castration totale. Aussi n'est-ce que par l'observation des suites tardives de ces opérations que j'ai pu me convaincre des excellents effets de la castration totale dans les cas où les annexes doivent être enlevées. Si dans ces conditions, en effet, l'utérus est conservé, l est souvent la cause de complications graves, contre lesquelles les opérations palliatives sont dans la suite le plus souvent insuffisantes. Il faut noter, d'autre part, qu'on laisse de cette façon en place des portions tubaires malades qui deviennent aussi la cause de récidives.

On a reproché à la castration son caractère fatal; c'est ainsi qu'on a dit que cette opération devait être forcément conduite jusqu'à la fin. A mon avis, ce reproche n'est pas exact. Si l'on a soin de commencer l'opération par l'ouverture du cul-de-sac de Douglas et de faire aussitôt l'exploration des annexes au moyen du doigt, on peut toujours s'assurer de leur état. Dans le cas où l'altération est bilatérale, la castration doit être totale; lorsqu'une seule annexe est prise, on peut très bien pratiquer une ovario-salpingectomie unilatérale par la voie vaginale. Dans treize cas, j'ai pu employer ce procédé sans insuccès opératoires.

Je crois donc pouvoir affirmer que, dans les altérations annexielles unilatérales, la voie vaginale est la méthode de choix et que, dans les affections annexielles bilatérales, la castration totale par le vagin est préférable à la salpingectomie bilatérale par l'abdomen. »

Le traitement du pédicule après l'extirpation des myomes utérins ne pouvait pas laisser indifférents les membres du congrès: aussi, y a-t-il eu à ce sujet d'intéressantes communications. L'une des plus importantes est due à M. Péan, nous la donnerons plus tard, avec détail, à cause de la juste autorité qui s'attache aux travaux de ce chirurgien, sur ce point de la chirurgie gynécologique.

Les autres documents sont fournis par les deux rapporteurs : MM. Mangiagalli (de Milan) et Martin (de Berlin). Voici les conclusions du premier de ces chirurgiens :

« Les statistiques comprenant la pratique de plusieurs chirurgiens ne peuvent pas fournir de résultats bien concluants, soit en raison de l'hétérogénéité des matériaux dont elles sont formées, soit en raison des causes d'erreur résultant nécessairement de la réunion de cas appartenant à des opérateurs qui n'ont que rarement l'occasion d'intervenir et de ceux qui proviennent au contraire de chirurgiens ayant une très grande expérience.

Il en est de même pour nombre de cas suivis de mort et non compris dans les statistiques, car les opérateurs ne les ont pas publiés.

Les statistiques individuelles ont une plus grande valeur; mais presque toujours l'analyse de chaque cas est trop incomplète pour être probante.

L'étude des statistiques démontre que la mortalité est allée chaque année en diminuant, quels que soient les méthodes et les procédés employés.

L'importance du traitement du pédicule dans l'hystéro-myomectomie a été exagérée, car le pédicule ne constitue pas le seul danger, ni peut-être le plus grand.

D'autres conditions générales et locales méritent une plus grande attention. Parmi celles-ci, on peut placer au premier rang le développement intraligamentaire de la tumeur, car ce fait rend le pronostic d'autant plus grave que la tumeur est plus volumineuse.

En étudiant les résultats de chaque méthode, il est donc nécessaire de considérer à part les fibromes à développement intraligamentaire, car le pronostic est bien plus grave dans ces cas que lorsqu'il s'agit de fibromes sous-séreux, sous-muqueux ou interstitiels.

Pour ces dernières variétés, la mortalité donne une moyenne de 5 p. 100, qu'on emploie la méthode externe ou le traitement intra-abdominal.

La méthode de traitement externe, sauf dans quelques cas exceptionnels, ne doit pas être préférée au traitement intrapéritonéal. Celui-ci, en effet, fournit aussi une moyenne de mortalité très faible, et il n'a pas les défauts de la méthode extrapéritonéale.

Le procédé de Zweifel mérite en général d'être préféré à tous les autres, car il a l'avantage d'être le plus simple et le plus rapide; cependant, la ligature élastique permanente présente aussi des avantages, pourvu que l'on ait soin de recouvrir le pédicule avec des lambeaux de péritoine.

Les fibromes à développement intraligamentaire donnent une mortalité très grande. Pour ces néoplasmes, il est difficile de dire dès maintenant quel est le meilleur mode d'extirpation; toutefois, l'extirpation par la voie abdominale paraît la plus avantageuse.

L'hystérectomie vaginale pour fibromes utérins constitue certainement une conquête précieuse de la gynécologie, et le morcellement et la forcipressure ont considérablement élargi les limites de ses indications.

Cependant, comme elle ne peut pas être employée dans tous les cas, on ne saurait la comparer aux opérations auxquelles on a généralement recours et qui offrent moins de dangers.

Cette opération peut cependant remplacer avec avantage la castration dans les cas où on la pratique actuellement; d'une manière générale, elle peut donner de très bons résultats lorsque le volume de l'utérus fibromateux ne dépasse pas celui d'un utérus au quatrième mois de la grossesse. »

M. Martin rend à Péan l'honneur qui lui est dû, il reconnaît que c'est grâce à la méthode du chirurgien français que la myomectomie a fait des progrès en Allemagne. Pour sa part il préfère actuellement l'extirpation totale de l'utérus à l'amputation supra-vaginale avec pédicule intra ou extra-péritonéal.

« J'ai commencé par la pratiquer par la voie abdominale, en laissant un drain dans la cavité abdominale, que je refermais ensuite; ultérieurement, j'ai même abandonné le drainage et j'ai fini par faire l'occlusion complète de la cavité péritonéale. La mortalité est descendue de 30,23 à 9,25 p. 100.

Après les expériences de Vitte j'ai fait encore un pas en avant en fermant le col avant de commencer l'opération, et en ayant soin de faire le curetage et l'antisepsie de la cavité.

Aujourd'hui, voici comment je procède : *a.* curetage et antisepsie de la cavité utérine et du vagin; *b.* cœliotomie; *c.* soulèvement de la tumeur avec l'utérus et les annexes; *d.* ligature et section des ligaments larges et des ligaments ronds jusqu'au col; *e.* ouverture du cul-de-sac postérieur; *f.* suture du bord vagino-péritonéal; *g.* excision tout autour du col et achèvement de la suture; *h.* passage des fils de suture dans le vagin et occlusion du péritoine.

Je ne distends plus la vessie par du liquide pendant l'opération.

J'ai appliqué mon procédé 26 fois et j'ai obtenu 25 guérisons.

Sans vouloir formuler des conclusions définitives, je ferai remarquer que :

1° Dans une première série de 43 opérations avec drainage, j'ai eu 30 guérisons, soit une mortalité de 30,23 p. 100;

2° Dans une deuxième série, j'ai eu 49 guérisons sur 54 cas, soit une moyenne de décès de 9,25 p. 100;

3° Enfin, dans une dernière série, où j'avais eu recours à la fermeture préventive du col et à l'occlusion du péritoine, 26 cas m'ont donné 25 guérisons, soit une mortalité de 3,84 p. 100.

Le professeur Landau (de Berlin) est arrivé à la méthode de Péan comme méthode de choix. Il résume ainsi sa pratique :

1° Il pratique l'hystérectomie vaginale par morcellement dans les cas de tumeurs remontant jusqu'à l'ombilic.

2° Si la tumeur dépasse l'ombilic, il en fait l'énucléation rapide par la voie abdominale, puis pratique l'hystérectomie et extirpe le moignon par la voie vaginale.

3° Il importe de ne pas fermer complètement la cavité péritonéale par des sutures vaginales.

Les docteurs Calderini (de Parme), Bantock (de Londres), restent partisans du traitement externe du pédicule, d'autres chirurgiens préfèrent la réduction du pédicule. En résumé, et c'est là l'avis du professeur Mangiagalli et le nôtre, toutes les méthodes proposées donnent de bons résultats et il est impossible d'avoir un procédé unique de traitement.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Édouard Labbé, médecin honoraire de l'Hôtel-Dieu. Ses obsèques auront lieu mercredi à la Madeleine.

— Par décret, en date du 3 mai 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Lambert (Marie-Charles-Henri), en remplacement de M. Journée, retraité; désigné pour le 149e d'infanterie. — Gély-Guinard, en remplacement de M. Penot, retraité; désigné pour le 120e d'infanterie. — Lambert (Fernand-Philippe), en remplacement de M. Gabriel, retraité; désigné pour le 136e d'infanterie. — Thouvenin, en remplacement de M. Quod, retraité; désigné pour le 55e d'infanterie. — Chopard, en remplacement de M. Pelloux, mis en non-activité; désigné pour le 137e d'infanterie. — Charpentier, en remplacement de M. Péchaud, retraité; désigné pour le 3e tirailleurs algériens.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Creton, en remplacement de M. Poirier, mis hors cadre; désigné pour le 122e d'infanterie. — Pelegry, en remplacement de M. Chauzeix, mis en non-activité; désigné pour le 162e d'infanterie. — Achard, en remplacement de M. Chenet, décédé; désigné pour le 29e bataillon de chasseurs à pied. — Maison, en remplacement de M. Samier, mis en non-activité; désigné pour le 29e d'infanterie. — Delahousse, en remplacement de M. Lambert (M.-C.-H.), promu; désigné pour le 3e tirailleurs algériens. — Barudel, en remplacement de M. Gély-Guinard, promu; désigné pour le 45e d'infanterie. — Brissé Saint-Macary, en remplacement de M. Lambert (F.-P.), promu; désigné pour le 6e bataillon de chasseurs à pied. — Robelin, en remplacement de M. Thouvenin, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'occupation de Tunisie (provisoir.). — Licht, en remplacement de M. Chopard, promu; désigné pour le 94e d'infanterie. — Renaud, en remplacement de M. Charpentier, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie.

— Par décision ministérielle, en date du 4 mai 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Evrard, pour le 1er régiment étranger; — Brisset, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Muller, pour le 95e d'infanterie; — Romain, pour le 34e d'artillerie; — Boilaud, pour le 1er tirailleurs algériens; — Martin (M.-A.), pour le 101e d'infanterie; — Girardin, pour l'hôpital militaire de Givet (médecin-chef); — Vinsac, pour le 139e d'infanterie; — Vercoutre, pour le 117e d'infanterie; — Potheau, pour le 37e d'artillerie; — Philippi, pour l'hôpital militaire de Bayonne (pour ordre); — de Villigente, pour le 18e d'infanterie.

— *École de médecine de Reims.* — MM. Colleville et Langlet, suppléants, sont prorogés pour trois ans dans leurs fonctions.

— Le Comité d'organisation du Congrès international des bains de mer et d'hydrothérapie marine, qui doit s'ouvrir à Boulogne-sur-Mer du 25 au 29 juillet prochain, de concert avec les présidents d'honneur, M. le professeur Verneuil et M. le docteur Bergeron, a mis les questions suivantes à l'ordre du jour :

« 1° De l'influence du traitement marin dans les tuberculoses;

2° Les indications et contre-indications du traitement marin. »

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur G. Houzel, secrétaire général, 4, rue des Vieillards, à Boulogne-sur-Mer.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 55. — JEUDI 10 MAI 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 10 MAI 1894. — N° 55.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Nous avons entendu une importante communication de M. Lancereaux sur les épidémies de fièvre typhoïde observées dans Paris depuis l'année 1876. On trouvera plus loin ce travail, qu'en raison de son intérêt nous publions en entier.

Comparant entre elles les trois grandes épidémies de fièvre typhoïde qui ont éclaté à Paris en 1876, en 1882 et en 1894, M. Lancereaux fait ressortir les points de ressemblance qu'elles présentent et fait observer que leur étude comparative confirme l'opinion qu'il a émise dès 1880, à savoir que ces épidémies de fièvre typhoïde sont la conséquence de l'adultération des eaux de boisson. C'est là une opinion communément admise aujourd'hui. Il n'en était pas de même il y a une quinzaine d'années et il n'est que juste de reconnaître à M. Lancereaux le mérite d'avoir, dès 1880, constaté le rôle important que jouent les eaux de boisson dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde. Cette opinion, assez osée pour l'époque, n'a fait qu'être confirmée par les recherches et les travaux qui ont été publiés depuis sur cette question et il y a lieu de s'étonner quelque peu que, dans ces travaux, il ne soit fait aucune mention des communications de M. Lancereaux; c'est là une lacune regrettable et nous ne pouvons que féliciter M. Lancereaux de l'avoir lui-même comblée.

Sur la proposition de M. Dujardin-Beaumetz, l'Académie a émis le vœu suivant, relatif à la protection des sources :

« L'Académie, en présence de la possibilité de la contamination et de la pollution des eaux des sources distribuées à la population parisienne et, tout en reconnaissant que cette contamination est un fait exceptionnel qui ne s'est produit qu'à de très longs intervalles, émet le vœu :

1° En ce qui concerne l'amenée des eaux de sources à Paris, que les mesures de police sanitaire que permet la législation actuelle soient prises pour préserver ces eaux, soit au captage des sources, soit sur leur parcours, de toute contamination.

2° En ce qui concerne la question plus générale de l'alimentation des habitants en eau potable, que les dispositions de l'article 2 du projet de la loi sur la protection de la santé publique, actuellement au Sénat (1), permettant de défendre contre toute souillure les eaux d'alimentation, soient votées dans le plus bref délai possible. »

Parmi toutes les espèces d'asphyxie qui ont été traitées, avec succès, par les tractions rythmées de la langue, il en manquait une à la liste déjà longue des cas présentés à l'Académie par M. Laborde, c'est l'asphyxie par strangulation ou par pendaison. La nouvelle observation qu'il vient de communiquer offre, à ce point de vue, un réel intérêt. Il s'agit d'un pendu qui ne donnait plus aucun signe de vie et qui a été sauvé par l'application du procédé imaginé par M. Laborde.

M. Suarez de Mendoza rapporte l'histoire d'une malade qui a succombé après quelques inhalations de bichlorure de méthyle. Cette observation présente d'autant plus d'intérêt que, dans la dernière séance de la Société de chirurgie, M. Segond a fait une communication sur le bichlorure de méthyle associé au chloroforme (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 492). Les excellents résultats constamment obtenus jusqu'ici par M. Segond auraient pu entraîner les praticiens à recourir, un peu trop facilement, à cette méthode. Le fait de M. Suarez de Mendoza calmera les enthousiastes et il prouve une fois de plus, qu'en fait d'anesthésiques, il n'en est aucun, jusqu'ici, qui n'ait ses dangers.

M. Zambaco pacha (de Constantinople) a demandé à échanger son titre de membre correspondant national contre celui de membre associé national, qui lui a été accordé par 54 voix sur 71 votants. Ses savantes communications sur la lèpre valaient bien cette gracieuseté.

M. Hanot, dont tout le monde connaît les beaux et intéressants travaux sur le foie, poursuit avec la même persévérance et le même succès ses recherches sur divers points

---

(1) L'article 2 de la loi sur la protection de la santé publique, actuellement soumise au Sénat et qui a été votée par la Chambre des députés, est ainsi conçu :

« Le décret déclarant l'utilité publique du captage d'une source pour le service d'une commune déterminera, s'il y a lieu, en même temps que les terrains à acquérir en pleine propriété, un périmètre de protection contre les pollutions de ladite source.

Il est interdit d'épandre, sur les terrains compris dans ce périmètre, des engrais humains et d'y forer des puits sans l'autorisation du préfet.

L'indemnité qui pourra être due au propriétaire de ces terrains sera déterminée suivant les formes de la loi du 3 mai 1841 sur l'expropriation publique. »

de la pathologie hépatique. Il a déjà communiqué à la Société médicale des hôpitaux, le 31 mars 1893 (1), un cas d'ictère grave avec hypothermie, où la présence du coli-bacille avait été constatée dans le foie.

M. Hanot revient sur cette question dans la séance du 4 mai 1894, et il apporte des faits nouveaux pour démontrer l'influence du coli-bacille sur l'abaissement de la température dans l'ictère grave. On sait que Wurtz a rencontré fréquemment le coli-bacille dans la plupart des viscères après la mort et cette constatation était de nature à infirmer la valeur des premières recherches de M. Hanot. Or, dans un cas nouveau d'ictère grave avec hypothermie, le savant médecin de l'hôpital Saint-Antoine a recueilli, *pendant la vie*, du sang *dans le foie* et *dans une veine du membre supérieur* et il a obtenu de magnifiques cultures de coli-bacille. Dans un second cas, qui n'était pas accompagné d'abaissement de la température, il n'a pas trouvé le coli-bacille, mais le staphylocoque doré.

La première observation semblait déjà concluante; la seconde qui en est, en quelque sorte, la contre-épreuve, vient renforcer les arguments que fait valoir l'auteur à l'appui de sa thèse. Il pense que la bactériologie permettra d'expliquer les diverses variétés cliniques de l'ictère grave. Le foie, étant préalablement altéré, est envahi par des organismes pathogènes qui achèvent sa destruction et donnent lieu au syndrome bien connu de l'ictère grave. Ces microbes sont généralement le streptocoque, le staphylocoque ou le coli-bacille : les deux premiers correspondraient aux formes hyperthermiques, tandis que la forme hypothermique de la maladie relèverait exclusivement du coli-bacille.

M. Hanot rappelle d'ailleurs, à ce propos, qu'un de ses élèves, M. Boix, a montré à la Société de biologie que si l'on injecte à des animaux des cultures de coli-bacille, on provoque un abaissement de leur température. Comme on le voit, l'expérimentation, l'observation clinique et bactériologique, confirment l'interprétation de M. Hanot. Son hypothèse est assurément rationnelle et séduisante et nous espérons qu'elle provoquera de nouvelles recherches, non seulement pour l'ictère grave, mais pour diverses infections pneumoniques, puerpérales ou chirurgicales, qui s'accompagnent quelquefois d'hypothermie.

M. Marfan a vu un grand nombre de nourrissons succomber à la septicémie chronique connue sous le nom d'athrepsie, et qui s'accompagne d'hypothermie; or, leurs organes contiennent généralement du coli-bacille. Il n'a pu, cependant, établir à ce point de vue un parallélisme régulier entre le streptocoque et le coli-bacille, l'un et l'autre donnant lieu assez fréquemment à l'hyperthermie ou à l'hypothermie.

M. Ferrand revient sur les résultats qu'il a obtenus en traitant la colique hépatique par l'ingestion de glycérine, et qui ont fait l'objet d'une communication antérieure à l'Académie de médecine.

Bien que la glycérine n'exerce aucune action dissolvante sur les calculs biliaires, elle a un pouvoir cholagogue très manifeste, elle rend la bile plus fluide, plus abondante, et facilite ainsi la migration des calculs. La glycérine ne se rend pas directement dans le foie par le canal cholédoque, comme l'auteur a pu s'en assurer par quelques expériences : elle y pénètre par absorption, et se retrouve nettement dans les veines sus-hépatiques et dans les lymphatiques de la région, ainsi que dans les vaisseaux chylifères. A la dose de 10 à 20 grammes par jour, suivant les sujets, elle est bien supportée, sans dégoût, et amène une amélioration notable et rapide dans les symptômes de la colique hépatique.

Ce procédé est d'autant plus facile à employer qu'il paraît absolument inoffensif.

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 402.

HYGIÈNE PUBLIQUE

Étude comparative des épidémies de fièvre typhoïde observées dans Paris depuis l'année 1876.

Par M. le docteur LANCEREAUX,

Médecin de l'Hôtel-Dieu, membre de l'Académie de médecine.

Depuis l'année 1876, trois grandes épidémies de fièvre typhoïde ont éclaté dans Paris, la première vers le 10 juillet 1876, la seconde vers le 25 septembre 1882, et la troisième vers le 26 février 1894. Ces trois épidémies, que j'ai pu suivre et observer, présentent, à mon avis, des points de ressemblance du plus grand intérêt. Leur étude, en effet, confirme en tous points une opinion émise par nous, dès l'année 1880, et nettement formulée en 1882, à savoir que : les épidémies de fièvre typhoïde de la Capitale sont la conséquence de l'adultération des eaux de boisson, puisque la localisation de la maladie est dans un rapport constant avec la distribution de ces eaux.

En 1876, la fièvre typhoïde fut tellement rare et bénigne pendant les six premiers mois de l'année, qu'à l'hôpital Saint-Antoine, dont j'étais alors médecin, il n'y eut pas un seul décès par cette maladie. Il en fut autrement, dans les six mois qui suivirent, car la fièvre typhoïde s'y fit remarquer par une fréquence inaccoutumée et une mortalité considérable. Du 8 au 31 juillet, 48 malades furent admis et traités pour cette maladie, et sur ce nombre 22 succombèrent.

Du 1er au 31 août, il y eut 108 entrées et 31 décès; l'épidémie diminua quelque peu en septembre et en octobre, mais elle subit une recrudescence en novembre et s'éteignit vers les mois de janvier et février.

Cette statistique, tirée des cas de fièvre typhoïde traités, en 1876, à l'hôpital Saint-Antoine, met en évidence un fait intéressant : l'extrême bénignité de cette maladie pendant six mois, sa grande fréquence et son extrême gravité pendant les six mois qui suivent. L'épidémie éclate tout à coup, nous envoie plus de 50 malades, en quelques jours, donne lieu à une mortalité considérable, laquelle s'abaisse un moment, se relève ensuite, et descend à nouveau, ce qui nous démontre le peu de valeur des chiffres sur lesquels on fait reposer trop souvent les succès d'une médication systématique.

La rapide apparition et la gravité de l'épidémie de 1876 avaient attiré toute notre attention, et comme elle se manifestait après deux mois de chaleur et de grande sécheresse, j'en arrivai à me demander si elle n'avait pas été influencée par l'air atmosphérique, mais m'étant aperçu qu'elle se trouvait limitée à quelques quartiers de la ville, je dus absolument abandonner cette première hypothèse, et l'idée d'une contamination par l'eau me vint à l'esprit. Pour la vérifier, je demandai à M. Mauger, premier commis aux écritures à l'hôpital Saint-Antoine, de vouloir bien me faire

le relevé de tous les cas de fièvre typhoïde avec indication du domicile des malades. Ce relevé mit en évidence un premier fait à savoir que, sur 415 malades, 3 seulement avaient leur domicile sur la rive gauche de la Seine et encore s'agissait-il d'ouvriers terrassiers ou maçons, qui travaillaient dans les quartiers où régnait la maladie. Ceux-ci comprenaient toute la rive droite de la Seine, depuis la rue Picpus jusqu'à la place Gaillon ou même la rue de la Paix, et depuis la Seine jusqu'au boulevard Voltaire, la rue du Château-d'Eau, et la rue de Provence. Les quartiers plus spécialement atteints étaient le faubourg Saint-Antoine, les IIe, IIIe, IVe arrondissements et une grande partie du Ier. C'était en somme la partie basse de la ville qui se trouvait infectée et cette partie était précisément celle qui, à cette époque, était desservie par l'eau du canal de l'Ourcq. Aussi, après avoir mûrement réfléchi sur ce fait, j'osais affirmer, dans un rapport sur les épidémies de l'année 1879, à l'Académie de médecine (voyez ce rapport, p. LXIII), que l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année 1876, circonscrite aux quartiers alimentés par l'eau de l'Ourcq, avait été apportée par cette eau; à laquelle plusieurs malades avaient reconnu, d'ailleurs, une odeur de pourri et un goût désagréable, du moins pendant les mois de juillet et août. Cette eau, vu la grande chaleur et la sécheresse de l'année, avait dû être contaminée par le développement de germes pathogènes, sinon par des matières qui y auraient été déposées. Comparant ensuite ce que j'avais observé en 1876, avec ce qui se passa pendant les années 1877, 1878, 1879 qui furent des années humides, j'arrivais à ranger les eaux de l'Ourcq parmi les principales causes des épidémies de fièvre typhoïde de la Capitale et à considérer l'élévation de la température et le desséchement de ces eaux comme autant d'éléments de ces épidémies.

Notre regretté collègue, le docteur H. Guéneau de Mussy, nous fit l'honneur de mentionner nos observations dans le rapport des épidémies de l'année 1880, et cita plusieurs faits non moins probants d'épidémies locales de fièvre typhoïde manifestement dues à l'eau de puits infectés.

En 1882, la fièvre typhoïde se comporta à peu près de la même façon qu'en 1876, car, bien qu'elle sévît d'une façon endémique depuis le commencement de l'année, elle n'avait fait qu'un petit nombre de victimes, lorsque, vers la fin de septembre, elle se manifesta tout à coup par une fréquence et une gravité extraordinaires.

Le 27 septembre qui était le jour de ma consultation, dix malades atteints de fièvre typhoïde demandaient leur admission dans mon service, c'était plus que je n'en avais traité depuis plusieurs mois.

Les jours suivants, les cas de fièvre typhoïde abondèrent, non seulement à l'hôpital de la Pitié, dont j'étais alors l'un des médecins, mais encore dans la plupart des hôpitaux de Paris.

Pour la seconde fois, je fus frappé de l'apparition soudaine d'une épidémie typhoïdique qui fut plus brusque encore que celle de 1876. Dans la séance du 21 novembre suivant, H. Guéneau de Mussy annonçait à la tribune de l'Académie, que cette nouvelle épidémie provenait de la distribution de l'eau de l'Ourcq. Malgré toute la confiance que j'accordais à notre distingué collègue, je ne pus partager son avis, car l'année 1882, contrairement à celle de 1876, avait été pluvieuse et humide, et, ce qui était plus important encore, les quartiers envahis par la maladie différaient entièrement. Loin de sévir dans les quartiers bas de la ville, l'épidémie ravageait le nord de Paris, c'est-à-dire les quartiers les plus élevés, ceux des XVIIe et surtout des XVIIIe et XIXe arrondissements. Dans ces conditions, je pris le parti de me renseigner auprès de la Compagnie générale des eaux, sur la distribution de celles-ci.

Permettez-moi de vous rapporter la conversation que j'eus alors avec l'aimable sous-directeur de cette compagnie.

« Veuillez me dire, Monsieur, je vous prie, si l'eau que vous distribuez dans les XVIIe, XVIIIe, XIXe, Xe et XIe arrondissements, est bien celle de l'Ourcq? — Nullement, me fut-il répondu, et vous le comprendrez, ces arrondissements sont plus élevés que le niveau du canal de l'Ourcq et l'eau que nous y puisons coule naturellement. — Quelle est donc l'eau qui dessert ces arrondissements? — L'eau de source, celle de la Dhuys. » Or, sachant que les sources avaient peu donné cette année-là et notamment celle de la Dhuys : « Nos sources ont donc été insuffisantes? m'écriai-je. — Pas absolument. — Eh bien! lorsqu'elles devenaient insuffisantes que faisiez-vous? — La nécessité nous imposait de distribuer de l'eau de rivière, et pour cela, il suffisait de tourner un robinet. » Puis comme mon interlocuteur avait bien voulu me promettre de répondre ouvertement à une question précise, je l'enfermai dans le dilemme suivant : « Vous me dites que, lorsque vous manquez d'eau de source, il vous suffit de tourner un robinet, pour distribuer, suivant les quartiers, de l'eau de Marne ou de Seine. L'épidémie de fièvre typhoïde, à laquelle nous assistons, s'est déclarée le 25 septembre, et, comme cette maladie a une incubation d'environ quinze jours, il en résulte que c'est le 10 septembre que vos employés, sinon ceux de la Ville, ont tourné le fameux robinet. Veuillez me répondre oui ou non sur ce point? »

J'attendais la réponse non pas avec anxiété, mais avec assurance, bien persuadé que là était la vérité et que, si je me trompais, c'était d'un jour ou deux au plus. Hélas! La réponse ne vint pas, et malgré une réelle bonne volonté, M. le sous-directeur me dit qu'il ne pouvait me répondre, mais il m'engagea à voir l'ingénieur des eaux qui était M. Couche et que, malheureusement, il me fut impossible de rencontrer, lorsque je me rendis à son bureau. Je cherchai alors l'employé chargé de tourner les robinets, et l'ayant trouvé, je le suppliai de me dire si c'était le 10 septembre qu'il avait substitué l'eau de la Seine à l'eau de la Dhuys; mais il refusa absolument de répondre à ma question, d'où je conclus que ma prévision était juste et que ce malheureux employé, sans le vouloir, et aussi sans le savoir, nous avait tout à coup lâché la fièvre typhoïde à pleins bords. L'apparition subite de l'épidémie le prouvait surabondamment et aujourd'hui nous pouvons comprendre comment il se fait que, des trois épidémies dont il est question en ce moment, celle de 1882 ait été la plus instantanée, puisqu'il a suffi d'un tour de main pour la déchaîner. C'est pourquoi, dans la séance de l'Académie du 28 novembre 1882 (voyez *Bull.* p. 1379), après avoir rappelé brièvement la localisation de l'épidémie de fièvre typhoïde de l'année 1876 et avoir montré qu'elle correspondait à celle de la distribution de l'eau de l'Ourcq, j'ajoutais : « La poussée épidémique actuelle n'occupe pas les mêmes quartiers et tout porte à croire qu'elle n'a pas la même origine; néanmoins elle est survenue soudainement, et s'est concentrée d'une façon toute particulière dans les arrondissements voisins, en sorte qu'elle a également sa cause dans l'eau de boisson. Toutefois, les arrondissements infectés étant ceux

qui reçoivent l'eau de source et cette eau ayant fait défaut cette année, l'administration s'est trouvée dans la nécessité de distribuer de l'eau de rivière, et la possibilité d'une contamination par l'eau de Seine est d'autant plus admissible, qu'une grande partie des eaux distribuées aux arrondissements envahis, proviennent soit de la pompe du port de Bercy, située en amont de Paris, dans le voisinage d'une usine d'engrais, soit de celle de Chaillot située en aval.

De ces considérations, il résulte que les eaux paraissent jouer un rôle important dans la genèse des épidémies de fièvre typhoïde dans Paris ; néanmoins, pour être absolument certain de leur action nuisible et arriver à déterminer les conditions étiologiques de la dothiénentérie chez nous, il importerait d'être exactement renseigné sur la distribution de nos eaux, car il est aisé de comprendre que le jour où il sera démontré que celles dont nous faisons usage pour notre boisson sont la principale cause des épidémies de fièvre typhoïde, ce jour-là, il nous sera possible de nous opposer à ces épidémies et de les prévenir en évitant l'altération des eaux ou en les remplaçant par d'autres. »

Plus loin (p. 1385), je disais encore : « Il importe de nous appliquer à constater les rapports qui peuvent exister entre la distribution de la fièvre typhoïde dans Paris et celle de l'eau. C'est là un point essentiel et comme la base des opérations qui permettront d'éclaircir le problème étiologique de cette fièvre. Effectivement, ce premier point une fois élucidé, il sera facile de trouver la cause des qualités nuisibles de l'eau, de remonter à la source du mal, d'arriver à déterminer l'espèce de microbe qui l'a produit. Pour cela, que nous faut-il ? Quelque chose de bien simple, la bonne volonté de l'administration compétente, un tableau exact de la distribution des eaux dans Paris et l'avertissement préalable de tous les changements qu'elle peut subir ; car il y a tout intérêt à ce que nous soyons prévenus de l'ouverture et de la fermeture des robinets qui, d'un instant à l'autre, vient changer la qualité des eaux de tel ou tel quartier. »

Il était difficile, ce me semble, d'être plus explicite en ce qui concerne les rapports à établir entre la qualité des eaux, leur distribution et les conditions étiologiques de la fièvre typhoïde. Ajoutons que la plupart des journaux de l'époque, médicaux ou politiques, ont rappelé notre communication et que l'administration en a tenu compte, puisque c'est peu de temps après, sur le renouvellement de notre demande au Conseil de salubrité, qu'elle s'est décidée à prévenir le public du changement de distribution de nos eaux ; aussi, à un certain moment, la rupture des conduites de la Vanne ayant nécessité des réparations, on s'aperçut immédiatement d'une recrudescence de fréquence et de gravité de la fièvre typhoïde daus Paris. C'était la confirmation de ce que nous avions annoncé.

Je pouvais prétendre à la suite de ces communications diverses, très osées pour l'époque, avoir quelque peu éclairé les conditions étiologiques de la fièvre typhoïde et, par cela même, mis sur la voie de la prophylaxie de cette maladie.

Il n'en était rien cependant, à ce qu'il paraît, car dans un traité de médecine, récemment publié, il n'est nullement question de nos recherches et, c'est à partir de 1886 seulement, que l'importance du rôle étiologique de l'eau de boisson dans la genèse de la fièvre typhoïde aurait été reconnue.

Il y a plus, ce serait à MM. Chantemesse et Vidal que l'on devrait de connaître l'influence de la distribution de l'eau de rivière sur les invasions de fièvre typhoïde dans Paris, du moins si je m'en rapporte à une communication de ce dernier, à la *Semaine médicale* du 14 mars dernier, intitulée : *L'eau de rivière et la fièvre typhoïde.*

« En 1887, écrit M. Chantemesse, dans une note faite en commun avec M. le docteur Vidal et communiquée à l'Académie de médecine par M. Cornil, *nous avons indiqué la cause principale des épidémies de fièvre typhoïde* qui sévissent à Paris, et cette assertion, ainsi qu'il arrive presque toujours en pareil cas, était répétée le 16 mars dans un autre journal. » Cette manière d'écrire l'histoire n'a jamais été la nôtre, aussi j'en laisse la responsabilité à son auteur et après avoir indiqué brièvement la manière dont se sont comportées les épidémies de 1876 et 1882, il me reste à parler de l'épidémie actuelle.

Celle-ci débute tout à coup comme les deux précédentes, moins brusquement peut-être, ce qui résulte sans aucun doute des circonstances qui ont présidé à son développement. C'est vers le 18 février qu'elle fait son apparition, si nous en jugeons par ce qui s'est passé à l'Hôtel-Dieu où on ne compte que 6 cas de fièvre typhoïde, du 1er janvier au 18 février, tandis que du 18 février au 1er mars, il entre 56 malades atteints de cette même maladie.

Le *Bulletin hebdomadaire de statistique municipale* n'est pas moins démonstratif à cet égard, car les cas de fièvre typhoïde entrés dans les hôpitaux de Paris, qui étaient de 15 du 11 au 17 février, se sont élevés à 75 du 18 au 24 et à 291 du 25 février au 3 mars. Depuis lors, l'épidémie s'est arrêtée et aujourd'hui elle est en voie de décroissance, on pourrait même dire terminée.

La rapide apparition de cette épidémie, comparée aux deux précédentes, est un fait des plus instructifs qui éloigne l'idée de contagion et indique une cause commune chez tous les individus affectés. Cette cause est facile à déterminer aujourd'hui, où l'administration veut bien nous renseigner sur la distribution des eaux de boisson. L'épidémie actuelle sévit bien en partie dans les quartiers desservis par l'eau de l'Ourcq, mais depuis nos communications antérieures, l'administration a fait tous ses efforts pour que cette eau ne serve plus comme boisson et par conséquent ce n'est pas elle qu'il faut accuser, ce n'est pas davantage l'eau de rivière, car les quartiers envahis ne sont nullement ceux où se rencontrait l'épidémie de 1882.

Pourtant, quoique plus étendue que les épidémies de 1876 et 1882, celle-ci est toujours en rapport avec la distribution des eaux de la ville et se trouve nettement limitée aux quartiers desservis par l'eau de la Vanne, ainsi qu'il résulte de la communication faite au Conseil de salubrité par l'ingénieur en chef des eaux, l'honorable M. Humblot. Aussi est-ce de ce côté qu'a été dirigée l'enquête, comme vous le dira notre collègue M. Dujardin-Beaumetz.

Cette dernière épidémie, déjà remarquable par sa courte durée, l'est encore par sa mortalité relativement faible, puisque, des 20 malades soignés par nous à l'Hôtel-Dieu, aucun n'a succombé et que, sur 147 entrées dans tout l'hôpital, il y a eu seulement 21 décès.

Des trois grandes épidémies en question, il nous serait facile de rapprocher d'autres épidémies développées dans la banlieue, car il ne se passe pas d'année où nous n'ayons à observer, à l'hôpital du Perpétuel-Secours de Levallois-Perret, une ou plusieurs épidémies de fièvre typhoïde.

L'été dernier, nous avons eu à traiter dans ce petit hôpital

de 52 lits plus de 20 cas de fièvre typhoïde venant de Puteaux, de Courbevoie et surtout de Levallois-Perret, alors que, depuis plus de trois ans, nous ne voyions pas cette maladie à l'Hôtel-Dieu. Fort différentes des épidémies parisiennes, non seulement par leur physionomie, mais encore par leur gravité, du reste variable, les épidémies de la banlieue ne se distinguent pas moins par une invasion soudaine et une disparition rapide, de telle sorte que là encore la contamination de l'eau est bien la cause déterminante.

A l'appui de cette manière de voir, nous citerons un fait intéressant concernant Puteaux. Cette localité possède deux prises d'eau, l'une à Suresnes, qui dessert sa partie la plus élevée, l'autre au pont de Neuilly, qui alimente sa partie basse. Cette dernière partie est beaucoup plus souvent que la première envahie par la fièvre typhoïde qui, en général, n'atteint pas simultanément les deux moitiés de la ville.

Donc, après avoir demandé de l'eau non souillée pour la ville de Paris, il y a lieu d'en réclamer aujourd'hui pour sa banlieue, car on peut affirmer, hardiment, que la fièvre typhoïde, maladie accidentelle, peut disparaître de notre sol tout aussi bien, et peut-être mieux, que le paludisme.

En somme, l'étude des épidémies de fièvre typhoïde de Paris et de sa banlieue nous conduit à reconnaître que ces épidémies sont toutes en rapport avec la distribution des eaux de boisson, puisqu'elles sévissent toujours dans les quartiers alimentés par une même eau et qu'elles ont toutes une invasion soudaine ou rapide.

Ce fait, énoncé par nous en 1880-1882, depuis lors commenté par plusieurs auteurs et devenu incontestable, conduit à lui seul à la prophylaxie des épidémies de fièvre typhoïde de notre ville.

Cette prophylaxie se résume dans ce conseil que nous adressons à tous nos administrateurs : « Distribuez de l'eau non souillée et vous éviterez les épidémies de fièvre typhoïde. »

THÉRAPEUTIQUE

Emploi du phosphate de chaux en thérapeutique. — M. Carles pense que la meilleure préparation de phosphate de chaux est le phosphate tribasique gélatineux. Ce phosphate devrait être préparé avec des os calcinés ou du noir animal pulvérisé. Le mieux est d'incorporer le phosphate récemment précipité dans un sirop à froid qui renfermera par cuillerée 2 grammes de phosphate gélatineux ou 20 centigrammes de phosphate sec. C'est de cette façon que le phosphate de chaux sera le plus assimilable.

M. Pitres pense que dans toutes les affections nerveuses, le phosphate de soude donne de meilleurs résultats que le phosphate de chaux. (Soc. de méd. de Bordeaux.)

Usage externe de la phénacétine dans les arthrites. — La pommade suivante aurait donné à Taylor de bons résultats dans les arthrites douloureuses rhumatismales ou traumatiques :

Phénacétine . . . . 5 grammes.
Lanoline. . . . . 20 —
Huile d'olive . . . . . q. s. (pour onctions).

Emploi du Grindelia robusta dans la dyspnée. — M. Jasiewicz a employé avec succès le grindelia robusta dans les dyspnées d'origine nerveuse, en particulier dans l'asthme et dans la laryngite striduleuse. L'action dans les bronchites est beaucoup moins marquée. Le grindelia a une action calmante analogue à celle de la belladone, mais il agit plus rapidement et est moins toxique que la belladone. Le meilleur mode d'administration est le suivant :

Julep gommeux . . . . 125 grammes.
Teinture de grindelia. . . . . 2gr50.

Par cuillerées dans les vingt-quatre heures. (Soc. de méd. et de chir. prat.).

Inconvénients de quelques médicaments anti-thermiques. — L'antipyrine et la phénacétine déterminent rarement des accidents graves, à condition de débuter par des doses initiales modérées. Il est d'autant plus nécessaire d'employer des doses faibles au début que quelques sujets ont, pour ces médicaments, une intolérance tout à fait spéciale. L'acétanilide, au contraire, est réellement peu maniable et les doses modérées ont parfois entraîné des accidents. (*British Med. Journ.*)

Traitement des otalgies. — Des instillations faites dans le conduit auditif plusieurs fois par jour avec la mixture suivante amèneraient un grand soulagement dans les otalgies :

Camphre. . . . . } *àà* 1gr30
Menthol . . . . }
Vaseline liquide. . . . . 30 grammes.

En instillations. (*Medical Press.*)

Production rapide de l'oxygène. — M. Bardet a indiqué, à la Société de médecine pratique, un procédé pour préparer rapidement l'oxygène à froid. On met dans un ballon, muni d'un embout respiratoire et à moitié plein d'eau, 50 grammes de bioxyde de manganèse et 60 grammes de permanganate de potasse. A froid, on obtient rapidement environ quinze litres d'oxygène.

Cet oxygène est respirable même sans être lavé. Il renferme seulement un peu d'ozone, qui ne saurait être nuisible. En général, il sera préférable de le laver. Ce procédé, très simple, paraît devoir rendre de réels services à la campagne et dans les cas d'urgence.

La toux dans la phtisie et la dilatation des bronches. — Le docteur Didama indique un procédé assez curieux de diminuer les quintes de toux, quand celles-ci sont dues à la nécessité de vider une caverne ou une grosse dilatation. Il suffira souvent que le patient se couche sur le côté, s'appuyant sur la main, tenant la tête aussi basse que possible. L'expectoration est souvent très facilitée du fait de cette position un peu déclive. (*Medical Record.*)

Traitement de la chorée par la cérébrine. — Montagnon rapporte un fait de chorée d'origine rhumatismale où les injections de cérébrine donnèrent de bons résultats et amenèrent, en un mois, la guérison. (*Lyon médical.*)

Traitement de la dilatation des bronches. — Pour Stewart, cette affection est due à l'atrophie des parois bronchiques, atrophie qui les met hors d'état de résister à la pression produite par l'accumulation des mucosités dues au catarrhe bronchique. Contre l'atrophie elle-même, il n'y a aucun moyen d'action efficace. Contre le catarrhe, la térébenthine, la créosote, l'acide phénique, le salol et les autres antiseptiques, administrés soit par la bouche, soit en pulvérisations, sont restés peu efficaces. On obtient des résultats bien plus marqués, en faisant deux fois par jour une injection intra-trachéale avec la mixture suivante :

Menthol. . . . . 10 grammes.
Gaïacol . . . . 2 —
Huile d'olives . . . . 88 —

On injecte 4 grammes par injection. Ces injections intra-trachéales sont un peu pénibles, mais bien supportées. Dans les cas graves et tenaces, Stewart préconise même l'intervention chirurgicale et rapporte un fait où celle-ci a donné de très bons résultats. (*British Med. Journ.*)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 8 mai 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

LECTURE

Mort par le bromure d'éthyle. — M. A. SUAREZ DE MENDOZA (d'Angers) communique l'observation d'une malade atteinte d'endométrite végétante, qui a succombé dès les premières inhalations de bromure d'éthyle qu'on lui fit respirer pour pratiquer le curetage. L'analyse chimique a démontré que le bromure d'éthyle employé était exempt de toute impureté; la mort ne peut donc être attribuée dans ce cas qu'à une syncope cardiaque provoquée par l'action des vapeurs éthyliques sur les terminaisons du nerf nasal.

COMMUNICATIONS

Un cas de rappel à la vie chez un pendu au moyen des tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE communique l'observation suivante :

M. X..., en traitement dans une maison de santé, située dans le département de la Seine, est âgé de trente-trois ans; il est marié et père de famille.

Entre autres symptômes de sa maladie, il présente des idées de suicide très arrêtées. Il a, du reste, essayé déjà de mettre ses idées à exécution et c'est à la suite d'une tentative d'empoisonnement avec le laudanum que sa famille l'a fait entrer à l'établissement, il y a environ deux mois et demi.

Les premiers temps de son séjour, le malade est assez calme, il est lucide, il semble ne pas trouver désagréable son nouveau genre de vie et dit qu'il aurait dû venir se faire soigner plus tôt, mais il demande à n'être pas surveillé d'aussi près par son domestique. Malgré cette réclamation et quelques légers accès de mélancolie, rien de saillant ne pouvait faire supposer, de sa part, l'intention de mettre de nouveau fin à ses jours.

Cependant, il y a environ deux semaines, M. X..., à peine deux minutes après avoir pris sa place à la table d'hôte, sortait de la salle à manger et quelques instants après, son absence se prolongeant, son domestique venait en toute hâte demander le médecin de la maison et lui apprenait que M. X... s'était pendu à l'espagnolette avec le cordon de sa robe de chambre.

Lorsque le médecin arriva auprès du suicidé, il trouva ce dernier étendu, la face cyanosée, la respiration presque nulle, le pouls imperceptible.

Le traitement indiqué en pareil cas fut aussitôt appliqué d'une façon énergique. Mais frictions sèches, ammoniaque en inhalation ne produisirent que peu ou point d'effet, et au bout d'un certain temps, les quelques signes de vie qui persistaient avaient disparu.

C'est alors qu'il vint au médecin l'idée d'employer la méthode des tractions méthodiques de la langue; elle avait réussi dans des cas sinon identiquement semblables, du moins aussi désespérés; c'était une ressource.

Un bâton entouré d'un linge est immédiatement introduit entre les dents (la mâchoire étant fortement contracturée), et la langue est saisie avec des pinces; des tractions sont pratiquées lentement au début, puis un peu plus rapides.

Au bout de trois minutes, on entend un faible gémissement suivi presque aussitôt d'une violente inspiration. En même temps, un amas de mucosités sanguinolentes est rejeté au dehors, puis la respiration continue, assez irrégulière, il est vrai, mais suffisante pour permettre à l'entourage de constater que le malade est sauvé.

Les tractions sont pratiquées encore au nombre de vingt par minute. Les frictions sèches sont reprises, deux ventouses scarifiées sont placées à la nuque, et on peut se rendre compte que la respiration devient de plus en plus normale. Le pouls est très appréciable, la face est encore congestionnée, mais n'est plus noire, en un mot, le malade est absolument hors de danger.

La langue, sur laquelle on opérait des tractions depuis environ dix à onze minutes, ne fut abandonnée que lorsqu'une seconde inspiration très forte fut suivie presque aussitôt d'une crise nerveuse, etc. Le malade était sauvé.

Les épidémies de fièvre typhoïde observées à Paris depuis l'année 1876. — M. LANCEREAUX fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 506.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un associé national.

Au deuxième tour de scrutin, M. Zambaco (de Constantinople) est élu par 54 voix contre 14 à M. Renaut (de Lyon), sur 71 votants.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Darier, Thoinot et Girode.

— Les candidats au concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux ont eu à traiter par écrit : « Structure de l'ovaire; de l'ovulation. »

— Le Conseil municipal a reçu la proposition du déplacement de l'amphithéâtre des hôpitaux qui serait transporté boulevard Arago; et a voté la création d'un service de quarante-quatre lits à la Clinique d'accouchements.

— Par décision ministérielle, en date du 4 mai 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Vaugy, pour le 18e bataillon de chasseurs à pied; — Larroque, pour le 109e d'infanterie; — Redon, pour le 11e escadron du train des équipages militaires; — Baudisson, pour le 60e d'infanterie; — Plantié, pour l'École préparatoire de cavalerie d'Autun; — Jaubert (L.-J.-M.), maintenu au 111e d'infanterie; — Ipite, pour le 79e d'infanterie; — Basin, pour le 2e régiment étranger; — Vachez, pour le 16e d'infanterie; — Clavelin, attaché à la direction du service de santé du 7e corps d'armée; — Martin (V.-A.), pour le 96e d'infanterie; — Maguin (E.-L.), pour ordre au 2e régiment de zouaves et détaché aux dépôts des 2e et 3e régiments de zouaves, à Arles; — Morin (M.-L.-M.), pour le 21e bataillon de chasseurs à pied; — Privat, pour le 2e régiment de chasseurs d'Afrique; — Prussan, attaché à la direction du service de santé du 18e corps d'armée; — Cardot (M.-A.-G.-L.-G.), pour le 7e bataillon de chasseurs à pied.

— M. le médecin aide-major Cardot est nommé chevalier du Dragon de l'Annam.

— Le chauffage des voitures par briquettes sera interdit dès le commencement de l'hiver prochain.

— Le poste médical de Cormery (Indre-et-Loire) est à prendre. Il rapporte 12000 francs; on céderait une installation à très bon compte. — Pour renseignements, s'adresser à Mme veuve Soulie, à Cormery, ou à M. Toullet, pharmacien à Montbazon (Indre-et-Loire).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 56. — SAMEDI 12 MAI 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 12 MAI 1894. — N° 56.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de la Pentecôte, le journal ne paraîtra pas mardi.

LES AFFECTIONS CHIRURGICALES

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES

M. Péan préconise l'incision transversale de la paroi abdominale comme donnant le plus de jour dans les opérations qui se pratiquent sur le rein. Voici comment il procède :

« Du bord externe du muscle droit correspondant à la tumeur, à la hauteur de l'ombilic, je fais partir une incision transversale qui se dirige en dehors et se termine au niveau du bord externe de la masse sacro-lombaire. Cette incision intéresse la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et l'aponévrose superficielle. J'incise ensuite les muscles oblique et transverse ainsi que les aponévroses moyennes et profondes; au besoin je prolonge un peu l'incision à travers la masse sacro-lombaire. De la sorte, toute la partie postérieure de l'incision met à nu la couche graisseuse sous-péritonéale, l'atmosphère cellulo-adipeuse du rein ainsi que le côlon, tandis que la partie antérieure s'arrête au fascia transversalis. Il devient alors facile, quand la tumeur est de moyen volume, de découvrir le rein et de le disséquer en avant, en arrière et de chaque côté, même quand il est relié aux organes voisins par des adhérences inflammatoires ou cancéreuses.

Le pincement des vaisseaux facilite la dissection. Si le volume de la tumeur est considérable et surtout si elle envoie des prolongements importants du côté du hile ou des extrémités, il ne faut pas hésiter, si cela est nécessaire, à ouvrir transversalement le péritoine en ayant soin de ménager le côlon ascendant, transverse ou descendant. C'est alors que le pincement préventif ainsi que le morcellement du rein et de son hile rendent un véritable service. On pourrait supposer, quand cet organe est envahi par des abcès nombreux ou par des foyers tuberculeux qui envoient des prolongements dans la fosse iliaque ou même dans le thorax à travers les insertions ligamenteuses du diaphragme, ou bien, quand il est affecté de masses cancéreuses adhérentes aux organes voisins, qu'il sera plus difficile de poursuivre la dissection du côté du hile ou des extrémités du rein que si l'incision était verticale. C'est le contraire qui a lieu, ainsi que le démontre l'observation. »

Cette méthode est, en effet, à recommander chaque fois que la lésion rénale est volumineuse; mais l'incision lombaire verticale, ou l'incision oblique suffisent dans la plupart des autres cas. L'incision transversale était acceptée, jusqu'ici, comme une incision de nécessité. M. Péan la préconise comme procédé de choix.

M. Pousson (de Bordeaux) propose, en son nom et au nom du professeur Demons, la néphrotomie systématique dans l'anurie calculeuse, voici comment il conclut : « S'il est vrai qu'il existe un certain nombre d'observations dans lesquelles le chirurgien, guidé par des signes de présomption touchant le siège du calcul, a ouvert, presque à coup sûr, le bassinet ou l'uretère pour en extraire le corps obturateur; s'il est vrai aussi qu'il y en a quelques-unes dans lesquelles l'uretère a été mis à nu et exploré soit par la voie lombaire, soit par la voie abdominale, et que cette opération exploratrice a pu devenir curative dans les cas où le calcul a été ainsi découvert, on ne peut cependant nier qu'en raison de la difficulté de faire le diagnostic du siège précis du calcul, ces opérations ne soient toujours aléatoires et que, malgré l'antisepsie, la découverte et l'exploration directe de l'uretère ne présentent quelques dangers.

L'incision du rein est assurément plus simple, moins périlleuse, et à elle seule, alors même qu'elle ne donne pas accès sur le calcul obturateur, elle peut mettre un terme aux accidents urémiques et sauver la vie des malades. En effet, en faisant cesser la contre-pression qui, l'uretère étant oblitéré, s'exerce jusque dans l'intimité du parenchyme rénal, elle permet au rein de reprendre ses fonctions avant qu'il soit frappé de dégénérescence. Le spasme de l'uretère cessant, le calcul tombe de lui-même, et si son volume s'oppose à cette chute spontanée, il sera possible, les jours suivants, d'aider à sa migration par le cathétérisme rétrograde de l'uretère ou de l'attaquer de front par l'urétérotomie dans de meilleures conditions. Sur six cas de néphrotomie pour anurie calculeuse que nous avons relevés et dont trois nous sont personnels, nous avons eu quatre succès, et les deux insuccès paraissent devoir être attribués à une intervention trop tardive. »

M. Pousson communique également un fait de hernie de

la vessie à travers l'urèthre. Il a pu en trouver six cas dans la science, mais il n'y en a que trois d'incontestables, ayant subi le contrôle de l'autopsie. M. Pousson passe en revue les trois théories, qui permettent d'expliquer cette lésion, et il s'arrête à la théorie de Malherbe qui explique la formation de la hernie par le développement d'une des cryptes glandulaires situées au pourtour du col de la vessie, cryptes qui, dilatées peu à peu par l'urine y pénétrant, arrivent à constituer une poche qui repousse d'abord devant elle la paroi de l'urèthre, l'use et finit par sortir par le méat urinaire. L'observation purement clinique de Patron, en montrant que la tumeur formait bien un diverticule en communication avec la vessie et contenant de l'urine, avait permis à cet auteur d'interpréter, comme il vient d'être dit, la pathogénie de la hernie vésicale; le fait de Malherbe et celui de M. Pousson, dans lesquels l'examen histologique des parois de la tumeur enlevée a montré, sur la paroi interne du diverticule, l'existence d'épithélium vésical et une superposition de couches représentant les vestiges des parois de la crypte et de l'urèthre soulevé, donnent à cette manière de voir une confirmation éclatante.

M. Sorel (du Havre) fait un plaidoyer en faveur de la suture totale de la vessie après la taille hypogastrique. Malgré l'opposition de l'École de Necker, cette pratique est devenue courante chez nous et à l'étranger. Mais pour obturer la plaie vésicale, il faut que la vessie soit saine et nullement infectée. M. Sorel passe par-dessus cette contre-indication; nous n'oserions recommander de le suivre jusque-là.

M. Reginald Harrison (de Londres) fait connaître les résultats de sa pratique touchant le traitement des calculs vésicaux; il se déclare le partisan convaincu de la lithotritie périnéale.

Il a pratiqué 400 fois l'opération de la pierre chez l'homme, en employant presque toutes les méthodes opératoires. La lithotritie occupe une place prédominante dans sa statistique, mais cependant les tailles latérales, médianes et sus-pubiennes y sont largement représentées.

Pour les 100 derniers cas, le nombre des morts est seulement de 5 p. 100, et l'on peut considérer ce résultat comme la conséquence des grands progrès résultant des travaux de Bigelow, Thompson, auxquels nous sommes redevables des avantages apportés soit dans la méthode de traitement, soit dans son application.

Dans la lithotritie périnéale, telle qu'il la pratique, une ouverture médiane est faite au périnée sur la partie membraneuse de l'urèthre jusqu'au sommet de la prostate. Au moyen d'un forceps présentant la forme des valves d'un lithotriteur et dont la circonférence n'excède pas celle d'un doigt ordinaire, on peut obtenir assez de puissance pour broyer et évacuer n'importe quelle pierre, qui peut facilement être saisie par cette voie.

Cette opération permet de broyer et d'évacuer des pierres volumineuses en peu de temps; elle présente peu de risques pour la vie du malade en comparaison de la taille latérale ou hypogastrique et convient aux sujets âgés ou débilités; elle permet le lavage de la vessie plus efficacement que par la voie uréthrale, la voie étant plus courte et les cathéters évacuateurs d'un plus fort calibre; enfin, on peut, avec cette incision, s'assurer par l'exploration directe qu'il ne reste plus de débris dans la vessie. En plaçant un tube à drainage on guérira ou on améliorera tout au moins, d'une façon certaine, les cystites dues à la rétention d'urine dans les poches ou les dépressions des parois vésicales.

M. Desnos parle des opérations palliatives dans l'hypertrophie de la prostate :

« Les rétentions d'urine, chez les prostatiques, sont justiciables du cathétérisme dans la grande majorité des cas; mais parfois ce traitement ne suffit pas et il faut recourir à une ouverture artificielle de la vessie. D'une manière générale, l'indication s'en trouve posée quand le cathétérisme est ou impossible, ou insuffisant, ou dangereux. Impossible, quand il existe des obstacles uréthraux ou prostatiques insurmontables; insuffisant, quand l'évacuation se fait mal et surtout dans le cas de cystite douloureuse; dangereux, lorsque l'urèthre saigne ou qu'il y a rétention avec infection et distension vésicales. Dans ce cas, la ponction avec aspiration n'est bonne que dans les cas d'urgence, la ponction avec canule à demeure ne crée pas une issue assez large aux liquides. Une section étendue s'impose. La voie périnéale n'est plus guère utilisée aujourd'hui; la taille hypogastrique est de tout point préférable.

La question la plus intéressante qui se pose maintenant est de savoir si on doit laisser l'ouverture béante d'une manière permanente ou chercher à fermer la vessie après un certain temps. M. Poncet a publié un assez grand nombre de cystostomies suivies de succès pour légitimer cette opération; mais la permanence de la fistule constitue une infirmité pénible et ne protège pas contre l'infection des voies urinaires. Nous croyons que le principal mérite de cette intervention est de permettre de pénétrer dans la vessie et de l'aseptiser avec un minimum de danger, mais qu'au bout d'un certain temps une tolérance s'établit et le cathétérisme peut être pratiqué impunément; parfois même, il n'est pas nécessaire de sonder. Une cystostomie temporaire est donc suffisante le plus souvent. La cystostomie permanente peut être exceptionnellement utile; dans ce cas, comme le méat hypogastrique fonctionne rarement à la manière d'un sphincter, il faut placer un appareil qui assure le libre écoulement de l'urine. L'expérience nous a appris que, pour bien fonctionner, ces sortes de sondes ne doivent pénétrer qu'aussi peu que possible dans la vessie; à cet effet, nous avons fait construire un petit appareil constitué par une sonde de caoutchouc à boule terminale, semblable à la sonde de Pezzer et qui, à l'aide d'un dispositif spécial, se fixe d'elle-même à la paroi vésicale. »

M. Loumeau (de Bordeaux) fait une communication sur les variétés de l'hypospadias balanique, auquel il reconnaît trois types principaux : dans le premier, il y a imperforation de la région balanique de l'urèthre; dans le second, il existe une simple gouttière; dans le troisième, le canal existe, mais est constitué d'une façon anormale, soit comme siège, comme abouchement ou comme calibre.

Dans la même section, M. Lapeschko (de Kiew) fait connaître le résultat de recherches entreprises depuis huit ans sur la transplantation des muqueuses. Il a contrôlé certaines expériences, d'après lesquelles des fragments de muqueuse de lapin, greffés chez l'homme, peuvent prendre, et l'on peut obtenir ainsi de bons résultats thérapeutiques. Il a fait une série de transplantations, chez l'homme, de muqueuses prises à des lapins, à des poules, à des grenouilles, à des chiens, à des singes. Dans toutes ces expériences, la muqueuse se fixait; dans quelques-unes, elle prenait même, mais au bout du premier mois elle s'atrophiait. En faisant, au contraire, ces mêmes expériences

avec des fragments de muqueuse de l'homme, et en les transplantant dans les culs-de-sac conjonctivaux, les greffes prenaient d'une façon définitive. Il a fait cinquante transplantations en se servant surtout de la muqueuse de la lèvre humaine et aussi de celle du vagin, et en la transportant sur le bord de la paupière dans des cas d'ectropion ; il n'a eu qu'un seul insuccès. Dans des réparations de paupières, il a obtenu également toute une série de succès.

Encouragé par ces résultats, M. Lapeschko a essayé la transplantation de la muqueuse labiale dans l'urèthre de l'homme, pour pouvoir appliquer cette méthode à la réparation des pertes de substance, poussé dans cette voie par les succès obtenus par Wölfler avec des muqueuses d'animaux. Il a fait cette transplantation de muqueuse labiale dans l'urèthre chez trois malades, notamment chez un enfant atteint d'un rétrécissement traumatique de l'urèthre qui, après l'ablation du tissu cicatriciel, laissa entre les deux extrémités de l'urèthre un écart de 4 centimètres. Dans les trois cas, le succès a été complet.

On sait combien le traitement chirurgical de l'exstrophie de la vessie présente de difficultés et exige de soins patients pour être mené à bien. Le professeur Maydl (de Prague) préconise une nouvelle méthode qui permettrait d'obtenir, à peu de frais, une guérison radicale. Il a employé cette méthode nouvelle dans deux cas différents.

Voici comment il procède :

On ouvre la cavité péritonéale sur les bords de la vessie exstrophiée, et l'on résèque la paroi vésicale, en respectant seulement une portion ovale renfermant les orifices des uretères. Il faut ensuite, chez la femme, libérer la vessie de l'utérus, et, chez l'homme, sectionner au-dessous des insertions des corps caverneux. On arrive ainsi à mobiliser complètement la portion de la vessie qui correspond aux orifices des uretères, dans lesquels on a préalablement introduit de fines sondes en gomme, et l'on a deux pédicules constitués par les uretères, les vaisseaux qui les accompagnent et le tissu conjonctif qui l'enveloppe. Il ne reste plus qu'à attirer le côlon, à pratiquer sur sa convexité une incision longitudinale et à insérer, dans les lèvres de cette incision, la portion vésicale pédiculée, en suturant les muqueuses ensemble, puis la séreuse intestinale à la musculeuse vésicale. On réduit ensuite le tout que l'on ferme complètement. La guérison a été obtenue en deux et trois semaines.

La recto-cystotomie serait, pour Bauer, le procédé de choix pour l'extraction des calculs vésicaux. L'opération bien réglée comprend 6 temps : 1° introduction du spéculum de Sims dans le rectum, afin de bien exposer et éclairer le champ opératoire, notamment la région du trigone ; 2° ouverture de la vessie par une incision verticale ; 3° introduction du doigt ou d'une pince dans la vessie, à travers l'incision ; 4° extraction du calcul ; 5° irrigation de la vessie ; 6° suture de la plaie recto-vésicale au fil d'argent.

L'introduction du spéculum est ordinairement facile chez les individus qui ont eu de la dysurie mécanique ou du ténesme, de même que chez ceux qui présentent un certain degré de prolapsus du rectum. En cas de résistance trop grande, on peut faire la section sous-cutanée du sphincter.

Pour rendre le champ opératoire plus accessible, il faut faire préalablement l'injection d'une certaine quantité de liquide dans la vessie. Cette injection a pour effet de repousser le fond de la vessie contre l'anus, d'écarter les uretères et d'éloigner les vésicules séminales qu'on met ainsi à l'abri d'une blessure éventuelle. La blessure du péritoine n'est pas à craindre chez les adultes de la race blanche, chez lesquels le péritoine se trouve à 1 centimètre trois quarts du champ opératoire, quand la vessie est remplie de liquide. Mais, chez les enfants et les nègres, le péritoine descend très bas dans le petit bassin, quelquefois jusqu'à la prostate ; aussi, la recto-cystotomie est-elle contre-indiquée dans ces cas.

L'introduction du doigt ou d'une pince dans la vessie, l'extraction du calcul et l'irrigation ultérieure de la vessie, se font avec la plus grande facilité. La suture de la plaie ne présente pas de difficultés techniques plus considérables que celle d'une fistule recto-vaginale.

En admettant même que la réunion de la plaie soit imparfaite et donne lieu à un suintement d'urine, le liquide passe, dans ce cas, dans un espace tapissé de muqueuse, et s'écoule facilement au dehors.

Sur le vivant, l'opération est des plus faciles et des plus rapides. La sonde à demeure peut être enlevée au bout de quarante-huit heures, la réunion de la plaie complète en six ou sept jours. La guérison serait donc plus rapide qu'avec les autres procédés de lithotomie.

AFFECTIONS DIVERSES

M. Sanfiresco (de Bucharest) recommande la costotomie provisoire dans l'épanchement aigu de la plèvre. Nous pensons que la pratique de notre confrère roumain ne s'adresse qu'aux cas d'épanchement purulent ; en dehors de ces cas, il ne trouverait guère d'imitateurs.

Voici son procédé, qu'il applique depuis 1877 :

On place le malade à demi couché latéralement sur le côté opposé à celui qui sera opéré, et l'on procède à l'anesthésie que l'on pousse seulement jusqu'à l'analgésie et, pour arriver à ce but, on emploie de préférence l'éther.

On compte les côtes de bas en haut et, au milieu de l'espace libre, entre la sixième et la septième côte, ou juste au milieu de la partie déclive de l'exsudat, on trace une ligne au crayon dermographique et, à un point arrêté par l'opérateur, on trace une seconde ligne perpendiculaire, à partir de laquelle on mesure dans les deux directions (en avant et en arrière) la portion de la côte à sectionner, et l'on élève encore une ligne verticale.

Le malade étant analgésié, le tissu, jusqu'aux muscles intercostaux internes, sera incisé entre les deux verticales, sur la ligne comprise dans l'espace intercostal, et ensuite on n'incisera que la peau sur les lignes verticales jusqu'au-dessus du bord supérieur de la côte à sectionner. Arrivé là, on place le costotome sur l'une des lignes verticales, de manière à ce que les tranchants embrassent transversalement la côte entière, et que l'on pousse les pointes jusqu'à ce qu'elles pénètrent dans la cavité pleurale ; on presse fortement des deux mains, jusqu'à ce que l'os soit complètement coupé, ainsi que les parties molles contenant aussi la plèvre. La même opération est pratiquée sur l'autre ligne verticale.

Il résulte de ces sections un lambeau pleuro-ostéo-cutané. L'artère doit être liée ou tordue.

La cavité pleurale occupée par l'exsudat est lavée par des irrigations faites avec du liquide antiseptique, et le drainage est fait à l'aide d'un tube en caoutchouc fenêtré et recourbé pour former un double courant.

Toute la région latérale thoracique opérée est recouverte d'une épaisse couche d'ouate phéniquée, soutenue par un bandage de corps.

On observe cliniquement les oscillations de la température ; si elle commence à monter, on défait le bandage et l'on fait des irrigations par l'un des orifices périphériques du tube jusqu'à ce que le liquide en sorte limpide, après quoi sera appliqué un bandage identique à celui que l'on a défait.

Le nombre des irrigations est en rapport avec l'élévation de la température, et si, après dix ou quinze jours, elle devient constante et presque normale, et que le liquide d'irrigation ressorte limpide dès le commencement, on devra limer les extrémités de l'os sectionné et le coudre par deux sutures faites soit avec de la soie, soit à l'aide de fils métalliques en argent.

On fait la suture des parties molles avec de la soie ou du catgut.

On réserve à l'incision de l'espace intercostal un petit orifice dans lequel on introduit un tube de drainage très fin, pour observer, pendant quelques jours, si les parois de la plèvre sécrètent encore, et l'on décide de la fermeture complète d'après l'absence totale d'exsudation.

Aussitôt la suture osseuse effectuée, toute la région latérale thoracique opérée est bandée à l'aide de larges et longues bandes de diachylon ; seul, l'orifice drainé est laissé libre et recouvert d'ouate phéniquée ou iodoformée ; le tout est soutenu par un bandage de corps que l'on n'enlève définitivement qu'après un délai de temps jugé par les circonstances, mais pas au delà de quarante jours.

M. Sanfiresco a opéré trois malades par cette méthode, et tous ont été complètement guéris sans aucune trace ultérieure.

Le traitement du pied-bot congénital est discuté par le docteur Ch. Wilhems (de Gand). Ce chirurgien envisage les différents cas, suivant qu'il s'agit d'un enfant ou d'un adulte, et, s'il s'agit d'un enfant, suivant qu'il a ou n'a pas encore marché.

Chez les enfants qui n'ont pas encore marché, le traitement orthopédique pur et simple n'est recommandable que si la difformité se laisse corriger complètement et facilement par l'application d'un seul appareil. Quand la malformation est plus accentuée, au point qu'elle exigerait un redressement graduel, l'opération de Phelps constitue le traitement de choix.

Chez les enfants qui ont déjà marché, et chez lesquels, par conséquent, la saillie des os du tarse s'est prononcée, les résections osseuses sont préférables à l'opération de Phelps. A plus forte raison, chez l'adulte, la tarsectomie est-elle la seule opération à conseiller. La tarsectomie sera toujours large, de façon que le redressement se fasse tout seul et qu'il n'y ait pas besoin d'un appareil. Le meilleur procédé à suivre consiste à commencer par la résection de l'astragale et à enlever ensuite dans le tarse tout ce qu'il faudra pour compléter le redressement. Le docteur Wilhems pense qu'il est avantageux d'opérer les deux pieds en une même séance.

Le professeur Lorenz (de Vienne) communique sa statistique sur le traitement chirurgical de la luxation congénitale de la hanche. Il a pratiqué 63 opérations qui, toutes, ont été suivies d'améliorations ou de guérisons complètes. Nous sommes, en France, moins enclins à demander, à l'intervention chirurgicale, la cure de cette malformation, et à moins de lésions très accentuées rendant la marche impossible ou douloureuse, en général, l'abstention du chirurgien est la règle et le port d'appareils orthopédiques constitue le traitement banal de cette malformation articulaire. L'opération, en effet, est loin de donner un résultat orthopédique et fonctionnel parfait et souvent, aux prix de grands délabrements et d'une opération complexe, on n'obtient qu'une insignifiante amélioration.

Ce traitement chirurgical consiste à abaisser la tête fémorale au niveau de la cavité cotyloïde, à agrandir cette cavité, et enfin à y placer la tête fémorale. L'opération comprend donc trois temps : la réduction de la tête fémorale, l'agrandissement de la cavité cotyloïde et la constitution d'une tête fémorale qui n'existe pas toujours, enfin l'adaptation de la tête avec la cavité cotyloïde.

M. Lorenz estime que l'on a tort d'attribuer aux muscles pelvi-trochantériens tout le raccourcissement. Bien au contraire, ils s'allongent et ne peuvent créer l'obstacle à la réduction. Cet allongement du psoas, des obturateurs, des jumeaux, du carré fémoral, du petit et moyen fessier, provoque plutôt des altérations du bassin consécutives à la luxation congénitale de la hanche. Par contre, c'est le grand fessier seul qui se raccourcit.

Or, ce muscle appartient au groupe des pelvi-fémoraux et non à celui des pelvi-trochantériens ; on l'allonge par simple section du fascia-lata. C'est donc lui qui s'oppose à la réduction avec quelques faisceaux du grand adducteur, du couturier, du droit antérieur, du demi-tendineux, du demi-membraneux et du biceps. D'où la méthode de réduction, consistant à respecter les positions des muscles non raccourcis (muscles péri-articulaires), sauf le tenseur du fascia lata, et à ménager l'appareil moteur de l'articulation.

Les temps de l'opération sont les suivants :

1° Section du fascia-lata par une incision longitudinale venant de l'épine iliaque antéro-supérieure et deuxième incision transversale au niveau du trochanter ;

2° Incision crurale de la capsule, approfondissement de la cavité cotyloïde, reconstitution, s'il y a lieu, de la tête fémorale ;

3° Réduction, par tractions énergiques, de celle-ci dans la cavité cotyloïde (la ténotomie des tendons du creux poplité facilite cette manœuvre).

4° Fixation du membre en légère abduction ;

5° Plus tard, massage et gymnastique.

M. Manley (de New-York) rappelle que, dans les fractures du rachis, la symptomatologie est due tout entière aux lésions médullaires : ces lésions graves ne relèvent point de l'intervention chirurgicale et l'orateur condamne les tentatives de trépanation rachidienne, faites dans les affections traumatiques de la colonne vertébrale.

Le docteur Ménard (de Berck-sur-Mer), après avoir rejeté la laminectomie (résection des lames vertébrales) comme traitement de certaines variétés de maux de Pott, reconnaît maintenant, à cette pratique, différentes indications. Il a vu après l'ouverture de collections profondes, à la suite de trépanation rachidienne, les contractures et la paraplégie guérir immédiatement. Le chirurgien de Berck revient donc sur le jugement qu'il avait primitivement porté.

Le docteur Caselli traite de la suture des os avec un fil métallique perdu. Ses conclusions n'ont rien de bien nouveau, elles résument l'opinion aujourd'hui classique :

1° La suture métallique perdue permet d'obtenir une réunion parfaite des fragments osseux ;

2° Elle est applicable aussi bien à certaines fractures récentes qu'aux pseudarthroses des sections opératoires;

3° Le fil d'argent peut rester dans l'os, sans donner lieu au moindre trouble;

4° On n'est obligé de retirer le fil que dans 2 ou 3 p. 100 des cas, soit à cause de la suppuration, soit parce que les dimensions de l'os ne lui permettent pas de fournir un cal capable d'englober le fil.

Pour prévenir les récidives locales à la suite d'intervention sur les articulations tuberculeuses, M. Sacchi (de Gênes) a recours à la méthode suivante :

L'opération terminée, on tamponne avec la gaze iodoformée la région opérée, et on fait la suture des téguments, proportionnée à la dimension des plaies. Au bout de vingt-quatre heures, le tampon est enlevé : la région opérée est plongée dans un bain de solution sublimée à un demi ou 1 p. 1000; des bassins de diverses formes permettent de baigner sans difficulté les mains, les pieds, les avant-bras, les genoux, etc.; le bain dure deux heures, puis on remet dans la plaie un léger tampon : le traitement est répété chaque jour, puis tous les deux jours, jusqu'à complète guérison.

La suppuration reste absente, les granulations ont bel aspect, sans nulle tendance à devenir fongueuses, et dans un temps relativement court il se développe du tissu fibreux qui conduit à la guérison.

Au cas d'intolérance pour le sublimé, on aurait recours à un autre antiseptique.

A l'appui de sa méthode, M. Sacchi communique les observations de dix malades ainsi traités avec succès.

M. Berrueco (de Madrid) propose de substituer à l'injection de sublimé, parfois dangereuse, l'injection d'une solution de nitrate d'argent dans les kystes hydatiques. Lorsque le kyste contient un liquide clair et transparent, il faut, après l'évacuation du tiers au moins de son contenu, faire dans la poche une injection de solution de nitrate d'argent de 1 à 5 p. 100, en quantité à peu près égale au tiers du liquide kystique que l'on a extrait. Le nitrate d'argent, en précipitant l'excès de chlorure de sodium contenu dans le liquide kystique, modifie le milieu et agit probablement comme parasiticide; en tout cas, il favorise la résorption du liquide, qui disparaîtrait en vingt-quatre heures.

M. Villar (de Bordeaux) publie la relation de six laparotomies, restées exploratrices, sans qu'une intervention plus complète ait pu être menée à bien. L'auteur vérifie dans ses conclusions cette opinion paradoxale, mais réelle, à savoir que la laparotomie exploratrice a une heureuse influence sur l'ascite et que même elle favorise la régression de certaines tumeurs malignes.

M. Poullet (de Lyon) propose un nouveau procédé de cure radicale des hernies par la méthode à lambeau fibro-périostique. Il pense, par son procédé, avoir une sécurité complète et une innocuité absolue, et, d'autre part, obtenir une efficacité telle qu'il ne craint pas la récidive et qu'il dispense son opéré de porter bandage.

Sur 42 opérés, M. Poullet n'a eu que 3 récidives, mais c'était au début de sa méthode (il est bon de dire que la première application ne remonte qu'à dix-huit mois). Il n'a perdu aucun malade : son opération est toujours extra-péritonéale. Voici comment l'auteur décrit son procédé :

« Après dissection du sac et réduction des viscères herniés, je fais la dissection et la toilette des deux piliers et du bord de l'orifice externe du canal inguinal. Je mets complètement à nu la bandelette aponévrotique nacrée qui sert de tendon d'insertion au premier adducteur superficiel.

Le bistouri est glissé à plat, sous cette bande fibreuse, que l'on sectionne à 3 ou 4 centimètres de son insertion au pubis. Ce tendon devient l'extrémité libre d'un lambeau qu'on finit de séparer avec la rugine tranchante, en laissant à sa face profonde toute la masse de tissu fibreux qui recouvre le pubis. Cet os est dénudé dans une étendue verticale de 2 centimètres et transversalement depuis la ligne de la symphyse pubienne jusques et y compris l'épine du pubis qui est ainsi deshabillée. On ménage avec soin la large insertion de ce lambeau au bord libre du pubis et on relève ce lambeau contre l'orifice externe du canal inguinal en le faisant passer sous le cordon.

Les bords du lambeau sont suturés aux piliers par du catgut.

Son extrémité libre est divisée en deux ou trois chefs qu'on passe de dedans en dehors à travers le bord de l'orifice, comme on le ferait pour de petites courroies qu'on vient rabattre en avant. Quelques points de catgut fixent le tout en place, puis on fait la suture. »

M. Moulonguet (d'Amiens) croit qu'on s'est exagéré le danger de la péritonite herniaire à la suite des interventions. Si l'on excepte les cas de hernies étranglées avec lésions de l'intestin, il est rare de voir une péritonite compliquer et suivre des interventions chirurgicales mêmes septiques. L'infection du sac donne des phénomènes phlegmoneux autour de lui : dans le scrotum, la paroi abdominale; elle ne s'étend qu'exceptionnellement à la grande séreuse. Il faut admettre, d'après le chirurgien d'Amiens, que le péritoine hernié n'a plus la même susceptibilité que le péritoine normal.

Il est curieux que la chirurgie hépatique, qui est à l'ordre du jour de notre prochain Congrès français de chirurgie, n'ait pas donné lieu à plus de communications importantes. Signalons toutefois celle de M. Vautrin sur les indications de la cholécystotomie. Le chirurgien de Nancy résume ainsi son travail :

La cholécystotomie avec cholécystopexie est indiquée dans tous les cas où la vésicule peut être facilement amenée dans la plaie, lorsque les parois du réservoir et des canaux biliaires ne sont pas trop altérées. Elle expose moins que la cholécystectomie et la cholécystotomie idéale aux fistules biliaires.

La cholécystotomie idéale doit être réservée pour les cas, moins nombreux, où la vésicule n'est ni distendue, ni altérée, lorsque la perméabilité des voies biliaires est assurée et a été vérifiée par le cathétérisme.

Quant aux récidives, elles ne sont pas à craindre après la cholécystotomie, ainsi que le prouvent des observations déjà nombreuses. Il est, d'ailleurs, démontré que les calculs ne se forment pas seulement dans la vésicule, mais aussi dans les canaux biliaires, hépatique et cholédoque.

Ne quittons pas la chirurgie abdominale sans parler de la chirurgie de l'estomac. C'est un chirurgien d'Amiens, M. le docteur Peugniez, qui fait connaître sa statistique. Il a fait 7 interventions chirurgicales sur l'estomac, toutes pour des affections cancéreuses de l'œsophage ou de l'estomac. Sauf dans un cas de pylorectomie datant, actuellement, d'une année, ses autres malades n'ont pas bénéficié de l'acte opératoire et sont morts rapidement. Ce qui prouve, une fois de plus, que le chirurgien doit être sobre d'intervention, lorsqu'il s'agit de lésions cancéreuses des viscères abdominaux.

Curieuse est l'idée du docteur Severeanu (de Bucharest) qui pratique le cathétérisme des artères dans la gangrène des membres.

« Il y a environ une dizaine d'années, dit-il, j'ai dû amputer deux fois de suite la jambe d'un individu pour une gangrène du pied et, chaque fois, j'ai vu les lambeaux se mortifier. C'est alors que j'ai conçu l'idée, en pareil cas, de désoblitérer par une sonde les branches de bifurcation de l'artère poplitée, lorsqu'on ne perçoit plus les battements que très haut. J'ai employé ce procédé, pour la première fois, chez un homme âgé de cinquante ans, atteint de gangrène du pied consécutive à une embolie cardiaque. L'artère ne battait que très haut; l'amputation était absolument indiquée et, pour avoir des chances de succès, je devais la pratiquer à l'extrémité inférieure de la cuisse. J'ai cependant fait l'amputation de la jambe au lieu d'élection après avoir préparé d'avance des sondes de gomme bien aseptisées, que j'ai pu introduire dans la lumière des artères en exécutant des mouvements de va-et-vient jusqu'à ce que le sang commençât à couler; lorsque je retirai la sonde, l'ondée sanguine fit sortir des caillots de sang cylindriques et le cours du sang se rétablit. A la suite de cette manœuvre, les lambeaux ne se sont pas gangrenés et j'ai obtenu la réunion par première intention. Depuis, dans des cas semblables, j'ai toujours pratiqué le cathétérisme des artères et m'en suis constamment bien trouvé. »

DES EFFETS DES NOUVELLES ARMES A FEU PORTATIVES

MM. Von Coler et Schjerning ont communiqué, au Congrès de Rome, le résultat de leurs expériences. Ces chirurgiens, relevés par l'empereur d'Allemagne du secret auquel ils avaient été jusqu'alors astreints, ont expérimenté exclusivement avec des charges pleines, à des distances variant de 25 mètres à 2000 mètres. Les sujets avaient été préparés de façon à donner aux tissus et aux vaisseaux la même tension que sur le vivant. Bref, rien n'avait été négligé pour que l'expérimentation se rapprochât le plus possible de la réalité. Les pièces résultant de ces expériences, dépassant le nombre de 1000, sont réunies à Berlin dans un musée spécial. Bien que MM. Von Coler et Schjerning se soient surtout servis du fusil allemand modèle 1888, leurs expériences les autorisent à dire que les dégâts sont à peu près les mêmes pour les projectiles des différents fusils de petit calibre adoptés par la plupart des armées européennes.

Voici les résultats obtenus :

1° *Déformation des projectiles.* — Les balles qui traversent les parties molles ne sont jamais déformées. Il en est tout autrement des balles qui frappent les os. Il y a sous ce rapport des différences considérables qui tiennent à la dureté de l'os. Dans chaque os, il y a des points qui occasionnent de préférence des déformations du projectile, comme la ligne âpre du fémur et la crête du tibia, par exemple.

Il en résulte que la nature de la déformation d'un projectile ne permet pas d'en tirer une conclusion par rapport à la distance d'où il a été tiré. Car la déformation dépend non seulement de la distance et de la force de pénétration du projectile, mais encore de la résistance qui s'oppose au projectile, de la manière dont il frappe contre l'objet, etc.

Lorsque les déformations ont eu lieu en dedans du corps, les dépouillements de l'enveloppe, les aplatissements des noyaux s'accompagnent de ravages étendus des os et montrent des orifices de sortie d'une grandeur ne cédant en rien à ceux qui avaient été produits par les balles de plomb du temps passé susceptibles de s'aplatir.

En général, les projectiles ne s'arrêtent pas dans les tissus. Lorsque le projectile est déformé, il s'arrête plus facilement. L'arrêt à faible distance ne s'observe guère que dans les os du cheval. Par contre, ces projectiles déformés laissent souvent des fragments et en particulier des fragments de l'enveloppe qui les cuirasse. Ces fragments ont des bords aigus, tranchants, qui peuvent pénétrer profondément et couper les vaisseaux à la manière d'un instrument tranchant.

2° *Déviation dans la direction du projectile.* — Constatation assez inattendue, ces projectiles ont, du fait de la longueur de la balle tout à fait disproportionnée à son diamètre, une grande tendance à s'écarter de la direction longitudinale et à se mettre en travers.

Cette tendance ne se manifeste que si la balle rencontre, dans son trajet, des objets qu'elle frappe tangentiellement, ou si les différents points du projectile sont exposés à des résistances différentes, à ce moment il se fait un écart du projectile qui se met en travers.

Un projectile moderne se mettra de travers s'il frappe contre des objets durs et qu'il ricoche, s'il va effleurer des branches d'arbres, des arêtes, des cornes, s'il passe par des milieux différents, par exemple à travers des planches disposées avec des intervalles d'air entre elles, enfin s'il doit traverser des objets dont la masse n'est pas homogène, comme le sont les tissus du corps de l'homme et de l'animal.

Il en résule que, si quelques auteurs ont pu dire qu'ils ont vu le même projectile traverser plusieurs corps de suite en sens longitudinal sans changer de direction, leur affirmation, vraie peut-être pour quelques cas très rares, est inexacte dans la majeure partie des cas. Au contraire, le plus souvent, le projectile se mettra en travers après avoir traversé un premier corps, certainement après avoir traversé le second.

Il est facile de concevoir les conséquences d'une pareille manière d'être de la part du projectile. Si, au moment où il dévie, il a perdu la plus grande partie de sa force vive, les désordres produits pourront être peu profonds, mais la largeur de la plaie d'entrée pourra être extrêmement considérable.

Si le projectile est animé d'une vitesse relativement grande, les dégâts produits seraient bien autrement sérieux, étant donné surtout que le changement de direction n'empêche pas les mouvements giratoires, et que ceux-ci se produisent suivant les plus grandes dimensions du projectile. Il n'est pas besoin d'insister sur l'étendue des désordres que va produire ce corps, éprouvant au sein des tissus les mouvements dont nous venons de parler. Ce fait est d'autant plus important que la rotation du projectile se continue même lorsque le mouvement en avant est arrêté.

3° *Température des projectiles.* — Lorsque l'on tire en mettant un certain intervalle entre les coups, la balle qui n'a rien touché atteint tout au plus la température de 65 à 70 degrés. Si l'on tire rapidement, cent coups en deux minutes par exemple, la balle s'échauffe considérablement.

En tirant sur des corps durs, comme une planche de sapin, la température peut s'élever à 150 degrés à 50 mètres et à 70 degrés à 800 mètres. En tirant sur des tissus, jamais la température du projectile n'a dépassé 95 degrés.

Dans ces conditions, on peut éliminer toute idée de brûlure profonde des tissus par le projectile. D'ailleurs, le refroidissement du projectile est des plus rapides. Un projectile qui a passé par vingt cloisons et qui, de ce fait, est porté à une assez haute température, peut être pris à la main sans brûlure, immédiatement après son arrêt.

4° *Lésions produites par les projectiles.* — Les orifices cutanés des coups portés à faible distance, sont plus grands que ceux des coups portés à des distances éloignées (7 millimètres et demi à une portée de 100 mètres, 5 millimètres et demi à 2000 mètres), mais bien d'autres circonstances que la distance font varier la largeur de ces orifices. L'obliquité du projectile rend l'orifice beaucoup plus grand, l'orifice est également plus grand quand la peau est tendue que quand elle est flasque. A très courte distance, la pression de la balle sur les liquides des tissus les repousse excentriquement et cette pression amène la déchirure de la peau autour de la plaie d'entrée ; chez les suicidés, l'orifice peut être hors de proportion avec la grosseur du projectile, ce qui tient à l'action explosive de la poudre. Toutes ces considérations font que la grandeur du trou ne permet aucune conclusion au sujet de la distance à laquelle il a été tiré.

Les orifices de sortie sont plus grands que ceux d'entrée et leur forme varie beaucoup ; comme étendue, ils ont varié entre trois et vingt-cinq centimètres. Cela résulte de la déviation du projectile qui peut sortir obliquement ou de travers ; des esquilles entraînées par le projectile et devenues de véritables projectiles à leur tour ; de débris de tissus divers qui jouent le même rôle. On a pu voir l'orifice agrandi par la projection de débris de foie, de rate, de substances contenues dans l'estomac.

L'entraînement des débris de vêtements dans la plaie a été constaté ; il a lieu surtout lorsque la distance est considérable.

Les vaisseaux sanguins ont généralement échappé à l'action du projectile, mais souvent ils ont été gravement atteints par des débris osseux.

Le trajet du projectile dans les poumons est — à toutes les distances — égal, cylindrique, étroit ; sa paroi est lisse, l'entourage du canal est, jusqu'à une profondeur de 2 centimètres, imbibé de sang. L'ouverture d'entrée est en général plus petite que le diamètre du trajet ; la dimension de l'orifice de sortie est plus grande. Des désordres plus étendus sont déterminés : 1° par des projectiles qui, en entrant, se portent de travers ; 2° par des éclats d'os chassés dans le tissu pulmonaire ; 3° par l'écrasement d'un vaisseau ; 4° par l'action immédiate des gaz de la poudre chez les suicidés qui ont tiré à bout portant.

Dans la cavité abdominale le foie a montré les plus grands ravages : chez les suicidés il a été écrasé et broyé en grande étendue, des lambeaux en sont dispersés dans la cavité abdominale. A distance croissante, il devient possible de délimiter le trajet du projectile avec sa zone d'écrasement, mais la paroi du trajet de la balle reste déchiquetée même pour les projectiles tirés d'une distance de 2000 mètres.

Les coups portant dans la rate, qui sont beaucoup plus rares, présentent des qualités analogues. La même chose s'observe pour les reins.

L'estomac, l'intestin et la vessie furent perforés par quarante-neuf coups produisant cent soixante orifices d'entrée et de sortie. Un projectile a traversé la cavité abdominale entre les anses intestinales sans les perforer ; en moyenne, tout projectile a occasionné de trois à huit perforations.

Toutes les plaies pénétrantes de la cavité abdominale, produites par les coups de feu chez les vivants, se terminèrent par la mort.

Le crâne plein atteint à 50 mètres de distance éclate pour ainsi dire : de nombreux fragments de cuir chevelu et d'os peuvent être projetés au loin, le cerveau jaillit de tous côtés. A 100 mètres, les résultats sont analogues, mais déjà les fentes de l'os peuvent être classées en deux systèmes tirant leur origine, l'un, du trou d'entrée, l'autre, du trou de sortie. Constamment une fêlure joint les deux orifices entre eux.

Plus la distance augmente, plus ces deux régions se délimitent ; mais ce n'est qu'à 1600 et 2000 mètres qu'on observe une perforation simple. L'arrêt du projectile dans la cavité cranienne a été observée une fois accidentellement sur le vivant à 2700 mètres.

Des crânes privés de leur cerveau et frappés d'une balle ne présentent que de simples trous à toutes les distances, mais quand on les remplit d'eau ou de colle d'amidon, ils présentent absolument les mêmes ravages que les crânes pleins.

Les coups tirés à distance ont déterminé un écrasement étendu de la substance du cerveau et, même s'il n'y avait pas des désorganisations profondes, on découvrit de nombreuses hémorragies intra-ventriculaires et intra-méningiennes. A des plus grandes distances, le trajet du projectile dans le cerveau est, en général, cylindrique, étroit, avec des parois déchirées et écrasées à la surface. Dans le commencement du trajet du projectile, il y a souvent de petits éclats d'os disséminés dans la paroi, qui s'y enfoncent jusqu'à une profondeur de 4 centimètres ; par conséquent, la désorganisation semble souvent être plus grande à l'entrée qu'à la sortie de la balle.

Les os ont été atteints 366 fois sur 973 coups ; les lésions observées sont d'une extrême diversité.

A 100 mètres, la partie médiane compacte des grandes diaphyses est entièrement fracturée et écrasée. Par exemple, 7 à 13 centimètres de la partie médiane du fémur, 6 à 15 centimètres de celle de l'humérus ont été broyés entièrement ; les esquilles mêlées de détritus osseux sont chassées profondément dans les muscles entourant l'orifice de sortie, et là se forme une grande cavité renfermant des os éclatés, des détritus, des débris de tissu, etc. ; cette cavité se termine, le plus souvent, par un grand orifice cutané, d'où sortent des lambeaux musculaires et tendineux avec des éclats d'os disséminés.

A la distance de 200 mètres, les désorganisations osseuses sont à peu près les mêmes ; mais le diamètre de l'orifice de sortie, malgré la fracture comminutive, n'a que 2 à 3 centimètres.

A 600 mètres, les extrémités spongieuses des os longs présentent déjà quelques simples perforations avec des fissures radiées. Cependant la désorganisation de la partie médiane des os longs reste à peu près la même, mais la cavité derrière l'os, formée par l'écrasement d'une certaine quantité de tissus, se rétrécit de plus en plus.

A 800 mètres, les perforations à travers les os plats et les extrémités spongieuses des os longs deviennent plus fréquentes ; les coups passant par les articulations produisent des lésions d'un degré très inférieur.

A la distance de 1000 mètres, la zone de la fracture comminutive des parties compactes des os longs est toujours

encore à peu près la même, mais, en revanche, les esquilles, en moyenne moins nombreuses, sont plus grandes qu'auparavant et sont couvertes d'un périoste indemne.

Les os spongieux sont à l'ordinaire atteints de simples trous.

A 1600 mètres, l'action des coups de feu commence à diminuer. La zone compacte des os longs présente toujours encore une fracture comminutive étendue comme auparavant, les esquilles sont chassées dans les parties molles, mais parfois aussi les esquilles restent en place, sans détruire les parties molles aux lésions desquelles on reconnaît alors l'action du projectile qui les traverse en travers. Mais même pour la distance de 2000 mètres, cette diminution n'est pas la règle, car nous avons observé au bras et au fémur des esquilles enclavées dans les parties molles.

En somme, les blessures produites par le nouveau fusil sont infiniment plus graves que celles produites avec les anciennes armes.

COMMUNICATIONS DIVERSES

Une des questions les plus intéressantes qui aient été traitées devant le Congrès, est certainement celle du parasitisme du cancer. La question est trop vaste et trop importante pour que nous en esquissions ici une trop rapide analyse. Nos lecteurs trouveront ce sujet, tout d'actualité, traité à fond et avec une grande compétence dans l'une de nos prochaines « Revues générales ».

Sommes-nous enfin en possession d'un topique pouvant amener la guérison radicale du cancer? Oui, s'il faut en croire M. Garino, qui serait arrivé à guérir tous les cancers épithéliaux de la peau à l'aide du mélange suivant : acide nitrique fumant, 10 grammes; bichlorure de mercure, 4 grammes; papier Berzélius, q. s. ad. consist. sirup. L'application du médicament est faite au moyen d'un pinceau de coton : au bout de dix à douze jours, on répète la cautérisation; cela suffit pour faire tomber la tumeur la plus volumineuse. La cicatrisation ne tarde pas à devenir parfaite. Jusqu'à maintenant, la statistique lui a donné 100 p. 100 de guérisons.

Un malade, affligé d'une tumeur de 17 centimètres de diamètre et qu'un chirurgien n'avait pas voulu opérer, a été guéri au bout de dix-huit jours par ce procédé; la tumeur est tombée en entier dans cet espace de temps et il ne restait plus qu'une plaie en cicatrisation.

Nous ne voulons pas enlever tout espoir à notre confrère italien. Mais son topique n'est qu'un caustique chimique, plus ou moins analogue à ceux qu'employaient nos pères. Il y a déjà longtemps que ces caustiques ne sont plus employés par les chirurgiens instruits et qu'ils sont tombés dans le domaine des guérisseurs de cancer « sans opération ».

Le traitement du torticolis spasmodique par résection nerveuse est une question familière à M. Noble Smith (de Londres). Il a pratiqué plusieurs fois, contre ce torticolis spasmodique, la résection du nerf spinal seulement, quand le spasme est limité au sterno-mastoïdien, et avec celle des troisième, quatrième et cinquième paires cervicales, quand le spasme s'étendait au splénius et à d'autres muscles postérieurs du cou.

M. Smith affirme que la guérison est durable. On observe bien, après l'opération et pendant plusieurs semaines, la persistance de quelques spasmes, mais ceux-ci disparaissent. La communication nerveuse est interrompue. Point de faiblesse du cou et point de troubles fonctionnels importants quand la résection porte sur les nerfs d'un seul côté. Tels sont les résultats qui motivent son opinion.

Voici encore un nouveau méfait à l'actif de la muqueuse nasale, qui, comme on le sait, est la source d'une série de réflexes pathologiques. D'après M. Bayer (de Bruxelles) on peut observer le diabète ou mieux la glucosurie d'origine nasale. Le médecin belge rapporte un fait de glycosurie accompagnée d'autres symptômes trophiques provenant d'une obstruction nasale complète, et qui ont disparu avec le rétablissement de la libre respiration nasale.

Donc conclusion : un obstacle à la respiration nasale peut directement causer de la glycosurie.

La glycosurie peut s'expliquer en partie par la diminution d'absorption d'oxygène, mais surtout par les troubles réflexes bulbaires (nerveux) et circulatoires (asphyxiques).

Le docteur Roquer (de Barcelone) vient réclamer au profit du larynx et du pharynx, dont les muqueuses sont, dit-il, également le point de départ de nombreux réflexes pathologiques qu'on a le tort de localiser trop exclusivement dans la muqueuse nasale, il fait mention de trois cas de phénomènes hystériques, tels que convulsions, catalepsie, etc., produits par l'excitation de la muqueuse nasale et qui ont disparu par suite de la destruction de ladite zone. D'après les observations du docteur Lichtwitz qui a étudié les zones hystérogènes des muqueuses, des organes, des sens, le docteur Roquer recherche la relation qui peut exister entre les zones hyperesthésiques de la muqueuse du nez et l'hystérie, et il se demande si lesdites zones doivent être considérées comme la cause plutôt que comme l'effet de l'hystérie, puisque la destruction de la zone a produit la disparition des troubles occasionnés par la maladie.

Signalons une curieuse, très curieuse communication du docteur Gurrieri (de Bologne), sur la sensibilité comparative de la femme normale et de la prostituée :

Les recherches sur lesquelles est basé ce travail ont été pratiquées sur 40 filles d'un hospice d'orphelines, 60 prostituées presque toutes jeunes, la plupart examinées à la Clinique dermo-syphiligraphique de Bologne, et 15 femmes de bonnes mœurs qui, après beaucoup de difficultés, ont bien voulu se présenter à notre examen.

La sensibilité tactile fut explorée à la pointe de la langue et à la pulpe digitale des médius droit et gauche. Pour la sensibilité électrique, les parties examinées furent : la paume de la main droite et de la main gauche, le front un peu au-dessus de la glabelle, la pointe du nez, la pointe de la langue, les joues droite et gauche, la région ovarienne de chaque côté, le clitoris, la cuisse droite et la cuisse gauche, sur la face interne du tiers supérieur.

Je n'ai pu étendre, chez toutes les femmes, mon examen à tous les points indiqués, par exemple, chez 40 filles de l'hospice d'orphelines, j'ai dû limiter mon examen aux mains, au front, à la nuque et aux joues.

Si on considère les résultats obtenus, il suffira de jeter un rapide coup d'œil sur les chiffres pour voir que toujours ou presque toujours les extrêmes de la sensibilité, comme ceux de la perception obtuse, sont donnés par les prostituées. Les chiffres extrêmes donnés par les femmes normales sont renfermés dans des limites assez étroites. Ainsi, en prenant la perception d'un courant électrique à la pointe du nez, nous voyons que les chiffres de la sensibilité de la femme normale sont circonscrits entre deux extrêmes bien

plus rapprochés que chez la prostituée; par exemple, ces chiffres oscillent entre 110 et 160 (ces chiffres représentent en millimètres la distance qui sépare les bobines), tandis que, chez les prostituées, ces chiffres extrêmes deviennent 90 à 200.

Les prostituées doivent être considérées selon qu'elles ont accouché ou avorté et selon qu'elles n'ont jamais été en état de gestation. Le nombre trop restreint des femmes normales qui ont été examinées ne permet pas, dans cette catégorie, une semblable distinction.

Si l'on excepte la main, la prostituée a une sensibilité beaucoup plus obtuse que la femme normale et les prostituées qui ont eu des enfants sont plus sensibles que celles qui n'en ont jamais eu.

La sensibilité n'est jamais égale des deux côtés du corps, elle est plus vive tantôt à droite, tantôt à gauche; la différence est plus accusée chez les prostituées.

De ces recherches, il ressort que les signes de dégénérescence et les troubles de la perception de la sensibilité sont plus accentués chez les prostituées que chez les femmes placées dans une condition sociale honnête. Ces signes de dégénérescence paraissent, en général, moins marqués chez les femmes qui ont eu un enfant.

Le professeur Sergi, dans une lettre adressée récemment à Lombroso, constate que la sensibilité est moindre et l'irritabilité plus grande chez la femme que chez l'homme; M. Gurrieri a également constaté une semblable différence, ayant observé chez les prostituées une sensibilité moindre et une irritabilité plus grande que chez les femmes normales.

M. Ziemssen (de Munich) préconise et pratique depuis longtemps le traitement des anémies graves par la transfusion de sang non défibriné par les veines, de bras à bras, à l'aide d'une pompe aspirante et foulante. Cette méthode est assez difficile à employer, car elle exige un outillage spécial, des aides exercés, une personne dévouée qui consente à donner son sang. Dans les cas où toutes ces conditions ne pourraient se trouver réunies, on pourrait remplacer la transfusion intra-veineuse par les injections sous-cutanées de sang non défibriné, suivies d'un massage assez douloureux destiné à amener la résorption rapide du sang injecté. Quand on traite les anémiques par ces procédés (transfusions, injections sous-cutanées), on voit rapidement l'état général s'améliorer, les forces et les couleurs revenir. Si, dit-il, l'on examine les globules et l'hémoglobine, on constate une augmentation des uns et de l'autre, mais cette augmentation n'est pas proportionnelle à la quantité de sang introduite dans l'organisme des sujets malades. Il faut, en effet, un certain temps pour que les tissus de l'anémique assimilent le sang nouveau transfusé et il semble que la régénération du sang malade soit plus marquée et plus rapide sous l'influence de petites injections répétées que sous l'influence d'une transfusion unique, mais massive.

Le professeur de Dominicis (de Naples) fait un plaidoyer en faveur de la transfusion immédiate du chien à l'homme comme moyen thérapeutique. Après bien des vicissitudes, les physiologistes et les cliniciens de notre siècle avaient fini par condamner définitivement, comme délétère, la transfusion sanguine hétérogène. M. de Dominicis a repris ces expériences, sur divers animaux d'abord, puis il a réussi à transfuser le sang artériel du chien à l'homme au moyen de la canule d'Albinus; et il a pu non seulement laver la transfusion hétérogène des reproches qu'on lui a adressés, mais encore la réhabiliter comme moyen thérapeutique. Il a pratiqué l'opération trente fois dans des cas d'anémie essentielle et de tuberculose, et il affirme que, bien faite, elle n'est pas seulement inoffensive, mais encore utile. Il n'a pas observé d'hémoglobinurie; l'urobilinurie est fréquente, mais elle préexistait par la maladie première et elle cesse deux à trois jours après la transfusion. Les faits sont encore trop peu nombreux pour qu'on puisse conclure d'une façon absolue, quel rang devra prendre cette méthode de transfusion. Il est important de noter qu'elle fait cesser la fièvre et les sueurs nocturnes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 9 mai 1894. — Présidence de M. Championnière.

DISCUSSION SUR LES ANESTHÉSIQUES

Le bromure d'éthyle. — M. TERRIER, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Segond sur le bromure d'éthyle, fait observer combien il importe qu'on soit sûr du produit qu'on emploie. En effet, le bromure d'éthyle contient souvent des phosphures qui peuvent être très dangereux.

Au point de vue des vomissements qui suivent si souvent l'administration du chloroforme, M. Terrier insiste sur l'intérêt qu'il peut y avoir à interroger les malades pour savoir s'ils ont fait des traversées et s'ils ont eu le mal de mer. Il a cru remarquer qu'en général les malades ayant eu le mal de mer avaient, beaucoup plus souvent que les autres, des vomissements chloroformiques.

M. QUÉNU croit, avec M. Terrier, que les malades exposés au mal de mer vomissent plus facilement après le chloroforme. Mais il y a des malades qui vomissent, depuis longtemps, par le fait même de leur maladie et qui ne vomissent pas après le chloroforme. M. Quénu cite l'exemple d'une femme atteinte d'un cancer de l'estomac et qui vomissait constamment. M. Quénu l'endort, lui fait une gastro-entérostomie et cette malade n'a plus vomi après son opération : l'état pathologique antérieur de l'estomac n'est donc pas toujours une raison pour que le chloroforme procure des vomissements.

M. SEGOND cite l'exemple d'un individu qui avait le mal de mer, même sur la jetée, et qui n'a pas eu de vomissements après avoir été endormi par le chloroforme.

M. MONOD a observé des vomissements chloroformiques chez des individus n'ayant jamais vomi. Il cite l'exemple d'un enfant atteint de coxalgie qui a vomi pendant trois jours consécutifs après avoir été endormi. Cet enfant a été à Cannes, a vécu sur un bateau, en pleine mer, et n'y a jamais eu le moindre mal de mer.

M. CHAMPIONNIÈRE cite un autre exemple dans lequel il s'agissait d'une laparotomie faite par erreur de diagnostic. Il s'agissait d'une grossesse de deux mois. Cette femme avait des vomissements incoercibles depuis ce temps. Après la laparotomie, purement exploratrice, qu'elle a subi, elle n'a plus du tout vomi.

RAPPORT

Dilatation de l'extrémité inférieure de la jugulaire. — M. DELORME fait un rapport sur un cas de dilatation de l'extrémité inférieure de la jugulaire droite observé par M. Mignon, professeur agrégé du Val-de-Grâce. Le malade ex-boulanger, obligé, depuis des années, à porter des sacs de grains, présente dans le creux sus-claviculaire droit et derrière le sterno-mastoïdien une tumeur du volume d'un œuf de poule, régulière, dépressible, fluctuante, mate, ne

se montrant que pendant l'effort ou lorsque ce malade incline sa tête en bas.

Après avoir discuté le diagnostic d'abcès osseux ou ganglionnaire, de kyste, de pneumocèle, on s'arrête à l'idée d'une dilatation veineuse en s'appuyant sur ce que la tumeur est mate, s'accuse dans la position déclive de la tête et du cou et par la compression exercée au-dessus de la clavicule sur le trajet de la jugulaire.

Ces cas sont exceptionnels; à celui observé par M. Mignon, le rapporteur en ajoute un autre personnel. Peut-être a-t-on, jusqu'ici, négligé de les signaler.

M. Mignon en étudie la pathogénie. Il invoque, pendant l'effort, la gêne de la circulation en retour, dans les veines du cou, et le défaut de résistance de la veine, et aussi l'insuffisance des valvules de la jugulaire, bien qu'on n'ait pas observé, dans ce cas, de faux pouls veineux.

La compression, l'abstention de tout effort, sont les traitements conseillés; en cas d'augmentation nouvelle, on s'attacherait à provoquer la sclérose des tissus péri-vasculaires et s'il y avait menace de rupture ou rupture, on pratiquerait la ligature latérale.

COMMUNICATIONS

Des tumeurs dites bénignes qui récidivent. — M. BERGER rappelle qu'il y a des tumeurs bénignes qui peuvent récidiver, se généraliser et entraîner la mort par cachexie. Ces tumeurs récidivées ont-elles bien la même nature anatomique que les tumeurs primitives? Ou bien celles-ci présentent-elles, dès le début, des caractères malins méconnus? M. Berger a eu l'occasion de pouvoir faire faire l'examen histologique de trois tumeurs enlevées, à plusieurs années de distance, au même individu. Il s'agissait d'un jeune homme de vingt-quatre ans qui, il y a huit ans, a été opéré, dans l'Amérique du Sud, d'une tumeur dure, globulaire, osseuse, de l'index de la main gauche. Quelques mois après, il y eut récidive au niveau du métacarpien correspondant; nouvelle désarticulation. Récidive dans les métacarpiens voisins.

M. Berger fait alors l'amputation au tiers inférieur de l'avant-bras. Il a pu rassembler les trois pièces enlevées à sept et huit ans de distance et les soumettre à l'examen de M. Cornil. Les deux premières tumeurs étaient constituées par du fibrome, la troisième tumeur était du sarcome fasciculé. Voilà donc une tumeur, primitivement fibreuse, qui récidive sous forme de sarcome. Il y a donc lieu de modifier le pronostic des tumeurs dites bénignes.

M. VERNEUIL fait observer que la question est complexe. Il rappelle qu'elle a été très scrupuleusement traitée dans la thèse de M. Ricard qui contient, à ce point de vue, des faits tout à fait démonstratifs.

M. Verneuil a opéré un énorme adénome de la joue, qui a récidivé sous la forme d'une tumeur fibro-plastique. Il y avait sans doute association des deux tumeurs. Une femme atteinte d'un polype utérin est opérée par M. Verneuil; elle revient quelques années après atteinte d'un cancer du sein. Il y a des tumeurs, bénignes dans le jeune âge, qui deviennent malignes dans un âge plus avancé. M. Verneuil cite plusieurs exemples de ce genre. Il y a des tumeurs à composition multiple, se modifiant avec l'âge ou récidivant toujours sous la même forme anatomique.

M. ROUTIER observe depuis sept ans une malade qui, depuis seize ans, est atteinte de plaques ulcéreuses végétantes du rectum; ces plaques ont été examinées et considérées comme étant de nature syphilitique. Cette femme, trois ans après, est atteinte d'un énorme paquet ganglionnaire dans l'aine; ces ganglions sont enlevés et examinés, ce sont des ganglions épithéliomateux typiques. Après trois ans, nouveau paquet ganglionnaire, également épithéliomateux, les plaques ulcéreuses du rectum gardant leur même caractère. Enfin cette malade est atteinte d'une tumeur du rectum; M. Routier l'opère, on examine cette tumeur et on trouve qu'il s'agit d'un épithélioma.

M. QUÉNU dit que c'est une erreur des anciens cliniciens d'avoir établi la différence des tumeurs, au point de vue de la malignité, sur leur structure anatomique. Il ne faut pas faire de différence entre un fibrome et un sarcome. Un fibrome peut rester longtemps stationnaire et, à un moment donné, changer, non de nature, mais d'allure. Jusqu'ici, on ne saurait avoir une notion quelconque des raisons pour lesquelles une tumeur reste bénigne ou devient maligne.

M. KIRMISSON estime que M. Quénu a donné la vraie formule : il n'y a pas de tumeurs bénignes, ni de tumeurs malignes; il y a des tumeurs dont l'évolution varie et qui, suivant cette évolution, sont tantôt bénignes, tantôt malignes. En un mot, c'est l'évolution et non la nature histologique d'une tumeur qui fait la malignité ou la bénignité.

La séance est levée.

M. le docteur Schmeltz (de Nice) nous écrit que son procédé de drainage utérin par les catgut-crins ne doit pas être confondu avec le procédé de M. Chéron.

« Par mon procédé, dit-il, on ne se sert d'aucun instrument ou appareil, les drains se font extemporanément et, chose capitale qui ne peut être obtenue par l'instrumentation de M. Chéron, mes drains peuvent être obtenus de toutes les épaisseurs. Ils sont filiformes ou de l'épaisseur du doigt ou encore plus gros, suivant l'exigence du cas.

En outre, dans la brochure de M. Chéron, il n'est nullement fait mention du *catgut* qui joue le rôle le plus important dans le facteur de mes catgut-crins.

Enfin, j'ai créé le mot catgut-crins. »

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Battle (de Montpellier); Bryon, médecin-major de première classe en retraite et Cassagnes (de Gorses).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUDÉ.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 57. — MARDI 15 ET JEUDI 17 MAI 1894. 67e ANNÉE. MARDI 15 ET JEUDI 17 MAI 1894. — N° 57.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4 PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Un concours pour les emplois vacants de chefs de clinique médicale, de clinique des maladies mentales, de clinique des maladies des enfants s'ouvrira à la Faculté de médecine de Paris le lundi 25 juin 1894, à neuf heures du matin.

Il sera pourvu : 1° pour le clinicat médical; à la nomination de trois chefs de clinique titulaires et de quatre chefs de clinique adjoints; 2° pour le clinicat des maladies mentales; à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint; 3° pour le clinicat des maladies des enfants; à la nomination d'un chef de clinique titulaire et d'un chef de clinique adjoint.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté avant le 10 juin 1894 (le registre d'inscription sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, guichet n° 2). Ils auront à produire leur acte de naissance et leur diplôme de docteur.

Sont admis à concourir tous les docteurs en médecine français qui n'ont pas plus de trente-quatre ans au jour d'ouverture du concours.

Les fonctions de chef de clinique sont incompatibles avec celles d'agrégé en exercice, de prosecteur ou d'aide d'anatomie.

Pour tous autres renseignements, s'adresser au secrétariat de la Faculté.

— A l'occasion de l'épidémie de diphtérie de 1893, M. le docteur Warnaut (de Fromelennes) a reçu une médaille d'argent.

M. le docteur Lecourt de (Cautebert) a reçu une médaille d'argent et M. Georges Lévy, ancien interne à la maison Saint-Lazare, à Paris, une mention honorable, à l'occasion d'épidémies de variole.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 20 mai 1894, aux étuves à désinfection (asile de nuit), rue des Récollets 6, à neuf heures et demie très précises du matin.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Deuxième excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau (dimanche 27 mai 1894).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 7 h. 30 matin; arrivée à Fontainebleau, 8 h. 57 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 25 soir; arrivée à Paris, 11 h. 36 soir.

D'accord avec la Cie P.-L.-M., la Société des voyages économiques fait émettre jusqu'au 25 mai 1894 inclusivement des billets d'excursion combinés, donnant droit : 1° au transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° au transport en voiture de la gare de Fontainebleau au château et réciproquement; au retour, des hôtels de Fontainebleau à la gare; 3° à une promenade également en voiture, comprenant dans son itinéraire les sites les plus intéressants de la forêt; 4° à un déjeuner à la fourchette et à un dîner à table d'hôte servis dans les principaux hôtels de Fontainebleau.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **18** fr.; 2e classe, **16** fr.; 3e classe, **15** fr.

Le nombre des places est limité.

Les billets (coupons de chemin de fer, de voiture et de repas) sont délivrés dans les bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales de la compagnie; 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

— La Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée recommande instamment aux voyageurs de coller sur les bagages l'adresse de leur destination.

Des carnets de fiches gommées sont, à cet effet, mis en vente dans la plupart des bibliothèques des gares.

— Chemin de fer d'Orléans. — *Voyages d'excursion aux plages de la Bretagne.* — Du 1er mai au 31 octobre, il est délivré des billets de voyage d'excursion aux plages de Bretagne, à prix réduits, et comportant le parcours ci-après :

Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Savenay, Questembert, Ploërmel, Vannes, Auray, Pontivy, Quiberon, Lorient, Quimperlé, Rosporden, Concarneau, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Châteaulin.

DURÉE : 30 JOURS

Prix des billets (aller et retour), 1re classe : **45** francs; 2e classe : **36** francs.

Avis. — Ces billets comportent la faculté d'arrêt à tous les points du parcours, tant à l'aller qu'au retour. Le voyage peut être commencé à l'un quelconque des points du parcours.

La durée de validité peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes de dix jours, moyennant paiement, avant l'expiration de la durée primitive ou prolongée, d'un supplément de 10 p. 100 du prix des billets.

Il est délivré des billets complémentaires du voyage d'excursion aux plages de Bretagne, réduits de **40 p. 100**, sous condition d'un parcours minimun de 150 kilomètres.

Ces billets sont délivrés de toute station du réseau d'Orléans et séparément : le premier pour aller rejoindre le voyage d'excursion; le second, s'il y a lieu, pour quitter le voyage d'excursion et permettant de se rendre à un point quelconque du réseau d'Orléans.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance extrêmement courte, dont la majeure partie a été tenue en comité secret pour entendre la lecture du rapport de M. Empis sur les candidats au titre d'associé national. La Commission présente en première ligne M. Rollet (de Lyon) et en deuxième ligne, *ex æquo*, MM. Lépine et Renaut (de Lyon).

La partie publique de la séance a été occupée par la lecture d'un travail de M. Hervieux sur la virulence du vaccin animal. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail, qui a donné lieu à une petite discussion sur la question de savoir ce qu'il faut préférer, au point de vue de la pratique, de la lymphe fraîche d'inoculation de pis à bras ou de la pulpe glycérinée conservée, plus ou moins ancienne. On semble avoir de la tendance à préférer la pulpe glycérinée.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. DESCROIZILLES.

Un cas de tænia chez l'enfant.

Le 3 novembre dernier, nous examinions à la consultation de l'hôpital une fille de douze ans, Aminie B..., qui se présentait avec toutes les apparences d'une bonne santé. Elle était atteinte du ver solitaire, nous disait son père qui l'accompagnait; elle en rendait des fragments depuis plusieurs mois, et surtout depuis trois ou quatre semaines, mais il n'avait pas pris la précaution d'en recueillir et d'en apporter. Nous pouvions donc douter de la réalité de ses assertions, en voyant, devant nous, une adolescente qui semblait jouir d'une bonne santé. Elle fut admise cependant et couchée au n° 85 de la salle Dechaumont.

Le 4 novembre, notre impression fut la même que la veille; il s'agissait d'une fille de haute stature, vigoureusement et régulièrement constituée, et chez laquelle on ne trouvait ni décoloration de la face, ni amaigrissement. Elle ne souffrait d'aucun malaise sérieux et, du côté de son appareil digestif, comme du côté des voies respiratoires ou de la circulation, nous ne pûmes découvrir aucun désordre important. Elle ne se plaignait que de maux de tête très modérés et peu fréquents, d'un appétit capricieux et souvent faible, de quelques pesanteurs d'estomac après les repas, enfin d'une tendance habituelle à la constipation, avec un peu de diarrhée par intervalles; elle affirmait catégoriquement qu'elle rendait souvent des débris de tænia et qu'elle les rendait, d'habitude, sans le vouloir. Elle supposait qu'elle était atteinte de son affection vermineuse depuis un an, sans pouvoir donner les raisons qui motivaient cette supposition, et ne se rappelait pas avoir jamais fait usage de viande crue ou même de viande très peu cuite.

Pendant les jours qui suivirent l'admission de la jeune B... à l'hôpital, ses affirmations furent confirmées par l'expulsion de plusieurs cucurbitains qui sortirent de l'orifice anal, tantôt au moment des garde-robes, tantôt dans leur intervalle. Ces cucurbitains étaient, pour la plupart, de petites dimensions et paraissaient appartenir à un animal encore peu developpé. L'enfant ne présentait aucun autre trouble digestif qu'une constipation constante, n'éprouvait ni vertiges, ni mal de tête, se nourrissait et dormait bien, en conservant une physionomie excellente. Je lui fis avaler, le 6 novembre, 50 centigrammes de calomel et, trois jours après, la même dose de poudre de semen-contra. Ces deux médicaments eurent, l'un et l'autre, un effet pargatif et entraînèrent la sortie de fragments de tænia, plus nombreux et plus considérables que ceux qu'on avait aperçus précédemment. J'aurais été très disposé à m'en tenir là, jusqu'à nouvel ordre, et à ne chercher, qu'un ou deux mois plus tard, à expulser en totalité un helminthe dont la présence dans l'intestin était très bien tolérée. Il était à craindre qu'une tentative prématurée d'expulsion complète restât infructueuse, mais les parents de la malade désiraient la ramener chez eux, le plus vite possible, et ne voulaient pas la laisser plus de quinze jours à l'hôpital. Je me décidai donc à tenter le traitement radical, en annonçant que je n'étais nullement certain d'arriver à un bon résultat.

J'ai pour habitude, en pareille circonstance, de me servir d'huile éthérée de fougère mâle, associée au calomel tantôt en capsules, tantôt en potion, tantôt avec de la gélatine et du sucre en poudre. Mais il est bon de commencer par soumettre le malade, pendant deux ou trois jours, à un régime alimentaire spécial. On ne le nourrit que de soupes maigres, d'œufs, de laitage, de pain en très petite quantité. Puis, pendant vingt-quatre heures, il ne doit avaler autre chose que du lait; en outre, dans la soirée qui précède le jour pendant lequel la tentative d'expulsion doit être faite, on donne un lavement laxatif, puis, à la fin de la nuit, et deux ou trois heures avant l'ingestion de la substance helminthicide, on administre un autre lavement à grande eau. On se conforma exactement à ces préceptes dans le cas actuel : à partir du 12 novembre, la jeune fille fut soumise au régime préparatoire et, le 15 novembre, elle prit, dans la matinée, une combinaison de fougère mâle et de calomel, sous la forme d'une potion formulée comme il suit :

Extrait éthéré de fougère mâle. .	8 grammes.
Calomel.	40 centigrammes.
Eau de menthe.	10 grammes.
Gomme arabique	5 —
Sirop simple.	20 —

Eau distillée, quantité suffisante pour une potion de 60 grammes.

La potion fut avalée en entier, sans trop de répugnance, par cuillerées à bouche, administrées de dix minutes en dix minutes. L'enfant éprouva quelques nausées, mais réussit à ne pas vomir. Vers dix heures du matin, on lui fit prendre 25 grammes d'huile de ricin et, deux heures plus tard, à la suite de plusieurs selles diarrhéiques, elle rendit un tænia long de plus de 5 mètres et qui paraissait être expulsé en totalité, car l'une de ses extrémités était très effilée. En effet, on mit assez facilement en évidence la tête qui était séparée du reste de l'animal et le lendemain, quand on nous présenta le corps du délit, nous ne pûmes conserver aucun doute sur le succès complet du traitement. Après l'expulsion, d'ailleurs, la journée s'était achevée sans incident notable, la malade n'avait souffert d'aucune douleur abdominale dans l'après-midi. Elle avait bu très volontiers une tasse de lait à l'heure du dîner. Le jour suivant, nous la trouvions sans fièvre, avec le ventre souple et la langue nette; elle resta encore trois jours dans le service en s'alimentant modérément et en ne se levant qu'une partie de la journée; le 18 novembre, elle quittait l'hôpital.

En terminant la relation de ce fait, je ferai remarquer que, de nos jours, le tænia est fréquent dans le jeune âge et que, le plus souvent, la santé des enfants chez lesquels il se développe n'est pas sérieusement atteinte. Il est rare d'observer, pendant les différents stades de l'enfance, les troubles nerveux, les accidents épileptiformes, en particulier, sur lesquels on insistait beaucoup autrefois et cependant il faut s'attendre encore à les rencontrer de temps à autre. J'ai dit que nous n'avions eu à enregistrer ici que des troubles dyspeptiques légers, que l'état général restait

fort bon et n'indiquait pas qu'il y eût grande probabilité d'affection vermineuse. Néanmoins, nous avons cherché à provoquer l'expulsion de l'helminthe, dès que nous avons eu la preuve de son existence. Nous avons agi avec une précipitation qui n'entre pas dans mes habitudes, parce que les parents de la malade n'admettaient pas de temporisation. Bien que le succès de la médication ait été complet, il m'eût semblé préférable de n'employer la préparation helminthicide qu'un peu plus tard, car les fragments de tænia expulsés avaient toujours été de petites dimensions et l'on pouvait craindre que le ver fût encore de trop récente origine, pour qu'il y eût chance sérieuse de le faire sortir de l'intestin en totalité : notre traitement a donc été plus heureux que prudent.

Chez l'enfant, comme chez l'adulte, on peut se servir de pépins de courges, de kousso, de préparations de grenadier ou de fougère mâle et des autres médicaments récemment expérimentés et dont l'efficacité est, malheureusement, très irrégulière. Après avoir usé, pendant plusieurs années, sans grand succès, de la pelletiérine, j'ai donné la préférence à l'huile éthérée de fougère mâle, que j'administre, tantôt en capsules, tantôt avec de la gélatine et du sucre en poudre, tantôt, comme dans le cas actuel, sous forme de potion, qui m'a donné, plus fréquemment que la pelletiérine, des résultats satisfaisants et me paraît être, au moins pour ce qui concerne l'enfance, le meilleur des tænicides.

Dans un récent travail, le docteur Duhourcau (de Cauterets) propose d'associer à l'extrait vert éthéré de fougère mâle, dans des capsules, le chloroforme et l'huile de ricin, additionnés d'une petite quantité d'huile de croton. Grâce à cette association, dit-il, et en suivant les préceptes tracés par M. le professeur Laboulbène, on engourdit l'helminthe, puis on le fait rejeter comme un corps étranger, quand il est mort ou frappé d'inertie. Le chloroforme remplit la première indication, l'huile de ricin et le principe actif de la fougère mâle répondent à la seconde. La médication est, de cette façon, simplifiée autant que possible, puisque, simultanément, on fait prendre l'agent anesthésique, la substance helminthicide et le purgatif. Cette formule tænifuge qui, d'après M. Duhourcau, compte déjà à son actif de nombreuses guérisons, est, à coup sûr, fort bien conçue et il y a lieu de l'expérimenter chez les jeunes sujets, car on peut ainsi se dispenser des précautions préparatoires qui font perdre plusieurs jours; je me propose donc d'y recourir, dès que j'en aurai l'occasion.

UN NOUVEAU PROCÉDÉ DE DÉSARTICULATION DU GENOU

(ELLIPSE A LAMBEAU POSTÉRIEUR)

Par le professeur Montaz (de Grenoble).

Assurément la désarticulation du genou est une des opérations qui ont le moins bénéficié des méthodes antiseptiques. Elle est peu pratiquée à l'heure actuelle, si on la compare à ses voisines, l'amputation de jambe au lieu d'élection, et surtout l'amputation de la cuisse au tiers inférieur. A notre avis, il n'y a pas d'autre raison à donner de cet oubli, que la défectuosité des procédés opératoires. Si, par une rigoureuse antisepsie, on arrive aux réunions immédiates sans drainage pour les amputations de la cuisse, pourquoi n'obtiendrait-on pas le même résultat au genou ? S'il n'y a pas d'infection, on doit avoir la réunion *per primam*, là comme ailleurs.

Eh bien ! je viens de le dire, toute la raison réside dans ce fait que les chirurgiens s'acharnent à tailler un malheureux lambeau cutané antérieur, immense, lamentable, doublé de rien, avec l'artère principale en arrière sectionnée très haut et n'envoyant aucun ramuscule à ce lambeau. Si, rompant avec les errements classiques, ils voulaient bien opter pour la méthode que je leur apporte, ils verraient que la désarticulation du genou mérite de sortir de son discrédit et constitue, au point de vue de la facilité, de l'innocuité, des résultats éloignés, une admirable opération.

Avant d'en venir à l'exposé de mon procédé, qu'un de mes anciens internes des plus distingués, M. le docteur Falibois, vient de traiter comme sujet de thèse (1), jetons un coup d'œil sur les procédés couramment employés et sur leurs inconvénients. Nous donnerons ensuite la technique du procédé nouveau. Enfin nous verrons quels avantages il présente.

PROCÉDÉS HABITUELS

1° *Incision elliptique ou procédé de Baudens.* — Il consiste à décrire sur la peau une ellipse à point infime antérieur. Puis on dissèque la demi-manchette cutanée antérieure. On désarticule en coupant le tendon rotulien, les ligaments latéraux, les ligaments croisés. Relevant alors la jambe, on sort carrément en arrière en sectionnant les muscles postérieurs. Ligatures ; drainage ; sutures.

M. Farabeuf fait sur ce procédé les réflexions suivantes qui me causent une véritable surprise : « Les téguments de la partie antérieure du genou, habitués à la fatigue et à la distension, se replient naturellement sous les condyles du fémur, après la désarticulation. On préfère les employer sous forme de lambeau ou de manchette plutôt que de tailler, aux dépens du mollet, un énorme lambeau postérieur difficile à souder, très rétractile, et *exposé à la gangrène partielle si l'on garde la tête du soléaire.* La face disséquée des téguments antérieurs est presque naturelle, tant sont rares ses relations vasculaires avec les parties sous-jacentes. La peau qui avoisine le genou est épaisse et vivace. »

Il est difficile de dire plus d'inexactitudes en si peu de mots. La peau du genou vivace ! Sur le cadavre peut-être. Le lambeau postérieur exposé à la gangrène, si l'on garde le soléaire ! Mais c'est une énormité. Parce que le soléaire sera privé de ses insertions sur le tibia, en quoi manquera-t-il de vaisseaux artériels pour subvenir à sa nutrition ? Depuis quand les muscles se nourrissent-ils par leurs insertions sur les os ? Que faites-vous, M. Farabeuf, de l'artère principale conservée jusqu'au bout du lambeau postérieur ? Que faites-vous de ses branches, les artères jumelles, les cinq articulaires, venues de la poplitée, l'artère du soléaire, venue du tronc tibio-péronier ? Je n'insiste pas.

2° *Grand lambeau antérieur, petit postérieur ; procédé de Carden.* — Il s'agit de tailler un grand lambeau antérieur qu'on rabattra sur le fémur, sectionné au-dessus des condyles, puis un petit lambeau postérieur, carré. Les deux lambeaux sont séparés par des fentes verticales latérales, situées en arrière du diamètre transverse du membre ; elles

(1) Falibois. *De la désarticulation du genou par le procédé à lambeau postérieur de M. Montaz*, Paris 1891.

permettent de relever les téguments antérieurs et d'enlever plus facilement l'épiphyse fémorale et la rotule.

On voit combien ce procédé est malheureux. Il n'a que des inconvénients : lambeau antérieur qui demande à grands cris le sphacèle, lambeau postérieur court qui s'adaptera très mal à l'autre, puisqu'on va les suturer par deux bords convexes; sciage des condyles, ce qui supprime une excellente saillie osseuse destinée à servir de large point d'appui ; désinsertion d'un certain nombre de muscles, grand adducteur, triceps crural ; suppression de la rotule et, par conséquent, des ailerons latéraux. Ce procédé pourrait se résumer ainsi : sacrifice de tout ce qu'il y a de bon, suppression totale des parties essentielles.

3° *Procédé ostéoplastique de Gritti.* — Il consiste à désarticuler le genou par un procédé à lambeau antérieur, puis, quand le membre est tombé, à aviver la rotule sur sa face cartilagineuse. Le fémur est scié à quelques centimètres au-dessus de sa face articulaire et on soude la rotule, abaissée et devenue horizontale, à la tranche du fémur. Pour maintenir l'osselet, on use de l'enclouage, de la suture osseuse, ou au moins de la fixation en arrière des parties molles péri-osseuses.

Comme les précédents, ce procédé n'a que des inconvénients : lambeau antérieur exclusivement cutané, mal nourri ; fémur mutilé ; appui sur la rotule (en supposant un succès complet), ce qui parait antiphysiologique et doit être bien dur ; enfin, généralement, ascension de la rotule par les violentes contractions du triceps. On a alors, comme dans le cas cité par Farabeuf de ce soldat français opéré en 1871 par un chirurgien allemand, une rotule remontée, oblique, à cheval sur l'angle antérieur de la tranche fémorale et le point d'appui se faisant, ou plutôt ne se faisant pas, sur la pointe rotulienne.

« Ces différents procédés sont incontestablement les meilleurs, dit toujours Farabeuf, quand on veut faire marcher le blessé sur le bout de son moignon. »

Il n'y a rien à ajouter à ces réflexions, si ce n'est que, semblables aux préjugés populaires, elles ont de grandes chances de donner la vérité, à la condition qu'on en prenne exactement la contre-partie.

4° *Procédé circulaire de Velpeau et dérivés.* — Je ne le décrirai pas ; il se comprend de lui-même, appliqué par Cornuau, Blasius, il présente l'inconvénient de donner une manchette difficile à retrousser. Aussi, l'a-t-on fendue en dehors (Lacauchie), de chaque côté (Günther), en arrière (Chalot de Toulouse). Stephen Smith l'a terminée en raquette-postérieure.

5° *Procédé à deux lambeaux latéraux de Rossi de Turin.* — L'auteur s'est proposé de cacher la cicatrice antéro-postérieure dans l'espace intercondylien.

6° *Procédé de Vaslin* (*Gaz. hebd.*, 1885). — Il consiste à enlever la rotule, puis les condyles, par une section horizontale. C'est en somme une amputation sus-condylienne de la cuisse, à laquelle je vois les inconvénients des procédés antérieurs et quelques nouveaux surajoutés, ablation des renflements fémoraux, de la rotule, c'est-à-dire d'organes qui ne demandent qu'à rester tranquilles.

7° *Procédé sous-périosté avec occlusion du sac synovial* [Ollier, Pollosson, Perriol (1)]. — Les incisions cutanées sont celles du procédé de Carden, grand lambeau antérieur, petit postérieur. Puis on sépare du tibia les lambeaux accompagnés de toutes leurs parties molles péri-osseuses, le périoste compris. On arrive, en remontant, jusqu'à l'articulation dont on respecte toutes les parties molles. Enfin, l'opération se termine en fermant le sac synovial articulaire, à l'aide de sutures perdues, et on réunit la peau. Poncet conseille fortement le drainage, ce qui n'a rien d'étonnant, étant donné l'antisepsie compliquée et partant insuffisante qu'il pratique. Lisez plutôt certaines observations où la vérité perce, malgré le secret désir de représenter toutes les suites comme idéales. Je recommande surtout au lecteur l'observation de la thèse de Perriol, page 65 : suites opératoires, 39 degrés de température ; on est obligé de faire sauter les points de suture.

Le gros reproche qu'on peut adresser à cette méthode est de toujours s'acharner au lambeau antérieur, si mal nourri, la grosse artère régionale ayant été coupée en arrière assez haut. C'est toujours le vieil errement. On racle bien les os et on tâche de laisser adhérentes à la peau les parties molles préosseuses. Mais ce sont des tissus parasites. Ils ne donnent pas un vaisseau de plus à la peau et vont, au contraire, vivre à ses dépens. Ce procédé me fait songer à une table de malheureux, où le pain manque et à laquelle on invite de nouveaux convives ; il pèche donc par la base, comme les précédents.

Quant à l'occlusion du sac synovial, elle va de soi chez les chirurgiens qui ne drainent plus, c'est-à-dire qui font de l'antisepsie complète et partant simple. Si on réunit tout sans drainage, il est bien évident que le sac synovial sera oblitéré sur ses bords.

La conservation de la synoviale donne-t-elle une mobilité plus grande à la peau du moignon? Je ne le crois pas. Toute désarticulation idéalement aseptique, avec conservation intégrale du cartilage articulaire, laissera une peau très mobile. Une expérience déjà grande des désarticulations avec réunion immédiate sans drainage me fait adopter cette opinion. Dernièrement encore, j'ai présenté à la Société de médecine de l'Isère un jeune homme, désarticulé au poignet par l'ellipse à lambeau antérieur, chez lequel les parties molles du moignon sont étonnamment mobiles.

D'ailleurs une mobilité énorme est-elle à désirer dans un moignon qui va porter le poids du corps? Je crois qu'il en faut, mais pas trop. Suivons les enseignements de la nature. Dans le talon, le prototype du genre, a-t-elle multiplié les bourses séreuses? Il n'y en a qu'une petite. Que trouve-t-on? Des parties molles épaisses, une graisse dure capitonnée par des tractus fibreux, en un mot, un coussin, un matelas. Ce sont des appareils destinés à supporter des pressions et non des glissements. Ils correspondent aux sièges d'une voiture, non à ses essieux.

Je crois donc qu'il y a mieux à faire pour avoir un bon moignon de désarticulation du genou. Là, comme ailleurs, il faudra le matelasser avec des muscles, en utilisant la merveilleuse méthode elliptique.

Le procédé à lambeau postérieur que je préconise n'est pas tout à fait un nouveau venu en chirurgie. Hoin (de Dijon) l'a employé une fois, mais par nécessité dans un traumatisme. Brasdor, Blandin, Syme s'en sont servis.

Voici ce qu'en dit M. Farabeuf dans les notes de son livre : « Supposant que la peau antérieure doive être forcément coupée à peu près au niveau de l'interligne ou de la

(1) Th. de Lyon, 1893.

section osseuse, je crois que le lambeau postérieur devrait descendre à deux diamètres plus bas et sa largeur s'étendre de chaque côté à plusieurs centimètres en avant des bords latéraux des jumeaux. Quand la peau serait incisée et rétractée, il conviendrait de couper les jumeaux au-dessus de leur insertion avec le soléaire et de les décoller de la face postérieure de ce muscle. Ce serait après la désarticulation que, rasant la face postérieure du muscle poplité, on couperait les vaisseaux et les nerfs, au moment où ils s'engagent dans l'anneau du soléaire. On comprend l'importance de l'immobilisation et de la suture, du drainage, après une telle opération. »

Ce qui prouve une fois de plus qu'il n'y a rien de nouveau sous le soleil.

MON PROCÉDÉ

Le voici tel qu'il a été réglé et perfectionné par mon distingué ami le docteur Arrou, prosecteur des hôpitaux de Paris, à Clamart, et tel qu'il a été décrit par le docteur Falibois.

Après avoir pris toutes les précautions antiseptiques nécessaires : lavage au sublimé des parties sur lesquelles va porter l'opération, asepsie des instruments, etc., etc., etc., le malade est attiré au bord du lit, les deux jambes pendantes.

Le chirurgien se place de manière à avoir la jambe qui va être enlevée à sa gauche. Un aide la soutient ; un autre aide est placé près de la cuisse. On est donc en dehors pour la jambe gauche, en dedans pour la jambe droite.

Après avoir cherché l'interligne articulaire sur les côtés du tendon rotulien, en fléchissant légèrement la jambe, il faut estimer approximativement le diamètre antéro-postérieur de l'articulation et marquer sur le milieu du mollet un point situé à un diamètre et demi de l'articulation.



Fig. 1.

Abaissez deux lignes droites suivant le bord postérieur du tibia et du péroné commençant à l'interligne et s'arrêtant au niveau du point infime postérieur ; rejoignez ces deux lignes en arrondissant, en haut en passant en avant sur le tibia, en bas sur le mollet en arrière.

La figure 1 montre deux tracés d'incision : l'antérieur est le tracé elliptique primitif; le postérieur est plutôt un tracé à lambeau, celui que MM. Arrou et Falibois ont finalement adopté, à la suite de leurs recherches à Clamart. Ce dernier donne plus de jour pour désarticuler et désinsérer le lambeau sur le tibia. C'est donc de lui qu'il va être question.

Premier temps. — (Jambe gauche.) Commencez votre incision en avant, sur l'interligne, transversalement. Dirigez-vous en arrière et un peu en bas ; arrivé près du péroné, arrondissez votre incision qui devient alors brusquement verticale. Longez le péroné jusqu'en face du point infime postérieur (à un diamètre et demi). Arrondissez de nouveau et coupez la peau du mollet horizontalement. Remontez en suivant la verticale interne, sur le bord postérieur du tibia. Puis, près de l'article, devenez franchement horizontal et terminez au point de départ.

Cette façon de faire, sans quitter les chairs, est très élégante ; mais il faut, à un moment donné, prendre le couteau de la main gauche. On doit donc être ambidextre, ce que je crois indispensable à tout chirurgien un peu habile.

Si vous voulez être plus terre à terre, faites deux incisions verticales isolées sur le péroné et sur le bord postérieur du tibia et réunissez-les transversalement, en haut et en bas.

Repassez dans la plaie pour inciser jusqu'aux aponévroses et en haut jusqu'au tibia ; libérez ainsi la peau tout le long et en avant, pour découvrir le tiers inférieur de la rotule.

Deuxième temps. — Fléchissez légèrement la jambe et attaquez le tendon rotulien à plein tranchant, juste sur le bord inférieur de la rotule, en dirigeant la lame en haut du côté des condyles du fémur, sur lesquels elle viendra s'arrêter.

Abaissez votre couteau, sectionnez la capsule et, du même coup, le ligament latéral gauche. Finissez de détacher le ligament adipeux et, avec la pointe du couteau, sur le tibia coupez les ligaments croisés. Ceci fait, pliez la jambe sur la cuisse, de façon à la luxer complètement.

Troisième temps. — Avec le couteau rasez la partie postérieure du plateau tibial. Puis laissez le couteau et faites une sous-périostée. Avec la rugine détachez les parties molles en passant sous le périoste. Ayez soin d'aller jusqu'au ligament interosseux. En route vous aurez à couper la tibiale antérieure. Arrivé aux deux premiers tiers de votre incision, plutôt plus que moins, laissez la rugine et reprenez le couteau pour finir ; en redressant la jambe vous allez sortir obliquement au niveau de votre incision cutanée.

Quatrième temps. — Après avoir fait la toilette des parties molles, liez la tibiale antérieure, si vous ne l'avez déjà fait, la tibiale postérieure et la péronière ; puis, attirant à vous le nerf tibial postérieur et le disséquant au besoin, vous le réséquerez aussi haut qu'il vous sera possible. Lavez avec soin ; incurvez votre lambeau en avant ; suturez-le à la peau située devant la rotule et, si vous n'êtes pas absolument sûr de votre antisepsie, couchez deux drains dans la plaie contre les condyles. Pansement.

C'est pour ne pas blesser les vaisseaux et pour les conserver jusqu'à l'extrémité du lambeau que le docteur Falibois conseille l'usage de la rugine. Avec le couteau il serait bien plus difficile de raser l'os.

COMPOSITION DU LAMBEAU ET AVANTAGES DU PROCÉDÉ

Nous allons, dans ce chapitre, faire l'anatomie du lambeau postérieur, en montrer la constitution et les immenses avantages.

D'arrière en avant nous trouvons d'abord la peau. On lui a reproché de s'incurver difficilement en avant, d'être fine et inhabituée aux pressions. La première objection est au moins dérisoire. La peau se recourbe dans tous les sens ; car c'est un organe essentiellement mou et élastique. Au coude un des meilleurs procédés de désarticulation n'est-il pas le lambeau antérieur? Quant à l'adaptation de la peau à des pressions violentes, elle ne fait aucun doute. Que de procédés d'amputation dans la contiguité ou la continuité

placent à l'extrémité du moignon une peau jusque-là vierge de toute pression ! Ces reproches constituent donc de la pure fantaisie.

Les muscles du lambeau sont les jumeaux, le soléaire et le poplité. Les jumeaux sont conservés dans presque toute leur étendue, leurs insertions supérieures maintenues, enfin leur riche irrigation laissée intacte.

Nous ne parlerons pas des muscles postérieurs de la cuisse, triceps, demi-tendineux, demi-membraneux, du droit interne et même du couturier. Ils sont réduits là à l'état de tendons. Tout au plus, pourra-t-on les suturer aux parties molles.

Le soléaire est désinséré en haut et en bas ; mais il garde ses connexions avec les muscles voisins et surtout avec les vaisseaux, ce qui est plus important. Il existe spécialement une branche du tronc tibio-péronier qui alimente son extrémité supérieure et qui se trouve admirablement conservée dans notre procédé. La séparation de ses attaches supérieures et inférieures n'a donc aucun inconvénient. Si on avait réfléchi un instant que la nutrition des muscles ne se fait pas par leurs attaches, mais par les vaisseaux qui les pénètrent, on n'aurait pas fait cette objection qui n'a pour elle que le grotesque.

Le muscle poplité, assez volumineux, conserve son insertion supérieure sur le condyle fémoral ; en bas il est désinséré du tibia avec le périoste. Il est donc intact et joue un rôle de protection à l'égard des vaisseaux qu'on trouve derrière lui. De plus il apporte son étoffe à la constitution du coussin musculaire.

Voyons maintenant les vaisseaux du lambeau.

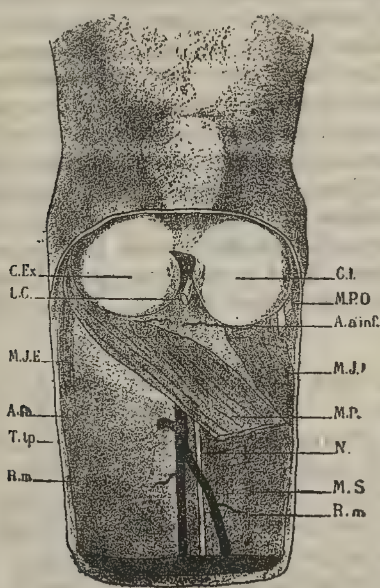


Fig. 2. — C.Ex., condyle externe ; L.C., débris des ligaments croisés ; M.J.E., muscle jumeau externe ; A.t.a., artère tibiale antérieure ; T.t.p., tronc tibio-péronien ; R.m., rameaux musculaires du soléaire ; C.I., condyle interne ; M.P.O., tendons de la patte d'oie ; A.a.inf., artères articulaires inférieures ; M.j.i., muscle jumeau interne ; N., nerf tibial postérieur ; M.P., muscle poplité ; M.S., muscle soléaire.

L'artère poplitée est conservée intacte. Elle trouve dans l'espace qui sépare les condyles, en arrière et en bas, une berge naturelle au fond de laquelle elle vient se loger, à l'abri de toute compression. Il serait d'ailleurs facile d'exciser un V renversé de l'espace intercondylien, pour augmenter encore cette protection ; mais c'est une complication inutile. Les artères de moignons sont vouées à l'atrophie, comme l'a bien montré Segond.

Le tronc tibio-péronier continue la poplitée dans le lambeau et se trouve recouvert par le muscle poplité. Toutes ses branches sont respectées, sauf l'artère nourricière du tibia.

La tibiale antérieure et la péronière sont conservées jusqu'à l'extrémité du lambeau surtout si, comme l'a conseillé le docteur Falibois, on fait une sous-périostée.

La tibiale antérieure est divisée à un ou deux centimètres de sa naissance. Placée si près de l'origine du vaisseau, cette ligature n'a pas plus d'inconvénient qu'à la carotide externe.

Voyons maintenant ce que deviennent les nerfs dans le lambeau.

Le nerf sciatique se divisant en haut du creux poplité, nous trouvons le sciatique poplité externe et le sciatique poplité interne. Le premier donne trois branches collatérales, l'accessoire du saphène externe, la cutanée péronière et la musculaire. Seul le nerf accessoire du saphène externe est représenté sur la partie externe du lambeau et innervera sa couverture cutanée. Les deux autres naissent trop bas et disparaissent avec la jambe.

Le sciatique poplité interne sera réséqué assez haut dans le lambeau, afin d'éviter sa compression sous les condyles du fémur et aussi afin de se mettre en garde contre la production des névromes. Ses trois branches collatérales sont le saphène externe, l'articulaire, les musculaires. Le saphène externe persiste jusqu'à l'extrémité du lambeau, à l'état de filet sous-aponévrotique d'abord, puis sous-cutané. Il n'a aucun intérêt pour nous. L'articulaire continue à se répandre dans ce qui reste de l'articulation du genou. Enfin les branches musculaires continueront à innerver le poplité, le moignon de soléaire, les jumeaux. Ceci est une bonne condition et ne peut que contribuer à maintenir relativement intacts des tronçons musculaires voués à l'atrophie.

Nous conservons la rotule dans notre procédé. C'est une mutilation de moins. L'insertion du triceps est par là maintenue meilleure ; les ailerons latéraux restent. Enfin, par sa saillie en avant, cet osselet contribue encore à donner au moignon la forme générale d'un renflement. La prothèse ne peut qu'y gagner. Si la rotule remonte un peu, ce qui est possible, elle entraînera avec elle la cicatrice opératoire déjà antérieure et l'éloignera du moignon.

Enfin, les condyles fémoraux sont laissés intacts, ainsi que leur cartilage d'encroûtement. Il y a beau temps qu'on a renoncé aux décortications cartilagineuses ; elles n'avaient de raison d'être que dans la période sale de la chirurgie.

Avantages. — Notre procédé présente des avantages considérables. Il permet d'abord de reculer les indications de l'amputation de la cuisse. Dans les traumatismes de la face antérieure de la jambe et du genou, plus fréquents que ceux de la région poplitée, le lambeau postérieur se trouvera tout indiqué.

Dans les ostéomyélites graves, du tibia où la peau antérieure de la jambe est souvent trouée de fistules, on pourra encore l'utiliser. Mais il n'y aurait là qu'un procédé de nécessité, comme dans le cas de Hoin, et cela ne constitue pas une méthode opératoire.

Mais, en laissant définitivement les procédés à lambeau antérieur, fondés sur de vieux errements, nous obtenons un moignon idéal, admirablement matelassé par les muscles postérieurs, bien innervé, irrigué d'une façon merveilleuse ; puisque, suivant une règle absolue de médecine

opératoire, nous conduisons jusqu'au bord inférieur du lambeau l'artère principale du membre. La rotule est conservée. Les condyles du fémur ménagés vont prêter à la marche une large surface d'appui. Le triceps crural, le grand adducteur, gardent leurs insertions. La cicatrice n'est nullement comprimée, pusqu'elle est antérieure et latérale et tend plutôt à remonter.

Enfin la technique opératoire ne présente aucune difficulté spéciale. Toute l'attention devra se porter sur la conservation des vaisseaux, très rapprochés des surfaces osseuses. A ce point de vue, la méthode de la rugine (Falibois) offre une grande sécurité.

Nous pouvons donc, sans témérité, considérer notre méthode comme appelée à un certain avenir.

REVUE DE LA PRESSE

Examen bactériologique du lait de femme. — M. F. Honigmann a examiné le lait de soixante-quatre femmes accouchées, bien portantes et à glandes mammaires normales; il arrive aux conclusions suivantes :

1° Le lait des accouchées bien portantes contient, le plus souvent, un grand nombre de micro-organismes, surtout le staphylocoque albus, puis — par ordre de fréquence — l'aureus; les autres espèces microbiennes sont plus rares et peu nombreuses;

2° Toutes ces bactéries proviennent probablement de la surface cutanée et s'introduisent dans les canaux galactophores par leur orifice d'abouchement à la surface du mamelon;

3° La constatation de la présence des staphylocoques dans le lait de la parturiente n'a aucune valeur diagnostique pour les maladies fébriles post-puerpérales;

4° Dans certaines conditions, les micro-organismes présents dans le lait peuvent jouer un rôle dans la production des mastites post-puerpérales; mais très souvent la présence des staphylocoques dans les conduits galactophores ne provoque pas de phénomènes morbides;

5° Le lait de femme n'est pas bactéricide. (*Gaz. hedom. Med. de la Russie mérid.*, 2, 1894.)

Action curative de l'érysipèle sur la blennorragie. — M. Schmidt communique l'observation d'une petite fille de trois ans qui avait, depuis quatre jours, un écoulement purulent du vagin, à la suite d'une tentative de viol. A son entrée à l'hôpital, on constata de l'œdème des grandes lèvres et un écoulement purulent du vagin et de l'urèthre; le pus contenait des gonocoques de Neisser. Le sixième jour, après le début de la blennorragie, s'est montré un érysipèle de la cuisse gauche, et, en même temps, l'œdème disparut et l'écoulement purulent tarit; le lendemain l'aspect des organes génitaux était tout à fait normal. Un abcès formé au-dessus de la malléole externe fut ouvert et on y trouva des gonocoques. Quinze jours après, la fillette était complètement rétablie. M. Schmidt insiste sur cette guérison de la blennorragie qui est d'habitude si rebelle à tout traitement chez les petites filles. (*Wratsch*, 5, 1894.)

Fracture du larynx. — M. Lipps a produit expérimentalement sur le cadavre des fractures du larynx; il base sa classification sur la fréquence, la forme et la gravité des fractures.

Par étranglement avec la main, sur 10 cas de fracture du larynx, il y avait 5 fois fracture de l'os hyoïde, 6 du cartilage thyroïde, 7 du cricoïde. La muqueuse laryngée ne fut jamais lésée.

Par coup de poing sur le larynx, il y avait dans 6 cas une seule fracture de l'os hyoïde, 5 du thyroïde et du cricoïde. La muqueuse, dans tous ces cas, était également intacte. L'âge du sujet n'a aucune influence, mais l'état antérieur des cartilages doit être mis en ligne de compte.

Le siège et la forme de la fracture varient suivant la cause :

L'étranglement produit surtout les fractures de l'os hyoïde (grande corne), du corps thyroïde sur la ligne médiane, de la grande corne de ce cartilage, du châton du cricoïde.

Par coup de poing, l'os hyoïde s'est fracturé une seule fois, à sa grande corne; la fracture du thyroïde avait la forme d'un S italique portant sur la ligne médiane et les parties latérales. Le cricoïde présentait ordinairement des fractures avec enfoncement.

M. Lipps a traité avec succès un cas de fracture du larynx, mais, en général, le pronostic est grave, car sans parler de la mort possible par asphyxie, les complications de ces fractures sont très graves : œdème, hémorragies sous-muqueuses, déplacement des fragments.

M. Lipps préconise, avec Hüter, la trachéotomie préventive; le traitement ultérieur doit avoir pour but de prévenir le rétrécissement du larynx. (*Centralbl. fur chir.*, 6, 1894).

Mort par ictère grave consécutif à une narcose mixte par le chloroforme et le bromure d'éthyle. — M. Reiss a opéré un malade, jeune homme vigoureux, sans lésion cardiaque, pour un bubon. On a d'abord administré, pendant une minute et demie, 12 à 15 grammes de bromure d'éthyle récemment préparé, mais on n'a produit aucun effet narcotique; on a ensuite donné, avec beaucoup de précaution, 20 grammes de chloroforme, pendant l'administration duquel se sont montrés de légers phénomènes d'asphyxie. Après l'opération, rien de particulier sauf une odeur alliacée frappante. Plus tard, sont survenus des vomissements bilieux répétés; pouls et température normaux; l'odeur alliacée persistait. Le malade se plaignait de douleurs à la région stomacale, de constipation. L'urine était normale. Au troisième jour, les vomissements cessèrent. Dans la nuit du quatrième au cinquième se montra le délire suivi de somnolence, d'ictère et d'anurie. Le foie et la rate semblaient diminués. Mort au septième jour. L'autopsie révéla une atrophie jaune aiguë du foie. (*Wiener Klin. Wochens.*, 5, 1894.)

Abcès de la rate. — Une fillette de quatre ans, observée par M. P. Sender, fut prise de diarrhée, de vomissements périodiques, d'inappétence, de faiblesse générale. Un mois plus tard, elle tomba d'un escalier et alors se montrèrent des douleurs sous les fausses côtes gauches, où apparut bientôt une tuméfaction arrondie soulevant la peau et donnant la sensation de fluctuation profonde. L'abcès s'est ouvert spontanément au dehors, à travers les muscles abdominaux et la peau, et on voyait, à son sommet, un bourrelet épidermique avec un orifice central par où suintait du pus caséeux grumeleux.

L'abcès superficiel ouvert, on tomba sur une mince couche de parenchyme rouge brun, au-dessous duquel se trouvait un foyer purulent de la rate, du volume d'un œuf de poule, circonscrit par une membrane pyogène. Cette dernière était entourée d'une couche de tissu splénique ramolli et légèrement saignant. Les mouvements respiratoires se transmettaient au foyer purulent. Drainage. Guérison.

L'étiologie de l'abcès n'est pas établie; M. P. Sender le considère comme un abcès primitif de la rate. (*Centralbl. f. chir.*, 3, 1894.)

Influence des bains chauds sur l'élimination de l'azote chez l'homme. — Cette étude expérimentale sur l'influence

des bains de vapeur chauds sur l'élimination de l'urée et de l'acide urique n'est pas, d'après M. Formanek, encore complètement élucidée et les opinions des auteurs à ce sujet sont très controversées.

Barthels, Nauye, Kostiurin, Goldlewski et beaucoup d'autres admettent l'augmentation de l'urée éliminée. Kaup et Senator ne trouvent aucun changement. Koch, Simanowsky, Makoviecky ont trouvé une diminution de l'urée sous l'influence des bains de vapeur. Richter a trouvé, chez le chien, une augmentation notable.

M. Formanek a fait des recherches sur lui-même et sur des étudiants en médecine de bonne volonté; il a déterminé d'une façon précise la quantité d'azote de l'alimentation d'une part; d'autre part, il a analysé les urines plusieurs jours avant et après le bain chaud; l'auteur insiste surtout sur la longue durée et la température élevée du bain. La température du corps s'élevait souvent de 39 à 40 degrés. M. Formanek est arrivé à la conclusion que, dans ces conditions, *il y a augmentation considérable de la quantité d'azote éliminée*. Les contradictions des auteurs cités seraient dues à des méthodes insuffisantes de recherches, à la courte durée du bain, aux différences constitutionnelles des sujets en expérience.

Dans ses recherches concomitantes sur le sang, M. Formanek a pu constater une augmentation du nombre des leucocytes après le bain : avant le bain, ils étaient par rapport aux hématies comme 1 : 1000 ; immédiatement après comme 1 : 700. (*Blätter f. Klin. Hydroth.*, 1, 1894.)

Hématomyélie. — M. Minor a communiqué, à la Société de psychiâtrie et des maladies nerveuses de Moscou, le 17 décembre 1893, trois cas d'hématomyélie. Chez un de ses malades, à la suite d'une chute d'un lieu élevé, est survenue une perte de connaissance durant une demi-heure, puis une hémiplégie gauche avec parésie du membre inférieur droit, anesthésie thermique commençant en avant à la deuxième côte et en arrière à l'angle inférieur de l'omoplate, analgésie bilatérale depuis les aines, sensibilité du tact conservée sur tout le corps. Pendant l'évolution de la maladie, les muscles splénius et le petit dentelé du côté droit se sont atrophiés. Au bout de deux mois, la sensibilité est complètement revenue, de même que la force dans les membres; mais l'atrophie persistait. Par suite de la marche rapide, de la différenciation des modes de la sensibilité, M. Minor pense à une hématomyélie; la lésion des cornes antérieures explique les atrophies, celle des postérieures, les troubles de sensibilité.

Chez un autre malade, on constatait, à la suite d'une chute, une raideur du cou, avec tuméfaction à sa partie postérieure, myosis et inégalité pupillaire, des pertes séminales le premier jour, puis une paralysie flasque du bras gauche, une parésie du membre inférieur gauche et de quelques muscles du bras droit, perte du réflexe rotulien et enfin abolition des sensibilités à la douleur et à la température de la moitié gauche du corps avec conservation de la sensibilité tactile. En même temps que les mouvements revenaient, les muscles de la main gauche s'atrophiaient et leur électro-contractilité diminuait.

Dans le troisième cas il y avait, outre ces signes, de l'inégalité pupillaire et de la rétention des matières fécales et des urines ; l'atrophie musculaire était plus étendue.

Le rapporteur trouve que des cas analogues peuvent facilement être confondus avec une syringomyélie ; pour faciliter le diagnostic, il propose la division suivante (en commençant par les cas les plus simples) : 1° paralysie à type Brown-Séquard; atrophie musculaire d'un côté, troubles de sensibilité de l'autre ; 2° atrophie des muscles des membres supérieurs, troubles de sensibilité à partir des deuxième et troisième côtes ; 3° l'atrophie et l'anesthésie occupent les deux membres supérieurs ou bien un seul et même membre supérieur. (*Wratsch*, 2, 1894.)

Action de la podophyllotoxine. — M. Spindler a étudié sur l'homme et les animaux l'action de la *podophyllotoxine*, extraite par le professeur Podvissotski de la podophylline. Les expériences sur les animaux ont démontré que cette substance est éliminée, sans aucune modification, par les fèces; elle n'augmente pas le péristaltisme intestinal et appartient au groupe des purgatifs énergiques qui congestionnent la muqueuse intestinale. Administrée à petites doses, la podophyllotoxine n'amène aucun phénomène inquiétant. A grande dose, elle amène chez les chiens des vomissements une heure et demie à deux heures après l'administration; une demi-heure après, selles d'abord normales, puis diarrhéiques, bientôt mêlées à du sang, enfin du sang pur; il se montre une grande faiblesse, parésie des extrémités, un tremblement de tout le corps et enfin survient la mort.

A l'examen, hémorragies multiples de l'intestin grêle et néphrite parenchymateuse, mais rien à l'estomac. La podophyllotoxine ne dissout pas les hématies, mais a un pouvoir considérable de transformer l'oxyhémoglobine en méthémoglobine.

Chez les constipés, 2 à 3 centigrammes de podophylline en pilules (contenant 20 à 30 p. 100 de podophyllotoxine) pris le soir, ou bien la solution alcoolique à 1 p. 100 de podophyllotoxine à dose de XX à XXX gouttes (1 milligramme) amenaient des selles normales pendant huit jours, rarement il fallait répéter la dose. C'est donc un bon laxatif, doux, n'amenant pas de constipation ultérieure, mais qui ne peut être employé comme purgatif énergique. Son injection hypodermique est très douloureuse. (*Wratsch*, 2, 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 15 mai 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Sur la virulence du vaccin animal. — M. HERVIEUX communique à l'Académie une note sur la virulence du vaccin animal, qui se termine par les conclusions suivantes :

La virulence du vaccin animal se manifeste par des phénomènes locaux et généraux dont l'intensité peut être modifiée par l'âge de la génisse, son développement, son état de santé, le siège et le nombre de ses scarifications.

La lymphe fraîche est, malgré sa virulence, ou plutôt en raison de sa faible virulence, une des meilleures préparations vaccinales qu'on puisse mettre en usage pour l'inoculation des jeunes bovidés.

La lymphe fraîche est préférable pour cette inoculation au mélange de la lymphe avec la pulpe, malgré la supériorité de ce mélange au point de vue de la virulence.

La lymphe défibrinée ancienne doit être abandonnée en raison de l'atténuation progressive de sa virulence et des accidents de suppuration auxquels elle peut donner lieu.

La pulpe glycérinée, que l'intensité de sa virulence rendait peu propre à la vaccination des jeunes bovidés, peut, une fois purifiée par le vieillissement, être employée pour ces animaux; mais il n'est pas exact de dire qu'elle produit invariablement la plus pure vaccine.

La pulpe desséchée est abandonnée aujourd'hui en raison de la dépense de matière pulpeuse qu'exige sa préparation et des dangers auxquels elle expose.

Les vaccinations humaines sont habituellement pratiquées, soit avec la lymphe puisée de pis à bras, soit avec la

pulpe glycérinée. Les divergences qui existent entre les auteurs sur la valeur de ces deux procédés s'expliquent par les conditions différentes dans lesquelles l'un ou l'autre de ces deux procédés peut être effectué.

L'utilité des micro-organismes rencontrés dans le vaccin animal paraît douteuse, puisque la virulence persiste après leur disparition.

DISCUSSION

M. VALLIN trouve la pulpe glycérinée supérieure à la lymphe fraîche. Celle-ci, en effet, est moins homogène et contient des fragments de tissu cellulaire dont la pénétration sous la peau est impossible. En outre, on peut pratiquer un bien plus grand nombre de vaccinations dans le même temps, avec la pulpe glycérinée qu'avec la lymphe d'inoculation de pis à bras. Enfin, la pulpe glycérinée est d'un transport facile. Il n'en est pas de même d'une génisse.

M. COLIN fait observer qu'à l'institut vaccinal de Lyon on ne se sert de la pulpe glycérinée qu'après deux ou trois mois de conservation. Cette manière de procéder a, jusqu'ici, toujours donné les meilleurs résultats.

M. CHARPENTIER ajoute que MM. Chambon et Saint-Yves Ménard tendent de plus en plus à se servir de pulpe glycérinée ancienne, qui paraît donner des résultats parfaits.

M. VALLIN pense qu'il ne faudrait pas trop laisser s'accréditer dans le public cette opinion que la pulpe ancienne est préférable. Elle peut contenir des principes septiques et, avant de la préconiser, il serait sage de multiplier les expériences sur les animaux.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique obstétricale (1), par M. le docteur AUVARD.

Sous ce titre, M. Auvard vient de faire paraître un petit volume d'environ 200 pages appelé, croyons-nous, à rendre de grands services aux praticiens qui ne se livrent pas exclusivement aux accouchements, mais qui, souvent, sont obligés d'en faire dans leur clientèle.

Les progrès vont si vite, aujourd'hui, dans toutes les branches de la médecine, que le praticien, absorbé par les devoirs de sa clientèle, a quelque peine à se tenir au courant et, n'ayant pas le temps de lire de gros ouvrages, il est bien aise d'avoir à sa portée quelque petit traité facile à consulter et dans lequel il peut aisément trouver, le cas échéant, un bon conseil. C'est à ce desideratum que satisfait pleinement le petit livre de M. Auvard.

Les sujets y sont décrits suivant l'ordre alphabétique, ce qui facilite la recherche et rend toute table inutile. Pour ne pas s'écarter de la simplicité et de la clarté qui sont les deux qualités dominantes de cet ouvrage, M. Auvard a évité toute discussion, tout exposé encyclopédique; il se borne à exposer sa pratique personnelle, qu'il croit, avec quelque raison, la meilleure, puisque c'est celle qu'il a choisie.

Supposons un praticien n'ayant pas eu l'occasion de faire un accouchement, depuis quelque temps, et craignant de s'en tenir à des moyens passés de mode, il n'aura qu'à parcourir le livre de M. Auvard et il y trouvera facilement tout ce qu'il devra faire pour être au point, depuis la préparation du lit, depuis le traitement des accidents du début de la grossesse, jusqu'aux soins consécutifs à l'accouchement, jusqu'à la conduite à tenir dans les complications les plus graves, y compris le traitement de la septicémie puerpérale.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Toutes les opérations obstétricales sont décrites avec soin. M. Auvard insiste un peu plus longuement sur la pelvitomie ou la symphyséotomie, sur laquelle l'attention des accoucheurs a été appelée de nouveau récemment.

Chaque description est accompagnée de figures très bien faites qui la rendent claire et facile à comprendre. La vue seule de ces gravures pourra suffire dans bien des cas pour faire connaître ou rappeler au lecteur un procédé opératoire, l'application d'un instrument, etc.

Dans ce traité, M. Auvard a eu le grand mérite d'être court et clair, tout en étant à peu près complet. A ces divers titres, son livre mérite une place à part dans la bibliothèque ou plutôt sur la table du praticien.

Recherches expérimentales sur les leucocytes (1), par M. E. MAUREL, médecin principal de la marine, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Toulouse.

C'est le huitième fascicule d'une publication dont nous avons, au fur et à mesure de leur apparition, signalé les fascicules précédents. M. Maurel donne, dans ce dernier, un résumé général de ses recherches. On sait qu'il a surtout étudié la résistance vitale des leucocytes. Il est arrivé à cette conclusion que l'organisme succombe, lorsqu'il se trouve soumis à l'action d'agents physiques ou chimiques susceptibles de tuer les leucocytes. Il y a là une notion importante, étant donné qu'on attribue un rôle de premier ordre aux éléments cellulaires dans la lutte de l'économie contre les microbes, et que la question dans les diverses infections paraît être de savoir qui l'emportera des agents pathogènes ou des globules blancs; quand ceux-ci triomphent et survivent, c'est la guérison ; en cas contraire, la mort.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

La blennorragie et ses complications, d'après les dernières données scientifiques et de nombreuses recherches personnelles, par le docteur Ernest FINGER, docent à l'Université de Vienne, traduit avec autorisation de l'auteur, d'après la troisième édition allemande (1893), par le docteur Albert HOGGE, ancien chef de clinique chirurgicale à l'Université de Liège. 1 vol. in-8° avec 36 gravures dans le texte et 7 planches lithographiées hors texte. — Prix : 12 francs. — Paris, Félix Alcan.

Maladies du cœur et tuberculose. Des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux, par le docteur Pierre TEISSIER, interne lauréat des hôpitaux de Paris. 1 vol. grand in-8° de 326 pages. — Prix : 7 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

De l'urétérectomie partielle et totale dans les lésions des uretères avec ou sans altérations des reins. Indications et manuel opératoire, par le docteur Jean LIAUDET, ancien externe des hôpitaux de Lyon. 1 vol. grand in-8° de 174 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le traitement physiologique de la mort, par M. le docteur LABORDE, membre de l'Académie. 1 vol. in-18 illustré. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 17 mai 1894, un concours s'ouvrira le 19 novembre 1894, devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— M. le docteur Bordes est élu membre du Conseil général de l'Aube, pour le canton d'Essoyes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Chauvin (de Saint-Denis-la-Chevasse) ; Chenet, médecin-major de deuxième classe ; Desplas (de Nice) ; Gauthier, au château de la Hévaudière ; Hurtaux (de Luçon) ; Isoard (de Forcalquier) ; Miomandre (de Neuilly-en-Thelle) ; Sénard (de Bénarville) et Soubie (de Cormery).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Billets d'aller et retour de famille* pour les stations thermales de Chamblet-Néris (Néris), Évaux-les-Bains, Moulins (Bourbon-L'Archambault), Laqueuille (la Bourboule et le Mont-Dore), Royat, Rocamadour (Miers), Vic-sur-Cère.

Réduction de 50 p. 100 pour chaque membre de la famille en plus du deuxième.

Il est délivré, du 15 mai au 15 septembre, dans toutes les gares du réseau d'Orléans, sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres (aller et retour compris), aux familles d'au moins trois personnes payant place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes pour les stations ci-dessus indiquées.

Les billets sont établis par l'itinéraire à la convenance du public ; l'itinéraire peut n'être pas le même à l'aller et au retour.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de quatre billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de deux.

La durée de validité des billets, à compter du jour du départ, ce jour non compris, est de 30 jours.

Cette durée peut être prorogée une ou plusieurs fois d'une période de quinze jours. Chaque période de prolongation part de l'expiration de la période précédente et donne lieu à la perception d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet.

La prolongation ne peut être demandée que pour les billets non périmés.

Avis. — Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Les demandes de billets doivent être faites, quatre jours au moins avant celui du départ, à la gare où le voyage doit être commencé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

167. M. Pépin. De la contagiosité de l'amygdalite aiguë. — 168. M. Cruard. De l'emploi du protective de Lister dans le traitement des surfaces bourgeonnantes de niveau. — 169. M. Duffau. Remarques sur la grippe épidémique ou influenza en 1889-90-91-93. — 170. M. Duhamel. Contribution à l'étude du faux goitre exophtalmique. — 171. M. Baraton. Contribution à l'étude des crises gastriques dans la néphroptose. — 172. M. Topart. Étude historique sur le traitement de la diphtérie. — 173. M. Vidal. Contribution au pronostic des lésions chroniques de l'endocarde chez les enfants. — 174. M. Sottas. Myélites syphilitiques. — 175. M. Letang. Note sur un nouveau procédé d'anesthésie locale. Applications thérapeutiques de la méthode et détermination de l'équivalent mécanique de la sensibilité. — 176. M. Peklé. Des arthropathies syphilitiques précoces. — 177. M. Ribel. Contribution à l'étude de la maladie de Friedreich. — 178. M. Lefranc. Les syphilides à cicatrisation chéloïdienne. — 179. M. Théry. Statistique de la mortalité par variole en Angleterre de 1871 à 1892. Bienfaits de la vaccine. Les ligues antivaccinatrices. — 180. M. Darras. Étude statistique sur les applications du forceps chez les multipares. — 181. M. Orrillard. Intervention chirurgicale dans la grossesse extra-utérine lorsque l'enfant est viable. — 182. M. Reynaud. Examen externe du bassin normal en clinique obstétricale. — 183. M. Haas. Contribution à l'étude de l'étiologie générale de la diphtérie. — 184. M. Fiquet. Etude sur les intoxications alimentaires d'origine carnée. — 185. M. Lapeyre. Du traitement des fractures de jambes, sans immobilisation au lit. — 186. M. Danger. De la gastro-entérostomie et des opérations complémentaires destinées à empêcher le reflux de la bile dans l'estomac et l'accumulation des matières dans le cul-de-sac duodénal. — 187. M. Poursain. Les artérites infectieuses. — 188. M. Greuet. Étude théorique et critique des principaux moyens employés pour provoquer et accélérer la dilatation du col pendant le travail de l'accouchement. — 189. M. Colin (P.). De quelques cas d'anesthésie généralisée dans l'hystérie. — 190. M. Grandferry. De la duboisine. Sa physiologie. Son emploi en neuropathologie et en psychiatrie. — 191. M. Tollemer. Polyo-encéphalites supérieures. Ophtalmoplégies nucléaires ou paralysies bulbaires supérieures. — 192. M. Thorain. Essai sur le rapport pathogénique de l'alcoolisme chronique avec la tuberculose pulmonaire. — 193. M. Simon. Étude sur le traitement de la tuberculose pulmonaire par les injections rectales concentrées d'huile créosotée, iodoformée et salolée.

Étude de Me Louis TAMON, avoué licencié à Lourdes, successeur de Me Nivères.

A VENDRE

sur licitation et sur surenchère

(LES ÉTRANGERS ADMIS)

Le **JEUDI 31 MAI 1894**, *à midi et demi, à l'audience des criées du Tribunal civil de Lourdes*

Les IMMEUBLES ci-après

situés à CAUTERETS

(HAUTES-PYRÉNÉES)

1°

UN Gd ÉTABLISSEMENT DE BAINS

connu sous le nom de **Bains du Pré**, avec ses sources, canalisation, baignoires et accessoires, buvette en marbre, salle de douches, bains de pieds, appareils à douche, à humage et à pulvérisation, ainsi que tous autres accessoires servant à l'exploitation.

Mise à prix, deux cent vingt-sept mille six cent dix-sept franc, ci. . 227,617 fr.

2°

UNE MAISON

dite **Grande Maison**, avec grange et cour, sise rue de la Raillère, n° 25.

Mise à prix, onze mille six cent soixante-dix francs, ci. . . . . . 11,670 fr.

Pour extrait :

L. TAMON, *avoué signé.*

REVUE GÉNÉRALE

Des œdèmes aigus primitifs et infectieux du larynx.

Par F. Barjon,
Interne des hôpitaux de Lyon.

I

La nature infectieuse des œdèmes primitifs du larynx est une notion relativement récente et qui ne commence à être bien connue que depuis ces dernières années. Mais si cette notion est maintenant bien admise cliniquement, si on tend de plus en plus à ranger dans le cadre nosologique des maladies infectieuses ces œdèmes primitifs séreux ou phlegmoneux qui s'accompagnent toujours d'un état général plus ou moins grave, la question bactériologique n'est pas aussi nettement tranchée et on ne sait pas encore quel rôle exact il convient d'assigner à chacun des agents infectieux qu'on a rencontrés.

Le petit nombre des observations complètes qu'on possède à ce point de vue spécial demande de nouvelles recherches avant qu'on puisse se prononcer sur la question.

Les œdèmes primitifs du larynx ont été considérés comme assez rares, puisque M. Goix (1), en 1882, n'a pu en réunir que 8 cas dans sa thèse inaugurale et que, trois ans plus tard, Charazac (2) n'en publiait encore que 21.

Cependant ces œdèmes étaient déjà connus depuis longtemps, puisqu'on les retrouve indiqués dans les ouvrages du commencement du siècle.

Miller (3), Sestier (4), Tobold (5) en donnent une bonne description clinique.

Radcliffe (6), le premier, puis M. Gaucher (7) font intervenir l'érysipèle dans l'étiologie de certains œdèmes et nous verrons que Massei (8) [de Naples] a repris depuis cette idée et a publié plusieurs observations de faits semblables.

Signalons encore Smith (9), Merklen (10), Moure (11) et Fredet (12) et, plus récemment, Ziegler (13), Richards (14), Gerling (15), Massei dans sa communication au Congrès de Berlin, en 1890.

Mandelstamm (16), dans sa thèse inaugurale, Garel (17) [de Lyon], Sokolowski (1) et Brown (2), et M. A. Dudefoy (3), dans une thèse récente inspirée par M. Merklen.

La division des œdèmes du larynx en œdèmes primitifs et secondaires est très complètement exposée dans la thèse de Charazac et cet auteur indique même une subdivision des œdèmes primitifs en deux catégories distinctes, suivant qu'on y observe ou non de la suppuration.

Cette division semble répondre aux diverses formes que décrivent les laryngologistes : l'œdème avec suppuration correspond aux cas décrits sous les noms d'*abcès du larynx*, *abcès rétro-laryngés*, *laryngite phlegmoneuse* (Bouillaud-Ziemsen et Goix).

L'œdème séreux moins grave répond à ce qu'ont décrit Radcliffe, Ziegler et Massei sous le nom d'*érysipèle primitif du larynx*; Garel, sous le nom d'*œdème aigu infectieux bénin*.

Ces deux formes diffèrent d'une manière considérable, surtout au point de vue du pronostic.

Dans la forme suppurée, la mort est la règle, la guérison exceptionnelle.

Dans la forme séreuse, au contraire, la mort est rare et, pour ainsi dire, le fait d'un accident ou d'une complication.

II

Étiologie. Pathogénie. — Les causes occasionnelles des œdèmes primitifs du larynx sont encore peu connues. M. Goix ne consacre pas un chapitre spécial dans sa thèse à l'étiologie; il invoque seulement l'action du froid.

Mandelstamm ne signale également que le froid et c'est en effet la cause occasionnelle que l'on trouve le plus souvent invoquée dans les observations.

La fatigue vocale, les corps étrangers du larynx ont pu être aussi le point de départ des accidents. Signalons enfin les traumatismes du larynx comme dans le cas de M. Fredet (4) qui donna lieu à une expertise médico-légale.

Dès 1885, nous trouvons consignées dans le *Bulletin de la Société d'otologie et de laryngologie* deux nouvelles opinions pour expliquer la genèse des accidents. Celle de Moura qui voit le point de départ dans « une inflammation de quelque glandule muqueuse prenant l'aspect d'un petit furoncle » et celle de Garel qui émet l'hypothèse de l'origine parasitaire des accidents.

Cette dernière est à peu près universellement admise aujourd'hui, reste à s'entendre sur la nature des germes actifs.

Parmi eux, le streptocoque et le pneumocoque ont fait surtout l'objet des recherches.

Barbacci (5) a signalé également des spirilles qui furent trouvés dans un abcès laryngé à l'exclusion de tout autre micro-organisme. Toutes les tentatives de culture et d'inoculation aux animaux échouèrent. L'auteur pense que ces spirilles étaient des *spirochætes* décrits par Mieley dans le mucus buccal et que c'est à eux qu'il faut attribuer la production du pus.

Le streptocoque a été retrouvé par Israël dans le pus du

(1) Goix. *Laryngite phlegmoneuse*, Th. de Paris, 1882.
(2) Charazac. *Œdèmes de la glotte*, Th. de Bordeaux, 1885.
(3) Miller. *Mémoire sur la laryngite purulente*, Th. de Paris, 1832.
(4) Sestier. *Traité de l'angine laryngée œdémateuse*, Paris 1852.
(5) Tobold. Larynx abcess, *Berlin. klin. Wochens.*, 1864.
(6) Radcliffe. Érysipèle de la face, œdème laryngé, trachéotomie, *The Lancet*, 1835.
(7) Gaucher. Érysipèle de la face, du pharynx, du cou, du larynx, *Progr. méd.*, 1878.
(8) Massei. *Eresipella delle laringe*, Naples 1885.
(9) Smith. Abcès des replis ary-épiglottiques, *Arch. of Med. New-York*, 1879.
(10) Merklen. Abcès rétro-pharyngien. Œdème de la glotte, *France méd.*, 1880; — Abcès rétro-laryngés primitifs, Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1890.
(11) Moure. Œdème aigu primitif des replis ary-épiglottiques, *Rev. mens. de laryngol.*, 1880; — *Recueil clinique sur les maladies du larynx*, 1884.
(12) Fredet. Épiglottite suppurée, œdème de la glotte, asphyxie, *Union méd.*, 1885.
(13) Ziegler. Érysipèle primitif du larynx, *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1880.
(14) Richards. Abcès du larynx, *Amer. Journ. of Med. Sc.*, mai 1890.
(15) Gerling. Érysipèle du larynx, *New-York Med. Monats.*, 1890, II, 1.
(16) Mandelstamm. *Abcès rétro-laryngés primitifs*, Th. de Paris, 1891.
(17) Garel. Abcès rétro-laryngé, pneumonie, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1885; — Œdème aigu infectieux bénin du larynx, *Idem*, 1891.

(1) Sokolowski. Érysipèle du larynx, *Arch. internat. de laryngol.*, 1893.
(2) Price Brown. Abcès du larynx, *Med. Record*, 12 août 1893.
(3) Dudefoy. *Étude sur le phlegmon infectieux pharyngo-laryngé*, Paris 1893.
(4) Fredet. Loc. cit.
(5) Barbacci. Une forme singulière d'abcès laryngé, *Lo Sperimentale*, 31 juillet 1893.

pharynx et dans la rate (observations présentées par Merklen à la Société médicale des hôpitaux 1890).

Frænkel a trouvé aussi des streptocoques, mais dans des cas qui diffèrent un peu cliniquement.

Enfin, dans un cas de Hanot, il y avait également une pleurésie purulente à streptocoques.

Massei (de Naples), dans les œdèmes qu'il décrit sous le nom d'érysipèle primitif du larynx, pense que le streptocoque de Fehleisen est la cause efficiente, mais il a renoncé à en faire la preuve expérimentale devant les difficultés des recherches bactériologiques.

A. Fasano (1) a confirmé par l'étude bactériologique l'existence de l'érysipèle primitif du larynx. Il cite deux observations dans lesquelles il fit l'autopsie et trouva dans le larynx une grande quantité des streptocoques décrits par Fehleisen comme étant les microbes de l'érysipèle.

Rylandt, le premier, attira l'attention sur la nature érysipélateuse de certains accidents œdémateux secondaires venus du pharynx ou des amygdales par propagation.

Récemment Sentdner, faisant des recherches bactériologiques sur l'angine folliculaire, a constaté l'existence de streptocoques pyogènes et érysipélateux et en conclut qu'un érysipèle du larynx peut se développer à la suite d'une angine lacunaire.

Un cas de Sokolowski (2) confirme cette opinion. L'auteur ajoute : « On voit souvent un œdème léger du larynx ayant son point de départ dans une angine lacunaire; mais ne peut-on admettre que ces inflammations laryngées œdémateuses à marche bénigne ne soient autre chose qu'une légère infection par le streptocoque, en un mot un érysipèle bénin du larynx ? »

Le pneumocoque a été également rencontré dans les œdèmes primitifs. M. Garel avait soupçonné sa présence, en 1885, dans l'observation qu'il publia dans les *Annales des maladies de l'oreille et du larynx*, mais ne fit pas de recherche bactériologique. Cette recherche a été faite par M. Josserand (3) en 1890 et par nous-même dans un cas récent (4). Ces deux observations ont, entre elles, une grande analogie et semblent répondre à un type clinique bien spécial, qu'on pourrait désigner sous le nom d'*œdème aigu rétro-laryngé à pneumocoques*.

La complication pulmonaire (pneumonie), qui en fait l'intérêt principal, avait déjà été notée dans l'observation de M. Garel. C'est en se basant sur ce premier cas que l'auteur put faire un diagnostic ferme d'emblée et annoncer d'avance la pneumonie dans les deux observations que nous venons de rappeler.

Nous trouvons encore la pneumonie signalée dans deux autres observations dues à MM. Dorange (5) et Thornton (6), dans lesquelles l'examen bactériologique n'a pas été fait, mais qui paraissent bien devoir être rattachées, par leur allure clinique, à l'œdème infectieux primitif du larynx par pneumocoques.

(1) Fasano. *Bollettino delle maladie dell' orecchio, della gola, del naso*, 1er sept. 1887.

(2) Sokolowski. Quelques observations d'érysipèle du larynx, *Arch. internat. de laryngol.*, 1892.

(3) Josserand. Abcès rétro-laryngé à pneumocoques, *Prov. méd.*, 1890.

(4) Barjon. Nouveau cas d'abcès rétro-laryngé à pneumocoques, *Province méd.*, 1891.

(5) Dorange. Laryngite œdémateuse, trachéotomie, pneumonie, *Arch. de méd. milit.*, 1892.

(6) Thornton. Pneumonie lobaire avec laryngite œdémateuse, *The Lancet*, 12 août 1893.

M. Netter a rencontré des staphylocoques dans le pus d'un abcès du larynx. M. Boulloche a rencontré des streptocoques et quelques staphylocoques.

Sénator, Landgraf et Baruch (1) ne signalent aucun micro-organisme spécial dans leurs observations. Ils admettent, du reste, l'origine infectieuse.

Les faits sont encore peu nombreux dans lesquels l'examen bactériologique a été pratiqué. Aussi nous nous bornons à constater que les œdèmes primitifs du larynx sont d'origine infectieuse et que, pour ce qui concerne leur nature intime, on doit incriminer, le plus souvent, des streptocoques ou des pneumocoques, hôtes habituels des cavités nasale et buccale, ainsi que du naso-pharynx.

Le froid, les traumatismes, les corps étrangers et autres causes banales qu'on retrouve dans la plupart des observations, ne doivent plus, dès lors, être considérés que comme des causes occasionnelles qui favorisent la pénétration des germes pathogènes, soit en créant une porte d'entrée, soit en débilitant le sujet. C'est, d'ailleurs, l'opinion que M. Bouchard exprime ainsi dans ses leçons sur les auto-intoxications : « Même la maladie *a frigore* est une maladie infectieuse (2). »

Par quelles voies pénètrent les germes ?

Les pneumocoques, on le sait, ont plus de tendance à suivre les voies naturelles et, comme on en trouve presque constamment dans la cavité buccale à l'état normal, il paraît tout naturel de penser à une infection directe par les voies respiratoires.

L'observation, du reste, confirme pleinement ce mode d'infection par les voies naturelles. Dans les cas à pneumocoques, on assiste, pour ainsi dire, à l'évolution des accidents se montrant progressivement de haut en bas sur tout le trajet des voies aériennes.

Les streptocoques se propagent, au contraire, le plus souvent, soit par les vaisseaux sanguins, soit par les lymphatiques. C'est à eux que s'applique plus particulièrement l'opinion de M. Bouchard : L'inoculation se fait par les voies sanguines et lymphatiques (infection générale) et les germes viennent ensuite se localiser plus particulièrement sur tel ou tel point faible : l'amygdale (amygdalites infectieuses, fièvre amygdalienne), le larynx (œdème aigu primitif), etc.

Quant aux complications pulmonaires qui succèdent à ces différentes infections, elles doivent être provoquées par un mécanisme pathogénique analogue.

Au pneumocoque, correspond la pneumonie lobaire franche; au streptocoque, sont dues plutôt des bronchopneumonies à formes diverses.

Les œdèmes primitifs sont assez rares chez l'enfant, on les rencontre plutôt à l'âge adulte, entre vingt et quarante ans. Ils s'observent plus souvent chez l'homme que chez la femme, d'après les observations publiées.

Au point de vue de la saison, le printemps et surtout l'automne paraissent devoir être incriminés. Octobre et novembre sont les deux mois qui présentent le plus grand nombre de cas. Les autres sont répartis à peu près également entre février, mars et avril.

III

Anatomie pathologique. — La lésion dominante consiste dans l'infiltration œdémateuse du larynx, infiltration qui se

(1) Senator, Landgraf, Baruch. *Berl. Klin. Wochens.*, 1888.

(2) Bouchard. *Leçons sur les auto-intoxications*, p. 7.

développe surtout dans les points où le tissu cellulaire est le plus abondant. Ce sont par ordre de fréquence : les replis ary-épiglottiques, glosso-épiglottiques, les aryténoïdes, l'épiglotte et les bandes ventriculaires. Les cordes vocales sont très rarement œdématiées.

Quant aux autres parties du larynx, elles ne présentent aucune lésion dans les œdèmes primitifs infectieux. Les cartilages, en particulier, qui sont si souvent le point de départ des œdèmes secondaires (chondrite et périchondrite), sont absolument sains.

Le siège de l'œdème est variable, le plus souvent, il est sus-glottique avec prédominance dans la région aryténoïdienne ou épiglottique, mais, dans quelques cas, il tend à empiéter au-dessous de la glotte et à envahir la trachée et même les grosses bronches.

L'unilatéralité a été notée aussi dans un certain nombre d'observations. Le liquide infiltré est tantôt séreux, tantôt purulent. Parfois, on note une sérosité louche intermédiaire aux deux états précédents.

La nature du liquide sert à différencier, au point de vue anatomo-pathologique, l'œdème séreux du phlegmon laryngé.

Dans le phlegmon laryngé, on a affaire à un abcès qui siège le plus souvent dans la région rétro-laryngée. L'œdème est dur, tendu ; la muqueuse très rouge, l'épiglotte épaissie et déformée ; la glotte réduite à une fente plus ou moins étroite.

Dans la plupart des cas, on a noté l'intégrité parfaite des cordes vocales. Dans plusieurs observations on insiste même sur la blancheur nacrée de ces cordes ; dans quelques autres, on signale une légère rougeur.

Le pus de l'abcès laryngé est un pus crémeux bien lié qui présente tous les caractères du pus phlegmoneux. C'est lui qui contient les germes pathogènes et de lui qu'il convient de se servir pour faire un examen bactériologique, des cultures ou des inoculations aux animaux.

La collection purulente s'ouvre spontanément, ou par suite d'une intervention dans les voies respiratoires. On a signalé son ouverture dans l'œsophage ; elle n'a jamais aucune tendance à s'ouvrir à l'extérieur au niveau du cou. Ce dernier est souvent tuméfié et douloureux à la palpation, et cette tuméfaction peut s'accompagner de celle des ganglions lymphatiques et des amygdales.

Dans la forme séreuse, au contraire, l'œdème est mou, gélatineux, tremblotant. C'est pour ainsi dire un œdème sous-muqueux superficiel. Dans un cas de Moure (1) le gonflement œdémateux des deux replis ary-épiglottiques avait l'aspect de deux vessies adossées et qui, pendant les mouvements de phonation, ballottaient comme deux poches remplies de liquide.

La muqueuse présente une couleur violacée, lie de vin. Elle est presque transparente, offrant l'aspect d'une graine de raisin ou d'un polype muqueux.

Les cordes vocales, contrairement à ce qu'on remarque dans la forme phlegmoneuse, sont presque toujours rouges, ou tout au moins rosées.

M. Dudefoy étudie surtout dans l'anatomie pathologique la marche et les limites de l'infiltration œdémateuse ou purulente.

Il analyse à ce sujet les travaux de l'allemand Hajek.

Nous renvoyons à cette thèse pour plus de détails.

(1) Moure. Obs. I de la thèse de Charazac, loc. cit.

Lésions des autres organes. — Dans les œdèmes infectieux on a noté parfois de la pharyngite ; un abcès rétro-pharyngien coïncidant avec une laryngite phlegmoneuse ; de la tuméfaction de la rate ; des lésions rénales : congestion simple ou néphrite parenchymateuse se traduisant cliniquement par une albuminurie presque constante ; des inflammations des bronches. Des lésions pulmonaires surtout. Ces lésions pulmonaires sont variables, Goix les compare à celles qui suivent la section des pneumogastriques.

Dans les observations que nous avons parcourues, on trouve signalés : l'œdème et la congestion, des noyaux de bronchopneumonie disséminés et, enfin, la pneumonie franche. Cette dernière lésion est particulièrement affirmée dans l'observation de M. Garel (1). Les pièces anatomiques furent examinées dans le laboratoire de M. le professeur R. Tripier et on conclut à de la vraie pneumonie fibrineuse mais avec allure particulièrement infectieuse et à hépatisation grise précoce.

IV

Symptomatologie. — L'œdème primitif du larynx est toujours une affection aiguë. Elle débute ordinairement d'une manière brusque par des phénomènes locaux qui deviennent rapidement menaçants et nécessitent, dans certains cas, une intervention d'urgence. Ces symptômes locaux, dans lesquels dominent les phénomènes asphyxiques, s'accompagnent toujours de symptômes généraux graves qui rappellent exactement le cortège des maladies infectieuses.

Pour mettre plus de clarté et de méthode dans l'exposition des symptômes, nous emploierons la division classique en ; symptômes locaux subjectifs et objectifs et en symptômes généraux.

I. *Symptômes locaux.* — A. *Symptômes objectifs. Troubles de la voix.* — La voix ne subit ordinairement que peu ou pas d'altération. Nous avons vu, en effet, au chapitre de l'anatomie pathologique, que les cordes vocales étaient le plus souvent saines ou présentaient parfois un peu de rougeur seulement.

Les troubles vocaux, lorsqu'ils existent, sont d'ordre purement mécanique et, par suite, de courte durée. Ils consistent en une dysphonie ; un timbre de voix spécial, voix couverte profonde ; ou même une aphonie passagère qui coïncide avec le moment précis où l'œdème présente son maximum. Dans quelques cas on observe un peu d'enrouement symptomatique d'une laryngite concomitante, mais le plus souvent en quelques jours la voix retrouve son intégrité complète.

Troubles de la respiration. — Ceux-ci sont beaucoup plus importants et beaucoup plus graves.

La gêne de la respiration s'établit d'une façon progressive. Elle est d'abord presque insensible ; puis l'inspiration devient sifflante, pénible, l'air ne pénètre qu'avec un certain effort inspiratoire à travers la glotte rétrécie. L'expiration est encore libre. Un peu plus tard la gêne s'étend aussi à l'expiration, la dyspnée devient très vive, les accès de suffocation apparaissent et l'asphyxie semble imminente.

Dans d'autres formes, les accidents asphyxiques apparaissent d'emblée. Les accès de suffocation sont provoqués

(1) Garel. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1885.

par les causes les plus banales en apparence. L'ingestion de quelques gouttes de liquide; l'introduction de l'abaisse-langue ou du miroir laryngoscopique dans la cavité buccale; le toucher digital rétro-pharyngien surtout suffisent à produire des crises de dyspnée. L'élément spasmodique qui, dans ces circonstances, s'ajoute d'une manière constante aux troubles mécaniques, contribue à rendre ces accidents particulièrement dangereux.

Pendant le jour, l'asphyxie est relativement moins à craindre, car l'effort de la volonté, intervenant d'une façon continue, arrive à proportionner le jeu respiratoire à l'étroitesse de la fente glottique. Mais pendant la nuit, lorsque le malade sommeille, l'effort musculaire se ralentit, le diaphragme seul continue son rôle inconscient et les accès de suffocation qui se produisent alors par insuffisance fonctionnelle sont des plus redoutables. L'asphyxie en est parfois la conséquence.

La dyspnée s'accompagne fréquemment comme dans le croup de tirage sus et sous-sternal. Le cornage est moins fréquent. Dans la forme phlegmoneuse, l'issue au dehors de la collection purulente fait cesser les accidents immédiats.

Troubles de la déglutition. — Ils sont parfois assez marqués. Ils consistent surtout en dysphagie douloureuse et gêne mécanique de la déglutition.

Dans les œdèmes peu intenses, ces troubles sont insignifiants. Dans les formes graves ils peuvent gêner l'alimentation du malade et entraver le traitement. La douleur est provoquée par la compression de l'épiglotte œdématiée et surtout de la région rétro-laryngée, siège habituel des collections purulentes. Lorsque l'abcès est étendu, il peut, en outre, comprimer la partie supérieure de l'œsophage et s'opposer mécaniquement à la déglutition. L'œdème s'étend dans quelques cas aux parois du pharynx, aux piliers et à la luette et provoque un état nauséeux très pénible, obligeant le malade à expectorer presque continuellement un mucus épais et filant, légèrement blanchâtre.

Douleur. — La douleur est un phénomène inconstant. Elle n'est jamais très vive au début, presque tous les malades accusent un chatouillement à la gorge. A celui-ci fait place une sensation de brûlure, puis de corps étranger, une sensation de boule qui obstrue le larynx. Ce phénomène ne s'accompagne d'ailleurs d'aucun des stigmates qui caractérisent la sensation de boule hystérique. Dans les cas graves on a noté aussi une douleur diffuse dans la région cervicale qui s'exaspère à la palpation.

La toux est peu fréquente au début. Elle se montre surtout plus tard à la période des complications bronchiques et pulmonaires et revêt alors les caractères qui la distinguent dans ces diverses complications.

L'expectoration. — L'expectoration est d'abord muqueuse, filante, blanchâtre, puis, dans la forme phlegmoneuse, elle devient brusquement purulente au moment où se vide la collection. L'issue du pus se fait ordinairement par une sorte de pseudo-vomique plus ou moins abondante.

A la suite d'une quinte de toux, le malade se sent brusquement la bouche remplie de liquide et évacue dans son crachoir un pus phlegmoneux bien lié, mélangé à du mucus.

Tantôt l'évacuation se fait tout entière en une seule fois et il est impossible de retrouver du pus dans les crachats au bout de quelques heures; tantôt, au contraire, le malade continue à expectorer pendant plusieurs jours des crachats muco-purulents. D'autres fois aussi, lorsque l'abcès est petit ou ne contient que peu de pus, son évacuation peut passer complètement inaperçue et l'abcès n'être diagnostiqué que par l'examen laryngoscopique montrant la fistule par où s'est fait jour la collection.

Ce qu'il importe de remarquer, c'est qu'à cette évacuation fait suite une rémission immédiate de tous les accidents aigus.

La respiration redevient plus facile, l'aphonie disparaît, la déglutition s'opère mieux et le malade ressent un bien-être général.

Ces faits montrent quelle importance il faut attribuer à la compression mécanique dans la production des accidents et encouragent, au point de vue thérapeutique, à intervenir chirurgicalement pour les faire cesser par l'évacuation artificielle de la collection.

B. *Symptômes objectifs.* — Les symptômes objectifs sont fournis par l'examen clinique du malade.

Inspection. — Au moment de la période asphyxique, le malade présente un faciès angoissé et de la cyanose des lèvres et des extrémités.

Il se tient assis sur son lit cherchant un point d'appui pour favoriser le jeu de ses muscles inspirateurs. Dans les mouvements d'inspiration, on constate du tirage abdominal sus et sous-claviculaire.

La respiration est bruyante, sifflante; le malade indique que l'obstacle siège au niveau du cou et y porte brusquement la main comme pour l'en arracher (Trousseau), dans les formes graves, œdème et empâtement du cou.

Parfois, à l'examen de la gorge, un léger œdème de la luette, de la rougeur du pharynx, des piliers et du voile, mais tous ces signes sont inconstants.

La palpation fournit un symptôme extrêmement important qui consiste dans l'*abolition du craquement laryngo-vertébral.* A l'état normal, si on saisit le larynx entre ses doigts et qu'on lui imprime des mouvements de latéralité en ayant soin d'appuyer légèrement contre la colonne, on produit un craquement très sensible provoqué par le ressaut des pièces cartilagineuses du larynx contre la face antérieure des corps vertébraux.

Dans les œdèmes laryngés, l'infiltration de la partie postérieure du larynx forme comme un coussinet isolant qui empêche le craquement de se produire.

Ce signe est constant dans la forme phlegmoneuse ou abcès rétro-laryngé. Dans les œdèmes séreux, il peut manquer quelquefois ou du moins se manifester d'une façon incomplète. Le craquement persiste, mais il est affaibli.

L'engorgement ganglionnaire de la région cervicale a été signalé dans un très petit nombre d'observations. C'est en somme un symptôme rare.

Le *toucher digital* peut fournir d'excellents renseignements pour le diagnostic, c'était même autrefois, avant la période laryngoscopique, une manœuvre indispensable. Le doigt indicateur introduit dans l'arrière-gorge arrivait sur l'épiglotte qui se présentait sous la forme d'un gros bourrelet œdématié.

Actuellement on tend de plus en plus à abandonner cette manœuvre. En effet, on ne peut avoir ainsi que des renseignements très vagues. On sait que l'on a affaire à un œdème du larynx, mais on ne sait rien de précis au point de vue du degré de sténose laryngée et des indications qui en résultent. L'examen laryngoscopique est bien préférable.

De plus, le toucher digital peut être dangereux, car c'est une intervention en quelque sorte brutale chez un dyspnéique pouvant être le point de départ de réflexes et de spasmes qui provoquent des accès de suffocation.

L'auscultation donne peu de renseignements; elle est, du reste, considérablement gênée par le sifflement laryngien continu, qui masque les bruits de la respiration.

On note parfois un peu de diminution du murmure vésiculaire; quelques râles d'œdème vers les bases et des signes de bronchite dans les deux tiers supérieurs du poumon. Les complications pulmonaires fournissent les signes propres à chacune d'elles (congestion, pneumonie, broncho-pneumonie).

Examen laryngoscopique. — Cet examen est très important. Il est malheureusement encore trop rarement pratiqué, soit par manque d'habitude, soit par défaut d'outillage. Aussi ce n'est guère que dans les observations publiées par les spécialistes que cet examen est bien décrit.

Les différentes parties du larynx peuvent participer à l'infiltration. L'épiglotte, qui se montre la première à l'examen, présente ordinairement l'aspect d'un gros bourrelet rouge et épaissi. Sa surface est quelquefois irrégulière et comme bosselée. Elle peut revêtir des formes diverses; tantôt aplatie en gouttière, ne laissant plus qu'une fente plus ou moins étroite pour le passage de l'air; tantôt arrondie et présentant l'aspect en Ω ou en phimosis.

La conformation intérieure est toujours sensiblement modifiée. On constate l'effacement des replis glosso-épiglottiques et ary-épiglottiques. Les aryténoïdes sont augmentés de volume et présentent une surface rouge enflammée plus ou moins tendue. Parfois, un seul aryténoïde participe à l'inflammation et l'œdème reste unilatéral, ou du moins prédomine d'un côté.

Les bandelettes ventriculaires se présentent sous la forme de gros cordons rouges qui tendent à se rejoindre sur la ligne médiane et recouvrent plus ou moins complètement les cordes vocales.

Celles-ci, dans quelques cas, sont très difficiles à apercevoir. Elles se découvrent parfois en partie dans leur tiers postérieur, au moment des efforts de phonation; mais on n'arrive jamais à les voir dans toute leur longueur. Ces cordes, du reste, ne participent pas à l'infiltration œdémateuse, à part de très rares exceptions. On a signalé de la rougeur diffuse; mais, dans le plus grand nombre des cas, elles sont parfaitement saines.

On a voulu prêter à l'examen laryngoscopique les mêmes dangers qu'à l'exploration digitale au point de vue des accès de suffocation. Il est bien certain que cet examen, pratiqué sans discernement et par une main inexpérimentée, peut produire les mêmes réflexes que l'exploration digitale; mais fait avec précautions, il ne présente pas de danger. Les malades, d'ailleurs, se prêtent admirablement bien à l'examen, et quoique la chose paraisse paradoxale, personne ne se laisse examiner aussi docilement qu'un malade qui étouffe.

Les quelques risques qu'on peut faire courir au malade, relativement à un accès de suffocation, sont du reste largement compensés par les précieux renseignements que fournit l'examen et la conduite à tenir qui en est la conséquence. On peut, en effet, suivre par là très exactement les progrès de la sténose laryngée et poser d'une façon très nette les indications relatives à la trachéotomie, s'il y a lieu.

II. *Symptômes généraux.* — Les œdèmes primitifs du larynx s'accompagnent constamment de phénomènes généraux. Ce sont, au début, de la courbature, de la céphalalgie et de petits frissons comme dans les maladies infectieuses.

La température s'élève rapidement, atteint 39 degrés et même 40 degrés, et parfois se maintient pendant plusieurs jours à ce niveau.

Elle redescend ensuite graduellement en lysis, ou bien subit plus tard de nouvelles poussées correspondant, soit à une complication pulmonaire, soit à une suppuration à distance. Ces poussées fébriles dans la période de convalescence doivent toujours éveiller l'attention des cliniciens. Un examen complet du malade rendra compte de la complication qui vient de surgir.

Langue ordinairement rouge et sèche. Pouls petit et fréquent, de 100 à 120. Anxiété continuelle, perte de sommeil et constipation.

Les urines présentent les caractères des urines fébriles; elles sont rares, foncées en couleur, parfois sédimenteuses, contiennent des urates et de l'albumine. L'albumine peut même persister assez longtemps (pendant quinze jours à trois semaines).

La convalescence est toujours longue et traînante dans les formes graves. On voit que le malade vient de subir une intoxication profonde.

V

Formes cliniques. Leur diagnostic différentiel. — La laryngite phlegmoneuse et l'œdème séreux sont les deux types principaux que peuvent revêtir les œdèmes primitifs du larynx.

Ces deux formes diffèrent cliniquement par plusieurs caractères et le diagnostic différentiel peut être fait au lit du malade.

Dans le *phlegmon laryngé*, l'œdème est plus dur, plus tendu, plus franchement rouge. Les cordes vocales sont très souvent saines. Le cou est parfois un peu gonflé. Les symptômes généraux plus accentués. Les urines contiennent toujours de l'albumine.

Lorsque le pus se fait jour au dehors, sous forme de vomique, le diagnostic est confirmé.

Cette forme revêt cliniquement l'allure d'une infection profonde. Les complications y sont fréquentes, surtout les complications pulmonaires : congestion pulmonaire, pneumonie dans les formes à pneumocoques, broncho-pneumonies dans les formes à streptocoques.

On a signalé aussi des foyers de suppuration secondaires : abcès du cul-de-sac vaginal, abcès de la paroi abdominale; des manifestations du côté de la plèvre et surtout un état général grave adynamique qui montre que l'organisme est profondément atteint par l'infection.

Dans l'*œdème séreux*, on constate à l'examen laryngoscopique un œdème mou, gélatineux, tremblotant sous l'influence du courant d'air et d'aspect translucide. La muqueuse est comme boursouflée et présente une coloration livide, violacée, vineuse (aspect de graine de raisin).

Plusieurs auteurs insistent sur cette coloration spéciale livide de l'œdème séreux, entre autres Ziegler (1) dans l'observation d'un matelot et M. Garel (2) dans son travail sur l'œdème aigu infectieux bénin.

(1) Ziegler. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1889.
(2) Garel. Œdème aigu infectieux, *Ann. des mal. de l'or. et du lar.*, 1891.

Il n'y a pas de gonflement au cou. L'albumine peut manquer dans les urines. Si on pratique des scarifications, il ne s'écoule que du liquide séreux et, à aucune période, on ne constate une expectoration muco-purulente comme dans la précédente.

Cette forme cède rapidement sous l'influence du traitement; les complications y sont rares. Elle évolue souvent parallèlement ou consécutivement à un érysipèle.

Massei, qui décrit cette forme sous le nom d'érysipèle primitif du larynx, insiste, dans sa communication au Congrès de Berlin, en 1890, sur les symptômes suivants qui, d'après lui, servent à la différencier :

1° Boursouflement de la muqueuse très marqué au début; part du tissu adénoïde de la base de la langue pour rejoindre l'épiglotte et les replis ary-épiglottiques; donne lieu à une dysphagie précoce;

2° Facilité de déplacement de l'œdème, qui peut se porter d'un point à l'autre du larynx;

3° Fièvre du début atteignant d'emblée 39 et 40 degrés à marche irrégulière et à rémission rapide.

VI

Pronostic. Marche. Durée. Terminaison. — Le pronostic est très grave dans la forme phlegmoneuse. Sur les 8 cas rapportés dans la thèse de M. Goix, 7 se sont terminés par la mort.

Mandelstamm, dans sa thèse sur les abcès rétro-laryngés, cite 12 nouvelles observations, parmi lesquelles 9 cas se sont terminés par la mort et 3 par la guérison.

Dans la forme séreuse, au contraire, la guérison est bien plus fréquente et le pronostic moins grave.

Dans quelques cas, rares du reste, la mort se produit, dès le début, subitement, soit par asphyxie précoce, soit par le cœur.

Dans la plupart des cas, l'affection suit sa marche normale et présente alors une durée variable qui peut aller de cinq à six jours dans les cas bénins, à quinze jours, trois semaines, un mois même dans les cas graves, lorsqu'ils se terminent par guérison.

Dans les cas où l'issue est fatale, il nous reste à étudier le mécanisme de la mort. Cette mort peut être sous la dépendance de l'asphyxie ou d'une complication.

Enfin la mort peut se montrer sous forme de mort subite relevant alors d'un mécanisme spécial.

La mort par asphyxie ne présente rien de particulier; c'est une asphyxie mécanique.

Les complications sont surtout les complications pulmonaires, qui tuent à la façon des pneumonies ou des bronchopneumonies infectieuses.

Mais comment expliquer ces morts subites qui sont signalées dans un certain nombre d'observations, se produisant parfois après la trachéotomie, en sorte que l'asphyxie ne peut aucunement être incriminée?

Landgraf (1) pense que cette mort est due à une paralysie du cœur, peut-être par action des toxines sécrétées par les agents infectieux.

Baruch et Senator se rangent à son avis. Dans les cas de Senator, l'autopsie a révélé la présence d'altérations cardiaques anciennes qui ont fait penser à une insuffisance du muscle cardiaque comme cause de la mort.

(1) Landgraf, Baruch, Senator. Loc. cit.

Brown-Séquard (1) explique la mort subite par une irritation mécanique au niveau du larynx, produisant des phénomènes d'inhibition sur les fonctions du cœur, de la respiration et du cerveau.

Ces phénomènes se manifestent par une perte complète de connaissance avec syncope cardiaque et respiratoire.

VII

Diagnostic. — Les œdèmes de la glotte présentent un tableau clinique bien spécial et l'examen laryngoscopique en rend le diagnostic relativement facile. Cependant, dans quelques cas particuliers, on peut observer des accidents aigus qui, à première vue, peuvent en imposer pour un œdème du larynx.

Dans les cas de *paralysie des adducteurs*, on peut observer des symptômes laryngés graves avec menace d'asphyxie. Dans ce cas, l'examen laryngoscopique montrera l'absence d'œdème et la sténose laryngée qui est due au rapprochement des cordes vocales et à leur immobilisation en position cadavérique.

De plus, on retrouvera la cause initiale de cette paralysie, qui est due le plus souvent à la compression des récurrents par un goitre, un anévrysme de l'aorte ou toute autre tumeur. En tout cas, ces faits sont rares, car dans la généralité des observations, ces tumeurs n'ont donné lieu qu'à des phénomènes unilatéraux et très rarement à une paralysie bilatérale.

La *laryngite striduleuse* chez l'enfant peut donner lieu à un diagnostic. Cette affection, du reste, pour quelques auteurs et, en particulier, pour Massei, ne serait que le résultat d'une infiltration laryngée, en sorte qu'on pourrait la ramener à une forme spéciale d'œdème laryngé infantile présentant une allure clinique un peu différente.

Mais qui dit infiltration ne dit pas œdème et, à l'examen laryngoscopique, on pourra retrouver chez les enfants atteints de laryngite striduleuse un peu de catarrhe aigu local avec boursouflement de la muqueuse au niveau des aryténoïdes et des bandelettes ventriculaires, mais jamais à coup sûr on ne verra un œdème vrai. L'épiglotte d'ailleurs est toujours saine. Les crises dyspnéiques présentent également une allure bien particulière. Elles se montrent de préférence la nuit et atteignent d'emblée leur maximum. L'enfant se calme ensuite peu à peu et redevient parfaitement tranquille jusqu'à ce qu'une nouvelle crise se produise. Ces périodes de rémission montrent bien qu'on a affaire à un élément spasmodique encore plus qu'à un trouble mécanique. Elles ne se montrent jamais dans l'œdème du larynx qui suit toujours une marche progressive jusqu'à ce que la mort arrive par asphyxie ou qu'il se produise une détente définitive.

Les *accidents aigus du croup* pourraient bien plus facilement donner lieu à une erreur. Là, en effet, les troubles laryngés présentent une augmentation progressive, mais ils sont aussi entrecoupés de rémissions d'une durée plus ou moins longue et dues au rejet des fausses membranes à la suite des quintes de toux.

La marche de l'affection et l'examen du malade suffiront dans tous les cas à établir une distinction bien nette. La laryngite diphtéritique est rarement primitive, elle succède le plus souvent à une angine à points blancs qu'il est facile

(1) Brown-Séquard. *Bull. de l'Acad. des sc.*, 1887.

de constater. La présence de fausses membranes sur les cordes vocales donne lieu à des troubles de phonation bien décrits : c'est la voix éteinte et voilée à timbre rauque que signalent tous les auteurs. Ceci joint à l'état général qui est toujours grave, à l'engorgement ganglionnaire et à l'albuminurie, pourra suppléer, jusqu'à un certain point, pour le diagnostic, l'examen laryngoscopique qui présente toujours chez les enfants de grandes difficultés. Chez l'adulte, au contraire, cet examen, en révélant la présence des fausses membranes dans le larynx, servira de critérium définitif.

Il nous reste à signaler encore comme diagnostic *certaines formes d'infiltration bacillaire* à marche aiguë ; lorsque cette affection se manifeste, comme une localisation primitive ou soi-disant telle, chez un sujet en apparence bien portant. Dans ce cas, l'infiltration peut être d'emblée assez considérable pour donner lieu à des accidents laryngés aigus et en imposer pour un œdème primitif.

Un cas observé par Chauvel (1) au Val-de-Grâce, en 1887, présente tout à fait ces caractères. Gouguenheim, le premier, a signalé la différence qui existe entre l'œdème vrai et l'infiltration bacillaire. Le diagnostic devra s'appuyer sur la marche ultérieure de l'affection, l'auscultation soigneuse des sommets et la recherche du bacille dans l'expectoration.

Les *œdèmes secondaires* devront être aussi différenciés des œdèmes primitifs ; localement ils donnent lieu aux mêmes symptômes laryngés, mais ils diffèrent par l'allure clinique, l'absence de symptômes généraux et d'albuminurie, exception faite pour les œdèmes des brightiques et des cachectiques. On devra toujours chercher l'affection primitive dont les symptômes seront surajoutés aux accidents laryngés.

Signalons encore les œdèmes aigus secondaires aux maladies infectieuses : scarlatine, variole, rougeole, fièvre typhoïde (laryngo-typhus), etc.

Les *périchondrites* syphilitiques et idiopathiques (plus rares) qui amènent plutôt de l'empâtement, mais pas d'œdème vrai.

Les œdèmes toxiques, surtout ceux provoqués par l'iodure de potassium, cas publiés par Fauvel, Fournier, Huchard et Rosenberg (2), et aussi les œdèmes aigus à la suite de brûlure par ingestion de liquides bouillants (thé).

Quant à la différenciation des œdèmes primitifs entre eux, nous avons suffisamment insisté sur les signes qui permettaient de distinguer la forme phlegmoneuse, ou abcès du larynx ou forme grave, de la forme séreuse ou érysipèle du larynx, ou œdème bénin, nous n'y reviendrons pas.

VIII

Traitement. — Le traitement des œdèmes primitifs est extrêmement important, car si ce sont des affections graves avec des accidents menaçants, ce sont des accidents contre lesquels nous sommes bien armés et contre lesquels, par conséquent, il importe d'agir vite et d'une façon intelligente.

Le traitement devra être local et général. Localement, on interviendra soit à l'extérieur par les révulsifs et les antiphlogistiques, soit à l'intérieur du larynx par des badigeonnages, des pulvérisations, des scarifications ou l'ouverture de la collection purulente. Enfin, aux menaces d'asphyxie, on réservera le tubage dans quelques cas particuliers et surtout la trachéotomie.

A. *Traitement local.* — Parmi les antiphlogistiques, les sangsues sont, le plus souvent, employées. On les placera à la partie antérieure du cou ou sur les parties latérales (4 à 6).

Contre la dyspnée, on emploiera avec succès les sinapismes sur le devant du cou et surtout les compresses chaudes. Ces compresses devront être trempées dans de l'eau à 45 degrés environ et appliquées aussi chaudes que le malade pourra les supporter. Elles devront être fréquemment renouvelées. Les bains de pied sinapisés pourront être employés aussi à titre d'adjuvants et de dérivatifs.

Massei, spécialement dans la forme séreuse (érysipèle du larynx), préconise au contraire la glace intus et extra. On appliquera une vessie de glace sur la partie antérieure du cou et on donnera au malade de petits fragments de glace à sucer, ainsi que des boissons glacées.

On peut employer aussi les tubes flexibles d'étain de Leiter, enroulés sur eux-mêmes, formant une plaque souple qui s'adapte à la partie antérieure du cou. On fait passer à l'intérieur un courant d'eau glacée.

Les interventions sur le larynx consistent, comme nous l'avons dit, en pulvérisations, badigeonnages et scarifications.

Les *pulvérisations* phéniquées sont les plus employées. On utilise la solution à 1/1000 additionnée ou non de glycérine. Les pulvérisateurs à vapeur sont bien préférables, dans ce cas, au pulvérisateur de Richardson.

Ces pulvérisations peuvent avoir, dans certains cas, une grande importance ; elles contribuent à obtenir une antisepsie relative de la région et peuvent, jusqu'à un certain point, s'opposer aux complications pulmonaires.

Dans la forme phlegmoneuse, elles doivent toujours être rigoureusement pratiquées.

Massei recommande plus particulièrement les pulvérisations au sublimé dans l'érysipèle. On se servira, pour cela, de solutions très étendues à 1 p. 2000 ou 1 p. 4000.

Les *badigeonnages* peuvent être faits soit avec des substances caustiques, soit avec des substances antiseptiques, soit enfin avec des anesthésiques.

Les antiseptiques peuvent trouver leur indication dans la forme phlegmoneuse, après l'ouverture du foyer. On peut, avec l'aide du miroir, nettoyer plus complètement la cavité laryngée et porter le tampon antiseptique jusqu'au niveau de l'abcès.

Comme anesthésique, on n'emploie guère que la cocaïne qui, du reste, répond largement à tous les besoins. On se sert d'une solution à 1/10. Ces badigeonnages sont surtout utilisés pour précéder l'emploi d'un caustique ou pour insensibiliser la muqueuse avant de procéder aux scarifications ou à l'ouverture de l'abcès.

La cocaïne agit encore comme vaso-constricteur et, à ce titre, présente une action directe sur la muqueuse œdématiée.

Les principaux caustiques préconisés sont le chlorure de zinc à 1/30 ; le nitrate d'argent à 1/50, peu employés dans ces cas, et surtout la teinture d'iode. La teinture d'iode est employée pure ou mélangée à de l'acide phénique sous forme de collutoire iodo-phénique. Son application est précédée d'un badigeonnage à la cocaïne. Ce procédé donne

(1) Chauvel (Rapport de), *Bull. de la Soc. de chir.*, 1888.
(2) Rosenberg. *Deuts. Med. Wochens.*, 11 sept. 1890.

des résultats merveilleux dans les œdèmes bénins. Sous l'influence du badigeonnage iodé, on voit les œdèmes se flétrir du jour au lendemain et les phénomènes de sténose disparaître.

Dans les cas où les méthodes précédentes ne donneraient pas de résultat, on devrait recourir aux scarifications dans la forme bénigne et à l'ouverture de l'abcès dans la forme phlegmoneuse.

Pour ce faire, on peut avoir recours soit à une lame tranchante, soit mieux au galvanocautère courbe. Après cocaïnisation préalable, on se guidera sur le miroir et on portera l'instrument sur les points où semble prédominer l'œdème. Il suffit de larder de pointes de feu les régions œdématiées pour amener une rémission.

L'ouverture de l'abcès, lorsqu'il existe, provoquera un grand soulagement et fera cesser immédiatement les menaces d'asphyxie.

Dans les cas graves à marche rapide, on n'aura souvent pas le temps de recourir à ces interventions et l'asphyxie imminente obligera à avoir recours d'emblée au tubage ou à la trachéotomie.

Le *tubage* est un procédé qui n'est pas applicable à tous les cas. Lorsque l'œdème est mou, dépressible, qu'il n'est pas trop étendu, on pourra, à la rigueur, introduire un tube de petit calibre; mais, dans les cas d'œdèmes durs, rénitents, lorsque le larynx est complètement obturé, il sera tout à fait impossible d'introduire un tube même de petit calibre.

Le tubage d'ailleurs exige un outillage spécial assez compliqué et qui ne se trouve pas toujours à la portée de l'opérateur. Il sera donc préférable, dans ces cas-là, de recourir à la trachéotomie.

La *trachéotomie* peut être considérée aujourd'hui comme une opération bénigne, presque insignifiante. De plus, dans ces cas d'œdème qui sont des cas aigus, les malades ne seront pas condamnés longtemps à l'ennui de porter une canule, car la perméabilité du larynx sera vite rétablie.

Au bout de six à huit jours, dans la généralité des cas, on peut enlever l'appareil. La cicatrisation rapide de la plaie opératoire ne laissera au malade qu'une légère cicatrice peu apparente.

La trachéotomie est donc l'opération de choix dans le cas d'accidents menaçants et on ne doit pas hésiter à la pratiquer, étant donné, d'une part, la gravité du pronostic si on n'intervient pas, et, d'autre part, la bénignité de cette intervention.

B. *Traitement général.* — Nous avons vu que les œdèmes primitifs ne sont pas seulement une maladie locale, mais encore une maladie générale et infectieuse, il convient donc de leur opposer une médication générale, à la fois tonique et antiseptique.

Gouguenheim insiste sur l'administration des antiseptiques à l'intérieur. Il préconise surtout le salol à la dose de 4 grammes. On peut employer également le naphtol et le salicylate de bismuth.

Les laxatifs, les diurétiques, les purgatifs drastiques trouveront également leur indication.

Mais c'est surtout sur la médication tonique qu'on devra insister.

Certains malades atteints d'œdème laryngé, surtout dans les formes phlegmoneuses (les formes à pneumocoques en particulier), présentent tous les signes d'une infection profonde contre laquelle il importe de réagir.

Les potions de Todd, l'alcool sous toutes ses formes, les excitants diffusibles devront être administrés à hautes doses. On mettra le malade au régime lacté et on cherchera à combattre la dysphagie par des badigeonnages à la cocaïne.

L'alimentation doit être surveillée et assurée à tout prix dans ces formes graves.

Contre la fièvre, on pourra employer la quinine et l'antipyrine, mais en général, la température ne demande pas à être combattue d'une façon particulière, elle cède rapidement avec l'état général.

On devra toujours surveiller les complications, surtout les complications pulmonaires et cardiaques.

Contre la congestion pulmonaire, la pneumonie, la bronchopneumonie, on emploiera les révulsifs thoraciques et le traitement ordinaire de ces affections.

Le cœur devra être soutenu d'une façon toute spéciale, surtout au moyen de la caféine, qui sera administrée soit en potion, soit en injections sous-cutanées, de manière à éviter les accidents de mort subite signalés par Senator et que cet auteur explique par insuffisance du muscle cardiaque.

Conclusions. — 1° Les œdèmes primitifs aigus du larynx sont d'origine infectieuse.

2° Ces œdèmes peuvent être ramenés à deux grandes formes cliniques :

A. Œdèmes séreux { Érysipèle primitif du larynx (Massei). Œdème aigu infectieux bénin (Garel).

B. Œdèmes phlegmoneux : Abcès rétro-laryngés (Bouillaud, Ziemsen, Goix).

3° Ces deux formes peuvent être différenciées cliniquement au lit du malade et cette différenciation est importante pour le pronostic.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de la Charité. *Leçons et Mémoires*, par le professeur Potain et ses collaborateurs Ch.-A. François-Franck, professeur suppléant au Collège de France, A. Vaquez, chef de clinique de la Faculté de médecine, E. Suchard, chef de laboratoire d'anatomie pathologique, P.-J. Teissier, interne des hôpitaux. 1 fort vol. in-8° de 1060 pages avec nombreuses figures dans le texte. — Prix : 30 francs. — Paris, G. Masson.

Manuel des amputations du pied, par G. Roux de Brignoles, professeur suppléant à l'École de médecine de Marseille, chirurgien des hôpitaux, précédé d'une préface de M. L. Ollier, professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon, correspondant de l'Institut. 1 vol., relié toile avec 90 figures et planches. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 59. — MARDI 22 MAI 1894. 67e ANNÉE. MARDI 22 MAI 1894. — N° 59.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 21 mai 1894.

La grande majorité du public médical est restée indifférente, il faut bien le dire, à la surtaxe qui frappait nos confrères affligés d'un appartement dont le prix de location était élevé. C'est que cette mesure fiscale n'atteignait qu'une légère partie du corps médical, 356 docteurs à Paris, 270 en province, soit un vingtième à peine du nombre total des praticiens. C'est qu'en réalité, pour la plupart des nouveaux imposés, leur gros loyer correspondait à une situation médicale grosse de profits et d'honneurs. Aussi, malgré l'iniquité d'une mesure qui frappait indûment ceux de nos confrères à qui une nombreuse famille imposait un appartement trop onéreux, la grande masse des médecins français, non atteinte par l'impôt, se désintéressa de cette nouvelle charge n'atteignant que quelques-uns et les protestations de la Presse médicale restèrent à peu près sans écho.

Mais tout autre est la nouvelle mesure que l'on propose. Celle-ci frappera tous les médecins indistinctement et, toute proportion gardée, elle pèsera davantage sur les humbles. Elle aura pour effet d'élever encore le chiffre des impôts médicaux, quelque soit le chiffre de la recette. Nous voulons parler de la taxe d'habitation proposée pour le budget de 1895. Dans le nouveau projet ministériel, l'impôt sera non seulement basé sur la valeur locative de l'immeuble, mais sur le nombre de domestiques qu'il comporte. Car, chose curieuse, l'impôt ne serait pas même établi sur le nombre *réel* des domestiques, mais sur celui que pourrait nécessiter l'appartement d'après sa valeur locative.

La profession médicale ne peut s'exercer que dans l'habitation même du médecin, et il n'est pas encore entré dans nos mœurs d'avoir l'appartement privé distinct de l'appartement médical. La chose, possible, d'ailleurs, dans les grandes villes, pour les médecins consultants, serait impossible pour les praticiens des villes et des campagnes. Or, le médecin est doublement imposé : comme locataire, il paye sa cote mobilière; comme médecin, il paye sa patente; ses impôts vont être encore augmentés, si le nouveau projet est adopté. Le médecin sera imposé sur ses domestiques (qu'il les ait en réalité ou qu'il ne les ait pas). Son appartement comporte tant de domestiques suivant la catégorie dans laquelle sa valeur locative le classe, le médecin sera imposé d'après ce nombre fictif de domestiques. Peu importe, si, dans cet appartement professionnel et nécessaire, ce ne sont pas uniquement des mains mercenaires qui veillent aux soins du ménage, et si, pour équilibrer le budget, le personnel domestique est restreint au-dessous, même du nécessaire. On a déjà imposé le cheval et le cabriolet du médecin, aujourd'hui on imposera son domestique, même s'il n'en a pas.

Nous ne pouvons que protester contre cet « impôt nouveau », qui exonère le domestique des fermes, l'employé de magasin, le garçon de pharmacie, et qui atteint le domestique des médecins, sous ce prétexte que, le médecin exerçant dans un appartement privé, ses domestiques sont considérés comme attachés à sa personne et non à sa profession. Le domestique du médecin est-il différent du garçon de magasin qui frotte le parquet, brosse les meubles et ouvre la porte, et qui n'est ni considéré comme domestique ni taxé comme tel?

Il a été de nouveau longuement question de l'*érysipèle* à la Société médicale des hôpitaux (11 mai), à propos d'une intéressante communication de M. Catrin, actuellement chargé du service des érysipélateux à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce. Il a particulièrement insisté sur les irrégularités très grandes de l'évolution de cette maladie. La courbe thermique, souvent comparée dans les livres classiques à celle de la pneumonie, en diffère souvent du tout au tout, et, en somme, il n'y a pas de tracé caractéristique. Cela va bien avec les variations si grandes de la durée de l'érysipèle. Cette durée n'est que de quelques jours dans l'érysipèle abortif ou atténué qui peut, à la rigueur, évoluer sans fièvre ; il peut être, en revanche, de trois à quatre semaines dans certains cas d'érysipèle ambulatoire.

On a prétendu que les récidives de l'érysipèle étaient toujours bénignes, grâce à une sorte d'immunisation progressive ; cela n'est pas obligatoire et il peut arriver, ainsi que M. Catrin en signale des exemples, qu'à des séries de quatre, cinq et même dix poussées bénignes, en succède une fort grave. C'est donc surtout avec la virulence variable du streptocoque qu'il faut compter.

La gravité de l'érysipèle dépend dans une large mesure de la résistance des malades. C'est ainsi que dans les hôpi-

taux civils on a pu relever, comme M. Le Gendre, une mortalité de 6,1 p. 100, tandis que, dans l'armée, cette mortalité a pu s'abaisser à 0,7 p. 100. Les malades sont là, pour la plupart, des individus jeunes et vigoureux.

Les statistiques de l'armée peuvent aussi contribuer à démontrer la contagiosité de la maladie, mise en doute par certains auteurs. En effet, les infirmiers militaires fournissent, au point de vue de l'érysipèle, une morbidité double de celle que présentent les soldats des autres corps. Avec M. Laveran, M. Catrin pense que le voisinage d'un érysipélateux peut être dangereux pour des malades atteints d'une affection interne : c'est ainsi que la proximité d'un érysipélateux pourrait amener la suppuration chez un pleurétique couché dans le lit voisin.

Les variations de gravité et d'évolution de l'érysipèle doivent être surtout attribuées aux variations de virulence du streptocoque. Rien d'étonnant, dit M. Catrin, à ce qu'une maladie, aussi capricieuse d'allures, soit attribuable à un microbe d'une virulence si variable, capable de donner lieu à des lésions si différentes les unes des autres. Le streptocoque est, en effet, quelquefois presque inoffensif pour les animaux; d'autres fois, il les tue avec une extrême rapidité. Il peut donner lieu à des suppurations limitées, à la pyohémie, à la lymphangite, à la bronchopneumonie, à l'endocardite, aux différentes formes de l'érysipèle, etc.

C'est, comme le disait plaisamment Peter du pneumocoque, un microbe à tout faire.

C'est par les variations de la virulence que s'expliquent la bénignité ou la malignité des cas et des épidémies. Cette virulence, on peut l'exalter ou l'atténuer expérimentalement : le génie morbide et la constitution médicale, si souvent invoqués par les anciens médecins, ont ainsi pris corps. Il est même très curieux de voir la science moderne interpréter, en les confirmant, ces constatations des cliniciens.

M. Catrin signale comme particulièrement malfaisante la collaboration du streptocoque de l'érysipèle et du bacille de la fièvre typhoïde.

Pour M. Vidal, il faut aussi tenir grand compte du terrain; certainement la virulence du microbe est beaucoup, mais la résistance de l'économie infectée est tout aussi importante.

Nous avons tous dans la bouche du streptocoque ; généralement, il n'est pas très malfaisant, il ne serait guère virulent que 5 fois sur 100, d'après M. Netter, mais, par des pratiques particulières, on peut exalter cette virulence et rendre le streptocoque de la salive humaine capable de produire sur le lapin, son meilleur réactif vivant, les accidents les plus intenses.

L'albuminurie serait une circonstance grave dans l'érysipèle; elle indique, surtout lorsque les urines entraînent des globules rouges et des cylindres, une lésion du rein qui aggrave beaucoup la maladie. M. Siredey, toutefois, a vu récemment deux malades en convalescence, l'un d'une rougeole, l'autre d'une variole grave, guérir d'un érysipèle de la face, malgré la présence d'une assez notable quantité d'albumine dans leur urine. Ces malades n'avaient pas été en contact avec des érysipélateux. Est-ce donc aux streptocoques de leur salive qu'ils devaient l'apparition, en apparence spontanée, de leur érysipèle?

MM. Comby et Rendu citent chacun un cas de *démorphinisation* lente faite avec un plein succès. La malade de M. Comby fut amenée, en vingt-cinq jours, de 50 centigrammes de morphine à zéro. Pendant tout ce temps, elle a pris chaque jour une potion renfermant 10 centigrammes de sulfate de spartéine et 20 centigrammes de caféine. La démorphinisation ne devrait donc pas être toujours et invariablement rapide, comme on l'a soutenu récemment.

Un malade se présente dans le service de M. Netter (1) ; il est dans un état très grave : délire violent, température élevée (40 degrés), congestion pulmonaire. L'existence de cicatrices d'abcès d'origine osseuse et d'une fistule à l'anus fait penser qu'il s'agit d'une poussée de tuberculose aiguë. A l'autopsie, de tubercules nulle part. Dans les organes et dans le sang, on trouve exclusivement le microbe habituel de l'ostéomyélite, le streptocoque.

L'histoire du malade put, par une enquête posthume, être rétablie de la façon suivante : douze ans auparavant, c'est-à-dire à l'âge de quatorze ans, il avait eu tout d'abord un abcès de la paroi thoracique, des suppurations osseuses disséminées et une ankylose consécutive à une arthrite de la hanche. Il est donc à croire que le germe morbide, longtemps latent, s'est réveillé, après une longue période, et a donné lieu à des accidents mortels d'infection générale. Voilà, n'est-il pas vrai, un fait curieux tout à fait en faveur du microbisme latent si chaudement défendu par M. Verneuil.

Ce n'est pas le seul parti que M. Netter ait tiré de cette observation. Au cours de l'autopsie, il se fit une coupure du médius et une érosion de l'annulaire. Deux jours après, survenaient une vésico-pustule de l'annulaire et un petit anthrax du médius ; dans ces lésions, se trouvait aussi le staphylocoque. Il donna lieu à des cultures blanches et à des cultures jaunes, ce qui tend à démontrer que les deux variétés blanches et jaunes peuvent se transformer l'une dans l'autre, puisque, chez le malade, on n'en trouvait que d'une seule couleur. Cela démontre encore de nouveau que le streptocoque, agent pathogène de l'ostéomyélite, peut être la cause d'inflammations beaucoup plus bénignes.

Voilà un exemple d'auto-inoculation qui, bien qu'involontaire, n'en reste pas moins intéressant et méritoire.

M. Marie présente à la Société une myxœdémateuse très améliorée par le corps thyroïde du mouton. Soignée une première fois par des injections de suc thyroïdien, elle n'en avait pas tiré grand bénéfice. Elle fut soumise, par le docteur Canter (de Liège), au corps thyroïde en nature : elle en prit pendant quelque temps deux lobes par jour. C'est là une dose élevée, capable de produire des accidents sérieux et, en effet, on dut la diminuer. En revanche, les effets heureux furent rapides et très accentués. En onze jours, la malade perdit 3kg500. Son facies se modifia complètement, l'état psychique s'améliora; elle put reprendre la direction de son commerce.

Cependant, fait remarquer M. Marie, pour un observateur prévenu, au courant de cet ordre de faits, on peut d'emblée poser encore le diagnostic de myxœdème à cause de la tuméfaction générale de la face qui est encore un peu en pleine lune, de la légère bouffissure des paupières et de la rougeur des joues.

---

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 18 mai.

On sait, depuis longtemps, que les malades atteints de kyste hydatique peuvent avoir de l'urticaire à la suite d'une ponction. Il y a une véritable intoxication hydatique, ainsi que l'a, le premier, démontré M. Debove. M. Achard, qui a étudié autrefois cette intoxication dans un mémoire spécial, rapporte aujourd'hui une observation bien curieuse. Les docteurs Souques et Marinesco faisaient, récemment, à la Salpêtrière, l'autopsie d'un individu qui avait, chose très rare, un kyste hydatique de la moelle; tous deux, les jours suivants, eurent des poussées d'urticaire avec des phénomènes d'embarras gastrique et d'excitation marquée. Le garçon d'amphithéâtre eut une forte diarrhée et de la stomatite. M. Achard pense que, chez tous trois, il s'agissait d'une intoxication hydatique due à la simple manipulation du kyste de la moelle dans la salle d'autopsie.

M. Galliard fait voir les pièces anatomiques d'une jeune femme de vingt-sept ans, atteinte de cancer de l'estomac, qui, au cours d'une phlegmatia du membre inférieur gauche, a présenté de la gangrène humide du pied. L'artère était demeurée parfaitement perméable.

A la séance de mai de la Société de dermatologie (10 mai), plusieurs communications, comme toujours, ont porté sur la syphilis : ce ne sont habituellement pas les moins intéressantes, surtout pour les praticiens. M. Mendel fait voir un malade qui a présenté momentanément des accidents dyspnéiques graves sous l'influence de l'infiltration gommeuse d'une de ses cordes vocales. Le traitement spécifique a amené une guérison complète. M. du Castel présente un jeune homme atteint de syphilis qui porte, sur la cuisse droite, un vaste placard tuberculeux qui a résisté aussi bien au traitement général qu'au traitement local. A l'heure actuelle, il se demande s'il s'agit bien d'une lésion syphilitique. Momentanément, il a pensé à la lèpre, mais l'examen biopsique n'a montré aucun bacille de Hansen. M. Gastou montre une malade syphilitique qui, à son entrée à l'hôpital, avait une éruption remarquablement polymorphe : roséole sur le corps, véritable nappe tuberculeuse de la face avec infiltration profonde du derme.

Une malade de MM. Barbe et Gaucher a, sur le côté gauche du thorax, une traînée éruptique qui, à première vue, semble tout à fait être un zona. En réalité, il s'agit d'une lésion syphilitique tertiaire, d'une syphilide zoniforme.

Un malade de M. Wickham a, comme militaire, séjourné dans le Sud algérien où il a pris le bouton de Biskra; plus tard, il a pris part à l'expédition au Dahomey, il en est revenu avec des lésions singulières, papuleuses, maculeuses et ulcéreuses, pour lesquelles l'hypothèse de *pian* avait été émise. Cependant, le traitement spécifique a amené rapidement une amélioration marquée. C'est donc, peut-être, d'un cas de syphilis anormale qu'il s'agit. C'est, du reste, l'interprétation vers laquelle penchent MM. Hallopeau et Jullien. L'expansion coloniale amène ainsi dans les centres dermatologiques des problèmes d'une solution plus ou moins épineuse.

Encore un nouveau méfait de l'*antipyrine*! Ce médicament, souvent si utile, a, entre autres inconvénients, celui de donner lieu assez souvent à des manifestations cutanées très variables. Chez un malade de M. Fournier l'éruption médicamenteuse, siégeant à la paume des mains, simulait à s'y méprendre — et M. Fournier s'y est mépris — cette variété de syphilide que l'on appelle à tort psoriasis palmaire.

Connaissez-vous la *trichotillomanie*? C'est ainsi que M. Hallopeau désigne la manie qu'ont certaines personnes de s'arracher les poils du corps, non seulement les poils de la barbe — ce qui est fréquent — et les cheveux, mais même les poils du pubis et des aisselles. Pour trouver le secret de cette manie, il faut chercher plus profondément que la peau; il y a là, de toute évidence, un élément mental; ces malades sont évidemment des dégénérés héréditaires atteints d'un véritable tic mental. A un degré plus faible se trouve la manie de se ronger les ongles, ce qui n'est pas non plus très rare.

MM. Béclère et Leredde présentent une malade atteinte, depuis de longues années, d'*énormes varices* des membres inférieurs. Elles s'accompagnent d'une atrophie avec cyanose de la peau et de taches pigmentaires. Récemment des varices se sont aussi montrées au membre supérieur. Il semble y avoir, chez cette femme, un trouble de nutrition du système veineux qui serait aux veines ce que l'artério-sclérose est aux artères.

M. Humbert fait voir un malade atteint d'*éléphantiasis de la verge*, de la partie inférieure de l'abdomen et de la partie supérieure des cuisses. A ce niveau et sur différents points du corps, il présente de la lymphorragie et des varices lymphatiques. L'éléphantiasis de la verge est survenu à la suite d'une blennorragie. Ce cas est, à certains points de vue, semblables aux cas de filariose observés dans des pays exotiques bien qu'il paraisse s'agir de toute autre chose.

Les autres communications ou présentations sont d'un ordre trop spécial pour que nous ayons à les mentionner ici.

MÉDECINE MILITAIRE

La nouvelle Instruction sur l'aptitude physique et le service auxiliaire.

L'instruction du 13 mars 1894 contient les dispositions récemment adoptées à l'égard des jeunes gens à admettre dans le service auxiliaire.

Le service auxiliaire ne correspond désormais aucune-ment à celui qui était constitué avant la mise en vigueur cette instruction. Étant donné le nombre de plus en considérable de conscrits désignés dans ces der[nières] années pour le service auxiliaire, l'autorité militair[e] préoccupée d'utiliser la partie la plus valide de ce [contin]gent particulier; de telle sorte, qu'à l'heure actuelle distinguer en deux catégories les hommes destinés [à compléter] le service auxiliaire : *a.* ceux qui ne sont jama[is appelés] hors le cas de mobilisation ou de guerre, et qui [constituent] le service auxiliaire proprement dit; *b.* ceux [qui] atteints de certaines infirmités, sont appelés à [faire du ser]vice en temps de paix.

A. Service auxiliaire proprement dit. — [Les] jeunes gens qui n'ont pas la taille de 1m5[4] [et ceux] atteints « d'infirmités ou de difformit[és] [qui sans] motiver l'exemption, les rendent [impropres] d'un service actif ». Par service a[ctif] [on entend] le service du soldat de rang, se[...]

dans de bonnes conditions la durée totale de la période à laquelle sa classe est assujettie, et ayant l'aptitude requise pour servir dans toutes les armes. La liste des infirmités qui permettent de déterminer le classement dans le service auxiliaire est donnée en détail dans l'instruction du 13 mars (p. 58). Il nous paraît utile de dire quelques mots de la faiblesse de constitution (1) et des troubles de la vision.

Un conscrit ne peut être versé dans le service auxiliaire pour le motif de faiblesse de constitution que si, après le troisième examen devant le conseil de révision, elle ne nécessite pas l'exemption. Toute myopie supérieure à six dioptries est compatible avec le service auxiliaire, à condition qu'il n'y ait pas de lésions choroïdiennes étendues et que l'acuité visuelle soit ramenée par des verres concaves aux limites suivantes : entre un demi et un quart de l'un des yeux, l'acuité visuelle de l'autre œil n'étant pas inférieure à un dixième. De même l'hypermétropie et l'astigmatisme motivent l'admission dans le service auxiliaire, si l'acuité visuelle est abaissée dans les limites ci-dessus mentionnées pour la myopie corrigée.

La nouvelle instruction fait ressortir, avec juste raison, que, parmi les infirmités justifiant l'admission dans le service auxiliaire, il en est qui, à un degré moins prononcé, sont également compatibles avec le service actif. « Il peut, dans cette circonstance, résulter quelque hésitation à classer les sujets dans l'un ou dans l'autre de ces services » ; le médecin militaire a toute facilité pour suppléer aux lacunes de la nomenclature, en s'inspirant des conditions où se trouveront ces hommes dans les services auxquels ils appartiendront en temps de guerre, dans les bureaux, magasins, ateliers, arsenaux, etc.

B. Emploi des hommes appelés à servir en temps de paix. — Ces hommes n'appartiennent plus au service auxiliaire ; ils constituent une catégorie à part parmi ceux qui sont appelés à faire leur service actif (service actif, deuxième partie). Il ne faut pas oublier que, grâce à ces nouvelles dispositions, on pourra utiliser dans les cadres actifs un nombre d'hommes considérable, près de 20000 environ, qui, jusqu'à l'heure actuelle, étaient exonérés de tout service (myopes suffisamment corrigés, hommes atteints de pieds plats, de varices, légèrement bègues, etc.).

La mesure qui a modifié les conditions du service pour les conscrits porteurs de difformités ou infirmités légères est d'autant plus logique que le nombre des individus destinés à constituer la deuxième partie des troupes actives va sans ...se en augmentant. Il ne saurait en être autrement, ...ourd'hui que « les enfants de dix, douze et quinze ans pour la plupart, complètement livrés à eux-mêmes, et ...nent surveillés par leurs parents (2) », mènent de ...heure la vie de l'homme fait ; quand vient l'heure du ... militaire, ces enfants ne sont pas devenus des ...s grands, robustes et vigoureux, ils restent des ...es et n'ont qu'une demi-aptitude physique, incom...vec les exigences de la vie du soldat.

...mission de l'armée, d'accord avec le ministre de ...n décidant qu'il était nécessaire d'employer des ...sidérés jusqu'ici comme des non-valeurs, a eu un but, leur attribuer certaines fonctions spéciales, auparavant dévolues à des militaires qui, chargés d'assurer les différents services des corps de troupe, recevaient une instruction militaire très incomplète. Ces derniers étant enlevés à leurs compagnies, il en résultait une diminution notable de la puissance des unités combattantes. L'effectif des hommes désignés pour assurer les différents services est environ de 130 pour chaque régiment d'infanterie et de 80 pour chaque régiment de cavalerie. Il nous paraît utile (1) d'énumérer les emplois qui, selon toute probabilité, seront occupés par les appelés de la deuxième partie du service actif.

Infanterie et autres troupes à pieds. — Ordonnances, pour les officiers ne comptant pas dans les corps de troupe et pour les officiers du service du recrutement, secrétaires du recrutement ; plantons et secrétaires du colonel, du lieutenant-colonel, du major, du trésorier, de l'habillement, de l'infirmerie ; surveillants de l'infirmerie, des magasins ; cuisiniers ; perruquiers ; ouvriers forgerons, menuisiers, serruriers, maréchaux-ferrants, selliers, bourreliers, tailleurs et cordonniers.

Cavalerie et autres troupes à cheval. — Plantons et secrétaires, etc., comme pour l'infanterie ; en outre, surveillants de l'infirmerie vétérinaire et des manèges.

Ateliers militaires. — Employés, imprimeurs, dessinateurs.

Comme on peut s'en rendre compte, parmi ces emplois, il en est qui nécessitent des connaissances techniques et professionnelles et d'autres pour lesquels un homme quelconque peut être désigné ; ainsi est rendue possible l'utilisation des jeunes gens, quels que soient la nature de leurs infirmités et le degré de leurs aptitudes.

Puisque ces hommes sont destinés à être, en somme, des employés, « à peine des soldats, » suivant l'expression de Kaulbars (2), il reste bien entendu qu'ils ne seront ni armés, ni équipés. Leur instruction sera limitée à la connaissance des règles générales de la discipline, à l'étude des principes de la hiérarchie militaire et à leur application, enfin, à la pratique des exercices élémentaires du soldat sans armes. Comme le fait remarquer la *France militaire*, ces hommes seront simplement habillés, logés et nourris. Aucune instruction officielle n'a encore fixé ces différents points, mais il est vraisemblable que les choses se passeront ainsi, sauf modifications de détail.

Nous ferons remarquer, en terminant cette étude sur le service auxiliaire, que certains organes de la presse militaire (3) ont mentionné les emplois d'infirmiers parmi ceux à confier aux hommes de la deuxième partie du service actif. Cela ne saurait être, car chacun sait combien le service des infirmiers exige de leur part, non seulement de l'intelligence et du dévouement, mais aussi de la vigueur physique. A l'époque où les chefs de corps désignaient eux-mêmes les hommes destinés à devenir infirmiers, le service de santé s'était vite rendu compte qu'il était impossible de donner aux malades tous les soins nécessaires avec un personnel composé, en majeure partie, de malingres et de souffreteux. La chose a été, depuis longtemps, démontrée avec trop d'évidence pour que l'on songe jamais à modifier

---

...tente étude (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 469), ...moyens d'interpréter comme il convient, au point ...vice militaire, les différents degrés de la fai...

... auxiliaires et les non combattants, *France* ...0 et 31 mars.

(1) La connaissance de ces différents emplois pourra rendre quelques services aux médecins quand ils auront des conseils à donner aux jeunes gens, au sujet des fonctions que leur infirmité pourra leur permettre de remplir.

(2) *France militaire*, loc. cit.

(3) *Progrès militaire*, 10 mars.

les dispositions qui règlent les conditions générales du recrutement pour les infirmiers comme pour les autres armes ou services.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 16 mai 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Anesthésie par l'éther. — M. LE DENTU rappelle les statistiques qui ont été fournies au point de vue de la mortalité par l'éther ou par le chloroforme. Cette mortalité étant de 1 pour l'éther, est de 4 pour le chloroforme. Au Congrès des chirurgiens allemands, on a même donné les chiffres suivants : 1 pour l'éther, 14 pour le chloroforme. En France, il est bien évident que cette proportion est exagérée et que la mortalité par le chloroforme n'est pas aussi considérable. Quoi qu'il en soit, elle l'est toujours plus par le chloroforme que par l'éther. C'est pourquoi M. Le Dentu est revenu à l'éthérisation. Il a d'abord eu recours à des injections sous-cutanées préalables d'atropine et de morphine, mais à doses très petites, soit 5 milligrammes de morphine et 1/4 de milligramme de sulfate d'atropine. Il a renoncé ensuite à ces injections préalables, les considérant sinon comme nuisibles, au moins comme inutiles. Il se sert maintenant d'éther seul. Il a adopté le masque de Julliard. Au début, il employait jusqu'à 250 et 300 grammes d'éther. Maintenant il ne dépasse pas 100 à 150 grammes. L'anesthésie par l'éther lui paraît aussi régulière que celle que l'on obtient avec le chloroforme. On a reproché à l'éther de fournir une plus longue période d'excitation. En donnant de fortes doses d'emblée, on arrive à écourter beaucoup cette période d'excitation. Les résultats de cette anesthésie sont bons pendant tout le cours de l'opération. Le calme est absolu. Après l'anesthésie, il y a de notables différences entre les deux agents. L'éther donne très rarement des vomissements consécutifs ; la dépression est moindre.

En résumé, M. Le Dentu s'est complètement rallié à la pratique des chirurgiens lyonnais et, jusqu'ici, il s'en trouve bien.

M. QUÉNU dit que, pendant un certain temps, on a eu recours à l'éther dans son service, ayant eu comme assistant un ancien assistant de Roux (de Lausanne). Les malades ont autant vomi après l'anesthésie par l'éther qu'après celle par le chloroforme. Il lui a semblé que les bronchités, les emphysémateux se trouvaient mal de l'éther.

Gastrotomie. — M. TERRIER appelle l'attention sur un point de la chirurgie de l'estomac jusqu'ici peu connu en France. Il s'agit de lésions inflammatoires péri-stomacales justiciables d'une intervention chirurgicale. En voici un exemple :

Une femme présentait tous les symptômes d'un cancer de l'estomac, y compris une tumeur facilement perceptible. M. Terrier fait une laparotomie exploratrice ; il trouve des adhérences entre la paroi de l'abdomen et la paroi antérieure de l'estomac, entre la petite courbure de l'estomac et le lobe gauche du foie. Il y avait aussi des adhérences épiploïques. M. Terrier détacha toutes ces adhérences, libéra complètement l'estomac. Il sectionna une tranche de ces adhérences dans le but de les faire examiner. Il referma la plaie. Cette femme guérit très bien de l'opération, mais les accidents qu'elle présentait ne disparurent pas de suite. Aujourd'hui, voilà plus d'un an qu'elle a été opérée et elle est tout à fait bien portante. On ne sent plus aucune tuméfaction au niveau de l'estomac. L'examen histologique de la portion d'adhérence enlevée fut faite au laboratoire de M. Cornil ; il a montré qu'il s'agissait d'un tissu purement inflammatoire.

M. Terrier cite un autre exemple ; il s'agissait du parent d'un confrère qui présentait tous les signes d'un cancer stomacal. On se contenta de prescrire du lait d'ânesse et, trois mois après, cet homme était tout à fait bien portant.

En Allemagne, on a rapporté un certain nombre d'observations analogues.

Landerer, entre autres, cite plusieurs cas dans lesquels la destruction d'adhérences par la laparotomie a amené une guérison rapide des accidents. Il est donc logique, dans ces cas, de faire la laparotomie.

M. PEYROT estime qu'il est regrettable de faire la laparotomie avant d'avoir un diagnostic précis. Les cas de gastrites simulant des cancers sont loin d'être rares. Il rappelle également la discussion qui a eu lieu à la Société médicale des hôpitaux et dans laquelle on a vanté l'usage du chlorate de soude à hautes doses. Combien n'a-t-on pas vu d'altérations de l'estomac, simulant des cancers, guérir après un traitement des plus anodins. Les chirurgiens ne sont pas suffisamment édifiés sur ces cas de gastrites simulant des cancers.

M. MICHAUX signale un fait qui peut être rapproché de ceux qu'a observés M. Terrier. Il s'agissait d'une jeune femme qui éprouvait de vives douleurs au niveau de la région hépatique. M. Michaux fit la laparotomie, trouva sur le foie trois noyaux blancs qu'il put extraire. La malade a parfaitement guéri.

M. TERRIER, comme chirurgien, regrette que les médecins adressent si tard, aux chirurgiens, des malades atteints de cancer de l'estomac.

RAPPORT

Abcès d'origine différente. — M. BAZY rend compte de trois observations adressées par M. Pardignac.

Dans la première, il s'agit d'un jeune homme de vingt-deux ans qui, depuis quelque temps, portait sur l'un des bords de la langue une tumeur de la grosseur d'un œuf de pigeon ; d'abord dure cette tumeur avait subi un ramollissement et il s'était formé du pus, que l'on avait évacué par deux ponctions successives. En présence d'une nouvelle récidive, M. Pardignac incisa la collection, gratta la cavité et obtint ainsi la cicatrisation. Bien que l'examen histologique des produits enlevés n'ait pas été fait, il est certain qu'il devait s'agir d'un tuberculome lingual, étant donné que le malade présentait quelques lésions de même nature au sommet des poumons.

Les deux autres observations se rapportent à des abcès consécutifs à la fièvre typhoïde. Chez l'un de ces malades deux de ces abcès siégeaient sur le tibia ; chez l'autre sur la clavicule ; l'intervention chirurgicale en a eu facilement raison.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité des maladies épidémiques, étiologie et pathogénie des maladies infectieuses (1), par A. Kelsch.

M. Kelsch publie le premier volume d'un traité des maladies épidémiques ; un second volume, actuellement sous presse, terminera l'ouvrage. Il a voulu fixer, dans ce traité, l'enseignement qu'il a donné depuis dix ans d'ici comme professeur au Val-de-Grâce.

« L'étiologie est, dit-il, l'idée fondamentale, le but de ce

(1) In-8°, tome Ier. Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

livre. » « Le cadre de ces recherches embrasse, d'après cet objectif, toutes les affections engendrées par des agents pathogènes venus du milieu ambiant. Le terme générique de maladies infectieuses leur a été justement imposé pour marquer l'envahissement de l'organisme par une cause morbigène spécifique d'origine extérieure. » On voit, d'après ces deux passages, que le sous-titre de l'ouvrage tend à se substituer, dans l'esprit de l'auteur, au titre principal : ainsi le veut l'état actuel de nos connaissances en pathologie générale.

La pathologie générale des maladies infectieuses est ici considérée exclusivement au point de vue de l'épidémicité. Les infections purement endémiques sont laissées de côté; c'est ainsi, par exemple, que la tuberculose ne figure pas dans le présent ouvrage.

Si l'étude de l'élément spécifique des maladies contagieuses, de sa pénétration et de son évolution chez l'individu, présente de l'intérêt, l'étude de son développement, de son expansion sur les collectivités humaines n'en présente pas moins. La connaissance de l'apparition et de la propagation de ces maladies peut servir tout autant à établir la nature et la pathogénie de ces maladies que la détermination du microbe spécifique et de ses propriétés biologiques.

On lira à ce point de vue la longue et intéressante étude consacrée par M. Kelsch à la fièvre typhoïde : elle l'amène à cette conclusion : « L'enquête qui précède dénonce l'organisme humain comme le foyer d'origine de la fièvre typhoïde et le sol comme l'agent de sa propagation. »

Pour M. Kelsch, l'homme transporte le germe à des distances plus ou moins grandes; le sol s'en imprègne plus ou moins, se typhise en quelque sorte et devient, à certains endroits très habités, un vaste réservoir pathogène, l'eau le porte à distance, mais il faut tenir compte encore d'autres facteurs, la chaleur, la pluie, la réceptivité humaine, le surmenage, etc.

Dans ce premier volume se trouve d'abord une étude générale d'étiologie et de physiologie pathologique, une étude d'épidémiologie générale; le second livre est consacré aux maladies dites saisonnières; le troisième à l'ictère, la pleurésie, les pneumonies et le rhumatisme; le quatrième aux fièvres continues, la fièvre typhoïde et le typhus.

Dans le second volume, actuellement sous presse, on trouvera les fièvres éruptives, la diphtérie, les oreillons, la méningite cérébro-spinale, l'impaludisme, la dysenterie, le choléra, la peste et la fièvre jaune.

Formulaire spécial de thérapeutique infantile (1), par le docteur Raymond Nogué, avec une préface de M. le docteur G. Variot, médecin des hôpitaux.

Bien que les maladies de l'enfance ne constituent pas à proprement parler une spécialité, il n'est pas de médecin qui ne se soit trouvé, au début de sa carrière, eût-il même fait un stage dans un hôpital d'enfants, fortement embarrassé pour formuler une ordonnance dans certaines affections du premier âge. Ayant, comme ses confrères, rencontré ces difficultés, le docteur Raymond Nogué a pensé qu'il serait utile de réunir en un formulaire spécial de thérapeutique infantile les modes de traitement et les principales formules des maîtres français ou étrangers en pédiatrie.

La plupart des formules portent l'indication des âges auxquels elles doivent s'appliquer. En outre, pour chacun des principaux médicaments actifs, la nosologie est soigneusement indiquée pour chaque année de l'enfant d'après l'autorité des maîtres. D'une façon générale, chaque article comprend la prophylaxie de l'affection, son traitement pathogénique, le traitement des différents symptômes et le traitement des complications.

Il a semblé au docteur R. Nogué qu'un Formulaire s'adressant au praticien ne pouvait laisser de côté certains points de chirurgie journalière ou d'urgence tels que le traitement des abcès, de la coxalgie, des fractures chez les enfants, la pratique des appareils plâtrés, du corset de Sayre, la thoracentèse, l'empyème, le tubage du larynx, la trachéotomie, etc.

C'est pourquoi il n'a pas hésité à faire à ces questions, bien que d'ordre chirurgical, une place en rapport avec leur importance, pensant que le médecin praticien lui en saurait bon gré.

(1) In-18 de 650 pages. Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Dermatologie. Maladies en particulier (1), par MM. L. Brocq et L. Jacquet.

Le précis élémentaire de dermatologie que MM. Brocq et Jacquet doivent écrire dans la collection Léauté, comprendra quatre volumes, un premier, dont nous avons rendu compte, était consacré à la pathologie générale cutanée. Les autres volumes renfermeront l'histoire des maladies en particulier. Le premier volume, qui vient de paraître, comprend les difformités cutanées, les éruptions artificielles et les dermatoses parasitaires. Les deux auteurs y ont collaboré. Il est bien conçu dans l'esprit d'un aide-mémoire à l'usage des praticiens; il est aussi bien fait que l'exige le bon renom des auteurs qui l'ont signé.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Baillon vient d'être nommé, à l'unanimité, membre de la Société Royale de Londres.

On sait que cette illustre Académie a compté parmi ses membres Newton, Dalton, Harvey, Faraday, Robert Brown, etc.

— Les candidats au Bureau central (médecine) ont eu à traiter par écrit : « Entérite tuberculeuse. »

— M. le médecin-inspecteur Mathis, directeur du service de santé du 7e corps d'armée, est placé, à dater du 21 mai 1894, dans la deuxième section (réserve) du cadre des médecins inspecteurs.

— Un concours sera ouvert le 2 juillet 1894 pour sept places d'internes en médecine et chirurgie, à l'hôpital Saint-Joseph (Paris).

Pour tous renseignements, s'adresser : à l'hôpital, 1, rue Pierre-Larousse, ou au secrétariat de l'Institut catholique, 74, rue de Vaugirard (Paris).

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. de Nabias, agrégé, est chargé d'un cours de matière médicale.

M. le docteur Binaud est maintenu dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

MM. Triboudeau et Chemin sont institués aides d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le professeur Castiaux est nommé assesseur au doyen de la Faculté.

— M. le docteur Marfan (de Castelnaudary) a été élu hier député de l'Aude.

(1) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 60. — JEUDI 24 MAI 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 24 MAI 1894. — N° 60.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Saint-Yves Ménard et Chambon, dont on connaît la compétence en matière de vaccine, déclarent que la vaccination de génisse à bras est incontestablement supérieure à la vaccination avec la pulpe conservée. On se rappelle que, dans la dernière séance, les avis étaient quelque peu partagés sur ce point. Il était donc intéressant de connaître l'opinion des deux hommes de France qui pratiquent le plus de vaccinations. C'est, d'ailleurs, l'opinion de M. Hervieux.

Nous avons entendu un rapport de M. Le Dentu sur un travail de M. Pichevin, relatif aux avantages de l'hystéropexie vaginale antérieure dans les cas de rétro-déviations utérines, et une note de M. Darier sur la guérison d'épithéliomas de la face par les attouchements quotidiens au bleu de méthyle à 1/20. Puis c'est tout. Le reste de la séance a été consacré à une laborieuse élection d'un membre associé national. Après deux tours de scrutin, M. Rollet (de Lyon) a été élu, et l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. Cadet de Gassicourt sur les candidats au titre de membre correspondant national dans la division de médecine. La liste de présentation est ainsi fixée : en première ligne, M. Mairet (de Montpellier); en deuxième ligne, M. Liégeois (de Banville-aux-Saules); en troisième ligne, *ex æquo*, MM. Bertrand (de Cherbourg) et Vergely (de Bordeaux); en quatrième ligne, *ex æquo*, MM. Teissier et Testut (de Lyon).

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. POTAIN.

Des battements aortiques de la région épigastrique d'origine nerveuse.

Nous avons, au n° 3 de la salle Piorry, une malade qui offre des accidents complexes. Elle est fortement anémique et a, depuis quelque temps, des accidents neurasthéniques. Le moindre travail l'épuise, elle souffre de points névralgiques, les dernières dorsales et les deux premières lombaires sont sensibles à la pression. Si elle n'a pas la sensation de casque elle éprouve des névralgies orbitaires. Les digestions se font mal, elle a de la dyspepsie flatulente et de l'entérite muco-membraneuse qui amène de la constipation avec des débâcles par intervalles. Les organes abdominaux sont mobiles, le rein droit notamment, qui glisse jusqu'à la partie supérieure de la fosse iliaque. Tous les viscères sont un peu flottants.

Mais ce qui sollicite l'attention, ce sont des battements épigastriques qui sont assez douloureux, surtout la nuit, pour l'empêcher de reposer. Les battements sont assez forts pour soulever la main appliquée sur le creux épigastrique et le stéthoscope permet d'entendre un souffle diastolique très marqué.

Et pourtant le cœur est normal, le battement des artères crurales ne retarde pas d'une façon sensible sur celui du cœur. Il ne faut donc pas se presser d'admettre, comme on était tenté de le faire autrefois, le diagnostic d'anévrysme de l'aorte abdominale sur la simple constatation de ce battement et de ce souffle.

L'anévrysme de l'aorte abdominale peut, il est vrai, être difficile à diagnostiquer quand il siège à la partie postérieure de l'aorte. Il est, en effet, difficile à découvrir, à l'opposé de ceux situés sur la paroi antérieure ou sur le tronc cœliaque. C'est ainsi que Stokes raconte qu'un avocat, qui souffrait de douleurs atroces dans la région épigastrique, prit avis des médecins les plus célèbres de l'Angleterre et s'adressa même à Andral qui diagnostiqua une dyspepsie. Aucun ne soupçonna un anévrysme de l'aorte qui se rompit quelque temps après et amena une mort subite.

Il faut donc rechercher l'anévrysme de l'aorte. On fera le diagnostic au moyen des douleurs épigastriques dorsales et surtout lombaires, quelquefois atroces, qui se propagent dans une région fort étendue. Ces douleurs ont lieu par accès et cessent totalement dans les intervalles. Elles sont exagérées par le mouvement, par l'activité, et aussi par la pression. On observe des phénomènes de dysphagie, de la dyspepsie et des vomissements. Le second caractère de beaucoup le plus important est les pulsations abdominales. Mais il ne faut pas juger de l'existence de l'anévrysme par l'intensité de ces battements. Parfois, il existe un anévrysme qui amène des battements d'une très faible intensité, mais ces battements sont expansifs. En troisième lieu enfin, est un souffle généralement simple, quelquefois double.

Chez notre malade, nous avons bien ces trois symptômes réunis : douleur, battements et souffle, mais veuillez les examiner attentivement et vous verrez combien ils diffèrent de ceux d'un anévrysme.

Le souffle est intense, mais c'est un souffle artificiel produit par la pression de notre stéthoscope. Il produit un rétrécissement transitoire de l'artère, le sang entre en vibration et produit le souffle. Si on applique directement l'oreille sur l'épigastre, on ne l'entendra pas. Enfin, plus la pression du stéthoscope s'exerce fortement sur la paroi épigastrique, plus le souffle est intense. Si, en même temps qu'on exerce cette pression, on prend le pouls crural, on voit que ce dernier diminue à mesure que le souffle devient plus intense, de sorte que le pouls ne se sent plus quand celui-ci a son maximum d'intensité. On conçoit bien cette diminution, puisque le sang passe d'autant plus difficilement dans l'aorte que la pression est plus forte. Or, le souffle aortique ne devient caractéristique d'un anévrysme que lorsqu'il est indépendant de la pression.

Examinons le battement épigastrique. On sait que ce battement peut se produire sous des influences diverses. Quelquefois c'est la transmission des pulsations cardiaques au foie, au début de l'asystolie. Ici, cette cause ne peut être invoquée, car le cœur est normal.

Il faut se méfier des convulsions du diaphragme. J'en ai vu se produire chez des sujets nerveux qui étaient absolument rythmiques et dont la régularité parfaite aurait pu faire penser aux battements du cœur. Mais il suffit d'en compter le nombre pour s'apercevoir que leur fréquence est bien moindre.

Enfin, il existe des battements de la région épigastrique chez les neurasthéniques. Ces battements ne sont pas expansifs. Or, c'est le caractère des battements qu'offre notre malade et c'est à ce diagnostic que nous nous arrêterons.

Les battements d'origine nerveuse sont connus de longue date. Hippocrate les mentionnait déjà, Lancisi à une époque plus récente les a décrits avec exactitude, montrant qu'ils se produisaient chez les nerveux, les hypocondriaques, les épuisés, les hystériques. Laënnec a également vu ces sortes de battements. Stokes enfin les a décrits avec soin, les notant chez les sujets nerveux, les dyspeptiques, et observant qu'ils étaient plus fréquents à l'époque des règles et au début de la grossesse. Depuis qu'on a scindé les maladies nerveuses en catégories plus exactes, on a reconnu que ces battements étaient surtout fréquents chez les neurasthéniques.

Or, les battements que nous observons ici ont bien réellement cette origine : ils ne sont pas expansifs, avons-nous dit. Ce défaut d'expansion est ici bien facile à constater, ce qui n'est pas toujours. Il suffit d'enfoncer perpendiculairement la main dans la paroi abdominale, qui est ici souple et dépressible, de façon à tenir latéralement l'aorte entre ses doigts : on apprécie ainsi la distance qui existe entre les doigts et on voit que le calibre de l'artère ne varie pas, constatation qui, je le répète, est souvent difficile, mais qui est très facile dans le cas présent.

Il n'est pas jusqu'à la douleur qui, étudiée, montre que l'on n'a pas affaire ici à un anévrysme. La douleur accusée par notre malade est surtout nocturne, caractère qui ne s'observe pas dans l'ectasie aortique. Elle n'a pas l'intensité de cette dernière; au moment des paroxysmes, les malades crient et se roulent par terre. Enfin la douleur est épigastrique, elle n'existe pas au dos, encore moins aux lombes; il est vrai que les deux premières lombaires sont sensibles à la pression, mais il y a loin de cette sensibilité aux douleurs lombaires atroces qui accompagnent l'anévrysme.

La douleur qu'accuse notre malade est purement nerveuse. Elle a, avons-nous dit, des phénomènes de neurasthénie. Elle présente, de plus, quelques stigmates hystériques, anesthésie du pharynx, analgésie prédominante à droite, mais pas de troubles visuels. En réalité, les symptômes de neurasthénie sont bien plus marqués. C'est une neurasthénique avec quelques nuances d'hystérie.

Les battements épigastriques que nous observons sont donc d'origine neurasthénique. Il n'y a pas d'anévrysme de l'aorte. Il nous reste à indiquer sous quelle influence se produisent ces battements.

Nous avons noté que les organes abdominaux de la malade étaient très relâchés. Il en est de même de son aorte abdominale qui est mobile et n'est plus suffisamment fixée, comme à l'état normal, par le tissu conjonctif et l'insertion des artères. On sent l'aorte rouler sous le doigt. Cette mobilité anormale des viscères date vraisemblablement de quelques années, époque à laquelle la malade accoucha. Cette mobilité générale provoque vraisemblablement la dyspepsie qu'elle accuse. Elle amène aussi les battements.

On se demandera comment l'aorte abdominale bat d'une façon exagérée, alors que tout le système circulatoire bat normalement. Galien, qui pensait que les artères avaient une force expansive qui leur était propre, l'aurait facilement expliqué.

Aujourd'hui que nous connaissons les lois de la circulation, cette explication ne peut nous satisfaire. On sait que l'expansion artérielle n'est qu'une conséquence de la contraction ventriculaire et son intensité dépend de la force de contraction du cœur. Oui, mais la pulsation artérielle dépend non seulement de la façon dont le sang pénètre dans l'artère, mais encore de la façon dont la paroi se comporte. Suivant qu'elle résistera plus ou moins à l'ondée sanguine, le battement sera plus ou moins intense. Ici notre aorte mobile résiste mal à la poussée du sang, d'où l'intensité des battements.

On doit se demander si ce défaut de résistance de la paroi ne tiendrait pas à une aortite légère subaiguë. Plusieurs raisons nous feront rejeter cette hypothèse.

D'abord l'aortite abdominale est très rare. M. Bureau, dans sa thèse, a montré que l'inflammation frappait surtout l'aorte thoracique. On pourrait objecter que, s'il en est ainsi, c'est que l'aortite est plus facile à déceler dans la portion thoracique qu'à l'abdomen.

En effet, sous l'influence de l'inflammation, la crosse de l'aorte s'allonge, vient dépasser la fourchette sternale entraînant, avec elle, l'artère sous-clavière et on sent des battements au-dessus du sternum et de la clavicule. Les signes sont bien plus obscurs pour l'aortite abdominale.

Mais cette objection reste sans valeur dans le cas particulier. Si, en effet, l'aorte abdominale était frappée, elle ne le serait pas à l'exclusion de la portion thoracique. Quand, en effet, on observe de l'athérome aortique à la salle d'autopsie, l'athérome ne siège jamais sur la portion abdominale seule de l'aorte, mais frappe alors aussi la portion thoracique. Or, chez notre sujet, nous n'observons pas les signes de l'aortite au thorax. Il n'y a pas de battements au-dessus du sternum. Cette idée doit donc être écartée.

Nous nous arrêtons donc au diagnostic de battements exagérés de l'aorte abdominale sous l'influence de la neurasthénie. Or il faut avouer que nos moyens d'action sont souvent inefficaces en ce cas et qu'on voit souvent ces battements persister plusieurs années, malgré les traitements les plus divers. Néanmoins leur disparition est de grande importance, car on voit souvent les phénomènes nerveux disparaître à la suite.

La neurasthénie est-elle ici provoquée par les entéroptoses? Les troubles dyspeptiques, les battements aortiques et les troubles nerveux ont-ils une cause unique, comme le penserait M. Glénard? Une pareille discussion nous entraînerait trop loin et je ne veux pas ici l'aborder. Qu'il me suffise de dire aujourd'hui que la neurasthénie me paraît provoquée par des causes multiples.

En tous cas, nous traiterons l'anémie et les troubles nerveux de notre malade par le repos facile à obtenir à l'hôpital et un régime approprié, nous réservant d'intervenir d'une façon plus active, si d'ici quelque temps une amélioration ne se produisait pas.

DES EFFETS ABORTIFS

DU TRAITEMENT MERCURIEL INTENSE ET PRÉCOCE SUR L'ÉVOLUTION DE LA SYPHILIS (1)

Par le docteur Louis JULLIEN, chirurgien de Saint-Lazare.

Un des plus puissants moyens de mercurialisation, c'est l'injection de calomel que nous devons à Scarenzio, et que Smirnoff a perfectionnée. J'emploie le sel suspendu dans la vaseline liquide, suivant une formule donnée par Balzer: Calomel 1 gramme, vaseline 10 grammes, pour dix injections. Il est bien entendu que ces substances doivent être purifiées avec un soin particulier, que le calomel à la vapeur aura été lavé à l'alcool et séché dans l'étuve, la pétro-vaseline distillée, que le mélange sera fait dans un mortier lavé et flambé, et qu'il sera enfermé en un récipient rigoureusement aseptique. Mêmes précautions seront observées au cours de l'injection, seringues et canules bouillies, téguments brossés et lavés au savon, puis au sublimé, puis à l'éther. Cela fait, le mélange est poussé profondément dans les muscles de la fosse iliaque externe, à 4 ou 5 centimètres de la crête, et la petite piqûre fermée au collodion. Je me hâte de dire que, dans ces conditions, l'injection de calomel ne fait courir aucun danger d'intoxication, ni même de salivation, si l'on s'est assuré, au préalable, que les reins fonctionnent bien, et que les gencives sont en bon état. On n'a pas davantage à redouter les phlegmons, si l'on s'astreint à faire l'injection au domicile du malade, et s'il consent à garder chez lui un repos relatif pendant un jour ou deux. Au surplus, s'il survenait, et cela est fort exceptionnel, un gonflement avec production de quelques gouttes de liquide chocolat s'éliminant par un minime pertuis cutané, la complication serait négligeable et l'efficacité du remède n'en serait en rien diminuée.

Un syphilome reconnu, et étant donné que les conditions ne se prêtent pas à l'excision, commencer immédiatement l'administration du calomel est une règle. Je pique à gauche ou à droite, dans la partie propice la plus voisine du mal. S'il siège sur la face ou le sein, je choisis l'une des fosses scapulaires et j'injecte dans les fibres du sus-épineux. Le premier résultat est l'entrave apportée au développement du chancre; constitué, étalé ou creux, il se cicatrise rapidement; à son début, herpétiforme ou miliaire, il y a de grandes chances pour que son volume reste tel, et que d'érosif il ne devienne jamais ulcéreux. Pour qui douterait d'un diagnostic précoce, et resterait indécis sur la nature de l'ulcère, cette circonstance ne serait pas faite pour lever toute incertitude, d'autant plus que les suites à prévoir vont différer essentiellement de celles qui marquent l'évolution ordinaire de l'infection spécifique. J'estime cependant qu'un œil et un doigt exercés ne s'y trompent pas, et qu'en s'aidant des commémoratifs, surtout de la confrontation, quand on le peut, on base un jugement qui peut se passer de la confirmation ultérieure.

En renouvelant de quinze en quinze jours ces injections, dans des conditions qui seront précisées plus loin, il y a lieu de penser que le virus subit une atteinte considérable, car les délais habituels de l'incubation seconde, cette date de six semaines, si généralement exacte qu'elle en est presque fatidique, s'écoulent sans manifestations caractéristiques. Vainement multiplie-t-on les inspections pour surprendre érythème, roséole ou papule, la syphilis peut être enrayée dès le début et pour toujours, c'est l'idéal du traitement abortif. Ou bien, c'est dans le cours du deuxième, du troisième ou du quatrième mois, qu'il m'est arrivé de découvrir, d'abord sur la muqueuse buccale et ensuite sur l'enveloppe cutanée, presque toujours dans cet ordre-là, les lésions attribuables à la syphilis. Mais que sont ces lésions? Sur les amygdales et les piliers dépolis, entamures superficielles, que les malades et moi-même fûmes souvent tentés de rapporter à une cause vulgaire, quelquefois hypertrophie et ulcération réelle, ce cas est rare. Et comme dermatose, je vis des éruptions méconnaissables, avortées, limitées à de discrets éléments, très souvent corymbiformes. Dans un cas, c'est une seule papule au soixante-septième jour, et vingt macules au cent trente-huitième, ou bien des taches très vagues sur l'abdomen. Dans trois cas, je vis un petit groupe de coups de pinceau, d'un rouge assez animé sur les omoplates où ils persistèrent peu. Le tégument fut parfois entièrement préservé, et je remarque précisément que ces malades furent ceux que je pus traiter le plus hâtivement et avec le plus de persévérance, c'est-à-dire dont je vis les chancres dès les tout premiers jours, et qui, soumis d'emblée au traitement intense, n'eurent, par la suite, que de moindres ulcères. Ne semble-t-il pas que, chez ces privilégiés, l'injection ait été tarie à la source? Heureusement, mes tentatives furent presque infructueuses lorsque je ne pus agir que tard, après deux ou trois semaines de durée de l'ulcère primitif, ou lorsque, pour des raisons particulières, je dus soit interrompre mes injections, soit les répéter à de trop longs intervalles.

Quoi qu'il en soit, les faits auxquels je viens de faire allusion attestent bien là une infection inusitée et légère entre toutes, car les sujets devaient rester ultérieurement préservés, ainsi que j'ai pu m'en assurer en les observant attentivement depuis plusieurs années. Mon plus ancien malade, un officier, avait le chancre de la rainure quand je lui fis sa première injection, le 25 décembre 1890. Toute la syphilis s'est bornée, pour lui, à quelques érosions amygdaliennes et à d'indécises marbrures sur le thorax vers le troisième mois, encore n'en tiens-je compte que par

(1) Communication au Congrès de Rome.

un scrupule de vérité, car leur nature ne me fut pas très clairement démontrée. Trois ans et demi se sont passés sans démentir ces promesses de l'heureux début. Chez un médecin que j'observe depuis novembre 1891, la seule confirmation de la maladie est une papule ; je l'engage à la défiance, mais, en juillet 1892 il se marie, sans que, depuis bientôt deux ans, il ait eu à s'en repentir. — Même résultat chez un Arménien traité dès le mois d'octobre 1891, et qui n'eut jamais que des accidents herpétiformes des tonsilles. Mon regretté maître Horteloup examina ce malade en avril 1892 et autorisa le mariage, qui eut lieu au mois d'octobre de la même année ; aucun symptôme nouveau n'était apparu à la date du 30 janvier dernier. Un quatrième enfin, dont je traitai les chancres au quatorzième jour seulement, alors que déjà ils étaient accompagnés d'énormes ganglions, eut des manifestations presque aussi imperceptibles, mais moins fugaces, du côté de la langue et des piliers.

Une question se présente maintenant à l'esprit. Ces malades sont-ils guéris? N'auront-ils plus à compter avec les accidents du décours de la syphilis. On comprend que, sur ce point, je ne puisse répondre que par induction. Est-il illogique de considérer trois ans et demi de presque immunité comme un gage de sécurité pour l'avenir? Je ne le pense pas. Le raisonnement me dit, qu'ayant mis en jeu, dès la première heure, l'action d'un antisyphilitique éprouvé, soit qu'il frappe les organismes morbides eux-mêmes, soit qu'il modifie dans un sens contraire à leur développement les conditions du milieu humain, j'ai atteint le virus à l'heure des proliférations décisives, et que, plus tard, mes injections réitérées de la même substance ont sans cesse agi sur un produit chaque fois plus affaibli et d'une vitalité graduellement atténuée, probablement atténuée jusqu'à l'extinction. Il se passerait ainsi quelque chose de comparable à ce que les bactériologistes obtiennent *in vitro* quand, dans un but d'inoculation préventive et même curative, ils préparent avec les microbes les plus dangereux des cultures que, d'atténuation en atténuation, ils savent rendre inoffensives.

Jusqu'à quel moment faut-il continuer le traitement intense, à quelles doses, à quels intervalles doit-il être administré? Problème difficile, car, dans l'hypothèse la plus heureuse, nous manquons de jalons pour guider notre pratique. Pendant les deux premiers mois, je l'ai dit déjà, je donne l'injection de calomel tous les quinze jours; encore cette prescription ne comporte-t-elle rien d'absolument mathématique. Si, chez les sujets de résistance et d'embonpoint ordinaires, 10 centigrammes de calomel sont bien supportés, il paraîtra sage d'abaisser cette dose chez les chétifs ou les individus de petite taille, et de s'en tenir, pour l'incubation de quinzaine, à 8, 6 ou 5 centigrammes. Il y aurait ainsi lieu de mesurer la quantité du remède d'après le poids du corps, et je ne pense pas qu'il soit bien difficile d'établir une échelle raisonnée de coefficients à cet égard. De même, pour la question du laps qui doit séparer les injections, les deux premiers mois passés, l'heure est venue de diminuer la rigueur du traitement et de laisser un croissant intervalle, vingt jours, puis vingt-cinq, puis trente, au fur et à mesure que l'immunité s'affirme. Après le sixième mois, je surveille encore mes malades pour guetter une éventualité éruptive et y parer, s'il y a lieu. Mais alors le calomel ne reconnaît plus les mêmes pressantes indications, et il est sans inconvénients de lui substituer l'huile grise, le thymolo-acétate, ou telle autre injection soluble, voire même, au gré de l'intéressé, les préparations qui s'administrent par la voie buccale.

LES AFFECTIONS CHIRURGICALES

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

COMMUNICATIONS DIVERSES (*suite*)

Ne quittons pas ce coin de la thérapeutique sans parler du **traitement de la pleurésie tuberculeuse par la sérothérapie.** M. Gilbert (de Genève) a voulu se rendre compte des effets produits par l'injection sous-cutanée de sérosité pleurétique chez les malades porteurs de pleurésies. On sait que les exsudats pleurétiques d'origine tuberculeuse contiennent une substance analogue ou identique à la tuberculine de Koch (Debove). On plonge dans le liquide pleural l'aiguille aseptisée d'une seringue de Pravaz, on aspire le liquide, on retire l'aiguille sans la sortir complètement et, quand elle est arrivée dans le tissu cellulaire sous-cutané, on vide le contenu de la seringue. On a ainsi pris 1 centimètre cube de liquide pleural et on l'a injecté sous la peau du malade. Cette *auto-sérothérapie* a donné les résultats suivants : 21 malades ont été traités par cette méthode, la maladie chez eux était récente et ne remontait pas à plus de huit jours. Dans tous les cas, à l'exception de 2, l'injection de liquide pleural a été suivie de réaction assez vive, avec fièvre. Puis l'épanchement se résorbe peu à peu et l'état général s'améliore. Tous les malades ont guéri en quinze jours, trois semaines au plus. On a fait le diagnostic de pleurésie tuberculeuse, d'après des raisons cliniques; la plupart des malades étaient tuberculeux, et l'on sait que toute pleurésie survenue spontanément est suspecte de tuberculose. La conclusion de M. le docteur Gilbert est en faveur de ce traitement facile et inoffensif, mais dont le mode d'action est un peu mystérieux.

Deux médecins italiens, MM. Cesaris-Demel et Orlandi, ont tenté la **sérothérapie dans la fièvre typhoïde.**

Les auteurs ne trouvent aucune différence essentielle entre le bacille d'Éberth et le coli-bacille. Ils déclarent même que le coli-bacille leur a semblé plus virulent que le bacille typhique. Il leur a semblé, d'autre part, que les produits solubles de ces deux bacilles conféraient l'immunité l'un à l'égard de l'autre. Le sérum des animaux immunisés par le bacterium coli commune prévenait l'action du bacille typhique. Ces recherches de laboratoire ont été transportées sur le terrain clinique. Des malades atteints de fièvre typhoïde ont été traités par des injections de sérum d'animaux rendus réfractaires au coli-bacille. La température des malades s'est trouvée abaissée et leur état général meilleur; mais ces effets favorables sont éphémères et il est nécessaire que les injections sérothérapiques soient répétées un grand nombre de fois. Cependant les cas expérimentés ont été trop peu nombreux pour autoriser des conclusions formelles.

La microbiologie qui, chaque jour, étend son domaine, est loin d'avoir dit son dernier mot. Chaque jour, on découvre qu'une affection, dont la pathogénie était obscure et même complètement inconnue, est, en réalité, de nature infectieuse. C'est ainsi que le rachitisme, qui passait, jusqu'ici, pour être une maladie de nutrition, aurait une origine infectieuse. Mais le microbe est encore à trouver. M. le

docteur E. Chaumier (de Tours) lit une communication, très documentée, de faits très bien observés, où, d'après les phénomènes cliniques, il conclut à la **nature infectieuse du rachitisme**. Laissons la parole à l'auteur :

« Je n'avais jamais été satisfait, dit-il, des diverses théories émises pour expliquer la genèse du rachitisme. Je résolus de contrôler cette idée de nature infectieuse.

Je vis d'abord que très souvent, soit par hérédité, soit par contagion, le rachitisme s'observe chez les enfants de parents rachitiques. L'hérédité est admise par un grand nombre de médecins.

Je remarquai aussi qu'assez fréquemment tous ou presque tous les enfants d'une même famille sont atteints de rachitisme, et que, lorsqu'un enfant échappe à la maladie, il a été élevé loin de ses frères ou sœurs ; que dans les crèches, les rachitiques pullulent.

Un grand nombre de confrères italiens, auprès desquels j'ai fait une enquête, ont observé des maisons dans lesquelles tous les habitants successifs avaient des enfants rachitiques. Si ces familles changeaient de local, elles pouvaient avoir des enfants sains.

J'explique cela par la conservation des germes dans les habitations, alors que mes confrères admettaient l'influence du manque d'air et de lumière, de l'humidité, etc.

Certains médecins cependant admettent l'infection. Des produits microbiens seraient absorbés dans les voies digestives atteintes de catarrhe et ces produits microbiens produiraient dans les os le rachitisme, dans le système nerveux divers troubles se manifestant par le spasme de la glotte, les convulsions, etc.

Je dois dire ici que je n'admets pas de parenté entre ces accidents nerveux et le rachitisme. Ce qui a fait croire à cette relation, c'est la confusion qui a été établie entre le thorax des rachitiques et celui des enfants atteints de tumeurs adénoïdes du pharynx nasal. Ces derniers enfants, comme je l'ai prouvé dans des communications faites à l'Académie de médecine, sont souvent atteints d'accidents nerveux.

J'ai aussi rencontré des médecins qui croient à la nature infectieuse et contagieuse du rachitisme. Je citerai plus particulièrement le docteur Mircoli, pour lequel le microbe du rachitisme serait le staphylocoque doré.

Je ne puis me rallier à cette opinion. Pour moi, le microbe du rachitisme doit être un microbe spécial, qui n'existe que dans cette maladie. Ce microbe reste à trouver.

Pensant que je n'avais pas par devers moi des preuves suffisantes pour faire partager à mes confrères ma manière de voir, j'entrepris de me rendre compte si le rachitisme existait chez les animaux et ce qu'il était chez eux.

Or, le rachitisme existe chez les animaux et particulièrement chez les porcelets ; les traités de pathologie vétérinaire nous l'apprennent et nous montrent des lésions histologiques identiques à celles du rachitisme humain.

J'ai recherché ce rachitisme et j'ai découvert deux épidémies de rachitisme chez des jeunes porcs ; voici la photographie de l'un de ces animaux atteint d'une déformation considérable de la colonne vertébrale ; voici des préparations histologiques de ses os, qui prouvent qu'on a bien affaire à du rachitisme (préparations faites par M. Dubar).

L'existence de ces épidémies tranche la question et fournit les preuves que je cherchais.

Chez l'homme, il est difficile, à cause du début insidieux du rachitisme, qui commence avant l'âge où l'enfant marche seul, de découvrir des épidémies ; on connaît cependant celle qui sévit il y a deux siècles en Angleterre. Glisson, qui en a été l'historien, s'est posé la question : le rachitisme est-il contagieux ? Malgré toutes les apparences, entraîné par les idées à la mode en son temps, il a conclu par la négative.

Maintenant je pense pouvoir terminer par les conclusions suivantes :

Le rachitisme est une maladie spécifique produite par un microbe inconnu.

Elle est contagieuse, endémique, épidémique. Cette maladie est épidémique chez les jeunes porcs et donne chez eux des lésions histologiques identiques à celles observées chez l'enfant.

Les germes de la maladie semblent se conserver dans les habitations. C'est très probablement cette conservation des germes qui explique les cas dits *héréditaires*. »

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 22 mai 1894. — Présidence de M. Rochard.

COMMUNICATIONS

De la vaccine animale. — M. CHARPENTIER communique une note de MM. Chambon et Saint-Yves Ménard, dans laquelle ils démontrent, contrairement à ce qu'avait dit M. Charpentier dans la dernière séance, que la vaccination de génisse à bras est de beaucoup supérieure à la vaccination avec la pulpe conservée. Le vaccin bien pur a son maximum de virulence à l'état frais.

M. HERVIEUX confirme cette opinion, en disant que la pulpe fraîche, mise tous les jours, par l'Académie, entre les mains des praticiens, donne d'excellents résultats.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre associé national.

Au premier tour de scrutin, M. Rollet (de Lyon) obtient 39 voix sur 79 votants contre 37 données à M. Renaut (de Lyon) et 3 bulletins blancs.

Au deuxième tour de scrutin, M. Rollet est élu par 41 voix sur 74 votants contre 32 à M. Renaut et 1 bulletin blanc.

RAPPORTS

Hystéropexie vaginale antérieure. — M. LE DENTU fait un rapport sur un travail de M. Pichevin relatif à l'hystéropexie vaginale antérieure dans le traitement des rétrodéviations utérines.

Cette opération, réalisée pour la première fois par Wackenrodt et Dührsson, a une grande vogue en Allemagne. M. Pichevin, remarquant que le cul-de-sac péritonéal vésico-utérin descend parfois sur la face antérieure du col, au lieu de s'arrêter au-dessus du niveau de l'orifice interne, recommande de prolonger le décollement du péritoine aussi haut que possible, en avant du corps de l'utérus, afin d'éviter qu'une anse intestinale soit traversée par les fils fixateurs. D'autre part, M. Pichevin, ayant remarqué que les tractions sur le col, après la dissection de la vessie, allongeaient beaucoup l'utérus, a adopté, en la modifiant, la pince hystéromètre de Orthmann.

Sur deux malades opérées par ce procédé, l'utérus a parfaitement gardé la position où il avait été fixé.

LECTURE

De l'emploi du bleu de méthyle contre l'épithélioma de la face. — M. DARIER, s'appuyant sur neuf cas personnels, dont il présente le plus démonstratif à l'Académie, est arrivé à la conviction que bon nombre de cancers épithéliaux de la peau sont guérissables par les applications de bleu de méthyle. Cette substance paraît avoir sur l'élément cancéreux une action sélective, d'autant plus rapide qu'on a d'abord détruit les tissus dégénérés par l'acide chromique, le galvano-cautère, ou mieux par le bistouri et la curette.

Dans les épithéliomas occupant une large surface, après la cautérisation au galvano-cautère suivie des attouchements au bleu de méthyle pendant quinze à vingt jours consécutifs, pour éviter les rétractions cicatricielles, on se trouvera bien de l'application des greffes dermiques. Elles ont le double avantage de donner aux tissus une vitalité nouvelle et de rendre les cicatrices à la fois plus rapides, plus souples et plus solides.

Pour les tumeurs un peu volumineuses, profondes, fusant sous la peau, M. Darier s'est très bien trouvé des injections interstitielles de bleu de méthyle.

Ces injections amènent un ramollissement du centre de la tumeur. Il est opportun alors d'en évacuer le contenu en créant une fistule de façon à pouvoir introduire dans l'intérieur de la tumeur un stylet enroulé d'ouate et trempé alternativement dans l'acide chromique et dans la solution de bleu de méthyle. Par ce moyen, il est arrivé à faire fondre complètement un nodule cancéreux volumineux chez la malade qu'il présente.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La tuberculose chirurgicale (1), par M. le professeur LANNELONGUE.

Personne ne pouvait avoir plus de compétence que le professeur Lannelongue pour écrire ce volume. On y trouve successivement l'histoire de la tuberculose du tissu cellulaire, l'abcès froid des anciens auteurs, de la tuberculose osseuse avec ou sans fusée purulente au voisinage et de la tuberculose articulaire. En dernier lieu vient l'étude des synovites tuberculeuses des gaines tendineuses et des adénites.

M. Lannelongue a visé à être pratique et il donne, avec le plus grand soin, les indications de l'intervention thérapeutique locale. Un chapitre sur le traitement général termine cette revue d'ensemble faite par un maître qui connaît admirablement cet ordre de questions.

Le choléra (2), par A. LESAGE.

Excellente étude du choléra faite par un auteur aussi compétent en clinique qu'en microscopie. Le docteur Lesage a été, en effet, chargé d'un service très important de cholériques à l'hôpital Saint-Antoine en 1892, et il est de plus chef du laboratoire bactériologique des hôpitaux.

Le traitement est exposé d'une façon fort claire. L'auteur est grand partisan des transfusions veineuses. Il ne nous paraît pas attribuer, en revanche, une importance assez grande à la transfusion hypodermique que, après expérience personnelle, nous aurions tendance à mettre sur le même plan, au point de vue de leur utilité, que les transfusions intra-veineuses. L'injection hypodermique doit venir d'abord et si elle n'a pas suffi, on doit avoir recours à la transfusion.

(1 et 2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion de la prochaine convocation de nombreux médecins de la réserve et de l'armée territoriale, nous publierons samedi une étude que nous recommandons vivement à l'attention de nos confrères qui ont été convoqués.

— *Concours du Bureau central (chirurgie).* — Ont été déclarés admissibles : MM. Albarran, Sébileau, Thiéry, Beurnier, Rieffel, Chevalier, Legueu et Demoulin.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 mai 1894, la chaire de physiologie de la Faculté de médecine de Montpellier est déclarée vacante.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS.— *Douze jours aux Pyrénées (Excursion du 30 mai au 12 juin 1894).* — Billets à prix réduits. Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 30 mai 1894; retour à Paris (gare d'Orléans), le 12 juin 1894.

D'accord avec la Société des Voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, du 15 au 28 mai au soir, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des Voyages économiques : 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures ; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **329 fr. 80**; 2e classe, **296 fr. 70.**

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 8, rue de Londres; 7, rue Paul-Lelong; 5, rue Gaillon ; 6, place Saint-Sulpice ; 7, place de la Madeleine ; 21 bis, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 326, rue Saint-Martin; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine; 33, quai Valmy; 21, rue du Bouloi.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Exposition Universelle à Lyon.* — Billets d'aller et retour à prix réduits.

A l'occasion de l'Exposition Universelle qui a lieu à Lyon, il sera délivré, jusqu'au 1er octobre 1894, par toutes les gares du réseau P.-L.-M., pour Lyon, des billets d'aller et retour de 1re, 2e et 3e classes comportant les durées de validité suivantes :

Pour un parcours de	200 kilomètres. . . .	4 jours.
—	201 à 300 kilom. .	6 —
—	301 à 400 —	8 —
—	401 à 500 —	10 —
—	501 à 600 —	12 —

La durée de validité des billets pourra être prolongée à deux reprises et de moitié, moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix des billets.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 61. — SAMEDI 26 MAI 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 26 MAI 1894. — N° 61.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 23 mai 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Dieu, pour la direction du service de santé du 7e corps d'armée ; Madamet, pour la sous-direction de l'École du Val-de-Grâce, le poste de médecin-chef dudit hôpital et la place de membre du Comité technique de santé ; Schaumont, pour l'hôpital Saint-Martin (médecin-chef).

MM. les médecins-majors de deuxième classe Lebastard, pour le 8e d'infanterie ; Baur (F.-X.-V.), pour le 14e hussards.

MM. les médecins aides-majors de première classe Vialette, pour l'hôpital militaire de Villemanzy, à Lyon (pour ordre) ; Faivre (P.-A.-G.), pour le 14e dragons ; Ferrand (G.-A.) et Thérault, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran ; Blanc (J.-H.-R.), pour les hôpitaux militaires de la brigade d'occupation de Tunisie ; Darricarrère (J.) et Sourier, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 23 mai 1894, le nombre des élèves à admettre à l'École du service de santé militaire, à la suite du concours qui s'ouvrira le 9 juillet prochain, est fixé à 60.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 mai 1894, M. le docteur Chipault, médecin du lycée d'Orléans, a été nommé officier de l'Instruction publique.

MM. Chrétien, professeur à l'École de médecine de Poitiers ; Delmas, médecin principal de l'armée ; le docteur Morienvalle (de Chaulnes), ont été nommés officiers d'Académie.

— Par arrêté ministériel, en date du 22 mai 1894, la chaire d'anatomie comparée du Muséum d'histoire naturelle est déclarée vacante.

— M. Matignon, aide-major de deuxième classe, est nommé médecin de la Légation de la République française à Pékin.

De leur côté, les Anglais viennent d'envoyer plusieurs médecins militaires en Chine, pour organiser l'enseignement médical.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 27 mai 1894, au dépotoir, rue d'Allemagne, 187, à neuf heures et demie très précises du matin.

MÉDECINE MILITAIRE

Conseils pratiques aux médecins de réserve.

A partir du 28 mai, vont être convoqués successivement 257 médecins de réserve et 284 médecins de l'armée territoriale. Nombre d'entre eux ont, il est vrai, déjà participé à des périodes d'instruction, mais il nous paraît utile néanmoins de leur montrer tout le parti qu'ils peuvent tirer d'un nouveau séjour dans le milieu militaire, au point de vue de leurs connaissances techniques.

Quels sont les différents points des règlements sur lesquels les médecins de réserve et de l'armée territoriale doivent porter plus particulièrement leur attention; quelle application ils peuvent en faire pendant le court laps de temps dont ils disposent : c'est ce que nous allons essayer de résumer pour nos confrères désireux d'apprendre, mais souvent embarrassés, faute d'une direction sûre et méthodique.

Le médecin de réserve doit étudier ou approfondir les grandes lignes de l'organisation du service de santé, mais il est certaines dispositions réglementaires — dont plusieurs sont très récentes — qu'il doit posséder à fond, qu'il lui est indispensable d'avoir toujours présentes à la mémoire; c'est sur celles-ci que nous allons insister, les passant succinctement en revue :

α. Dans le service régimentaire;
β. Dans les hôpitaux militaires;
γ. Dans le service en campagne.

I

Service régimentaire. — 1° *Personnel.* — Le personnel régimentaire est constitué par le *médecin* chef du service (art. 38 et 39 du Règlement sur le service de santé à l'intérieur) et par le ou les *médecins* en sous-ordre (art. 40), par le *sous-officier* chargé des détails de l'infirmerie régimentaire — écritures, surveillance, administration de l'infirmerie — (art. 41), enfin par les *infirmiers* et *brancardiers* régimentaires (art. 42 et notice n° 6).

La notice n° 6 du Règlement du 25 novembre 1889 a cessé d'être en vigueur, et, à la date du 22 septembre 1893, une autre notice n° 6 lui a été substituée; cette notice fixe l'organisation des infirmiers et des brancardiers régimentaires, ainsi que celle des brancardiers d'ambulance.

Il y a deux catégories d'infirmiers régimentaires, les *titulaires* et les *auxiliaires*. Les infirmiers titulaires sont chargés du service de l'infirmerie et remplissent les fonctions de porte-sac ou de porte-sacoche dans les marches militaires, les manœuvres, les exercices de service en campagne, le tir à la cible, etc. Les infirmiers auxiliaires suppléent les titulaires dans leur service. Ils sont plus particulièrement chargés des bains, des douches, des désinfections, de la propreté des locaux; ils sont employés à remplacer les titulaires quand ceux-ci quittent le corps.

En outre du sous-officier, caporal ou brigadier, chargé des détails, il doit exister dans chaque corps de troupe, comptant dans le rang, le nombre d'infirmiers déterminé ci-après : sur le pied de paix, 1 infirmier titulaire et 1 auxiliaire par bataillon d'infanterie, d'artillerie et du génie, 2 titulaires et 2 auxiliaires par régiment de cavalerie et d'artillerie; sur le pied de guerre, 1 infirmier titulaire par compagnie d'infanterie et du génie, par escadron de cavalerie et par batterie d'artillerie.

Les infirmiers régimentaires sont choisis parmi les hommes ayant trois années de service à faire, comptant une année de service, ayant une bonne conduite et sachant lire et écrire; ils font leur deuxième année comme infirmiers auxiliaires et leur troisième année comme titulaires.

Les brancardiers régimentaires sont choisis parmi les musiciens des corps de troupe et des écoles d'artillerie, les ouvriers tailleurs et cordonniers, les étudiants en médecine et en pharmacie, et les élèves ecclésiastiques qui, dès le temps de paix, reçoivent une instruction spéciale.

L'effectif des brancardiers régimentaires en temps de guerre est le suivant : 4 brancardiers par compagnie d'infanterie, par batterie montée ou à pied, et par compagnie du génie; 1 caporal ou brigadier par bataillon d'infanterie et par groupe de batteries; 1 sous-officier par régiment d'infanterie. La cavalerie et l'artillerie à cheval n'ont pas de brancardiers régimentaires. L'instruction théorique et pratique est donnée aux infirmiers et aux brancardiers, sous la direction du médecin-major chef de service.

2° *Exécution du service.* — Chaque matin, la visite est passée par le médecin-chef qui inscrit sa décision sur le cahier des malades de la compagnie (modèle n° 13). La visite des malades en traitement est passée ensuite; les prescriptions alimentaires et médicamenteuses sont inscrites par le sous-officier sur un *cahier de visite* (modèle n° 14) composé d'autant de feuilles qu'il y a de lits et divisé en deux parties, l'une pour les jours pairs, l'autre pour les jours impairs (art. 48).

Les malades à l'infirmerie sont nourris à l'ordinaire ou au régime spécial. Ce régime comprend la diète absolue, le bouillon, le bouillon avec pain, la demi-portion avec ou sans vin, la portion entière avec ou sans vin. La *portion entière* se compose, à chaque repas, de soupe avec 40 grammes de pain, de 300 grammes de pain et de 75 grammes de viande avec légumes. La soupe et la viande peuvent être remplacées par du lait, des œufs, des pruneaux, d'après un tarif établi après entente avec la cantinière après approbation du chef de corps. La portion de vin est de un huitième de litre (art. 50).

3° *Gestion et comptabilité.* — Le médecin chef de service administre l'infirmerie sous le contrôle du conseil d'administration du corps. Il est pourvu aux dépenses, au moyen de la *masse* de l'infirmerie; cette masse est constituée par les sommes versées chaque jour pour leurs hommes par les commandants des unités; à ces versements s'ajoute le crédit du chauffage qui est fourni par le trésorier (art. 83). Les bénéfices faits sur la masse constituent les *bonis*.

Rappelons que les *registres* qui permettent l'établissement de la comptabilité et des archives médicales du corps sont les suivants (art. 86) : registres d'incorporation, des malades à la chambre, des malades à l'infirmerie, des malades à l'hôpital, des catégories (1), des vaccinations,

(1) Où sont inscrits, dans cinq catégories différentes, les varioleux, les hommes envoyés en congé de convalescence, ceux envoyés aux eaux minérales ou aux bains de mer, ceux ayant quitté définitivement l'armée, et enfin les décédés.

des blessures de guerre, d'alimentation, des médicaments et du matériel, d'enregistrement des bons, de correspondance.

II

Hopitaux militaires. — Le service dans les hôpitaux est nécessairement plus compliqué que dans les infirmeries régimentaires. Il faut, entre autres choses, que le médecin de réserve connaisse bien les dispositions qui régissent l'entrée à l'hôpital, le traitement et l'alimentation des malades.

1° *Entrée des malades.* — Tout malade entrant doit être muni d'un *billet d'hôpital.* Par application du décret du 14 octobre 1892, il n'y a plus qu'une seule formule de billet d'hôpital (modèle n° 44). Le billet est établi la veille de l'entrée ; il porte l'indication du nom du malade, de son grade, de son corps de troupe, de sa blessure ou maladie, des moyens curatifs employés, la date et la signature du médecin régimentaire (1).

Quand un militaire doit entrer le jour même, il est reçu avec un *certificat de visite* spécial délivré par le médecin. Ce certificat (modèle n° 45) porte seulement indication du nom, du grade, du corps, et de la maladie du militaire avec la signature du médecin et la date. Le billet d'hôpital est envoyé le lendemain au plus tard.

Tout malade entrant est présenté au médecin de garde qui fait la prescription alimentaire et médicamenteuse et désigne dans quelle catégorie de malades on doit le placer.

2° *Traitement des malades.* — Les médecins traitants font la visite des malades, l'été à sept heures (avril à septembre) et l'hiver à sept heures et demie (octobre à mars). La contre-visite est passée entre deux et quatre heures. Les *prescriptions* du médecin traitant sont inscrites chaque matin sur le cahier de visite (2) [art. 218]. Les prescriptions médicamenteuses se divisent en : prescriptions pour l'usage interne qui sont inscrites sur un imprimé spécial dit *relevé de médicaments* (modèle n° 51) et en prescriptions pour l'usage externe qui sont portées sur des bons appelés *bons d'aliments* (3) *et de médicaments* (modèle n° 50). Les médicaments pour l'usage externe sont toujours renfermés dans des fioles de verre coloré portant une étiquette jaune orangé (art. 221). Les infirmiers font la distribution sous la surveillance de l'aide-major de la division (art. 222).

Les *pansements* simples sont faits par les infirmiers panseurs, les autres, par l'aide-major ou le médecin traitant (art. 223).

Les objets nécessaires aux pansements sont délivrés par le bureau du matériel sur le vu de *bons particuliers* (modèle n° 54), signés par le médecin traitant et visés par le médecin chef (art. 224).

(1) Les autres renseignements réunis sur le billet d'hôpital sont l'état civil du malade, la nomenclature des effets appartenant au corps, les dates mises au timbre humide de l'entrée et de la sortie, enfin les observations du médecin traitant au moment de la sortie du malade, et sa signature.

(2) Ce cahier (modèle n° 14) est le même que celui employé dans les infirmeries régimentaires.

(3) Parce que, sur ces imprimés, sont portés les aliments donnés aux malades entrant à l'hôpital.

3° *Alimentation des malades.* — Chaque matin, un infirmier établit, au moyen de la minute (modèle n° 56), le *relevé particulier d'aliments* (modèle n° 57) qui est porté à l'officier d'administration chargé du service de la dépense. Celui-ci, à l'aide des relevés particuliers des divisions, établit un relevé général qui doit concorder avec le mouvement journalier des malades et est visé par le médecin-chef (art. 226 et 227).

Les malades sont traités suivant un des *régimes* prévus par la notice 17 (article 226, texte modifié par décision du 2 janvier 1891, B. O., p. 3). Ces régimes sont : le grand, le petit régime et le régime des diètes. Les boissons alimentaires sont indépendantes des régimes.

ALIMENTATION DES OFFICIERS (1)

Grand régime.

	4 degrés.	3 degrés.	2 degrés.	1 degré.
Pain	320gr	240	160	80
Potage	40cl	40	40	40
Aliments du tarif (2)	5	5	5	5

Petit régime.

	2 degrés.	1 degré.	1/2 degré.
Pain	160gr	80	40
Potage	40cl	40	40
Aliments du tarif	5	5	5

ALIMENTATION DES SOUS-OFFICIERS (3) ET SOLDATS

Grand régime.

	4 degrés.	3 degrés.	2 degrés.	1 degré.
Pain	320gr	240	160	80
Soupe	40cl	40	40	40
Viande crue	150gr	150	150	75
Légumes	25cl	25	125mlt	125

Petit régime.

	2 degrés.	1 degré.	1/2 degré.
Pain	160gr	80	40
Soupe ou potage	40cl	40	40
Aliments du tarif	2	2	2

Régime des diètes (officiers, sous-officiers et soldats).

Diète avec aliments.	Diète lactée.	Diète absolue.
2 aliments du tarif.	Lait, 1l.	Néant.

Déjeuner du matin (officiers).

Café noir ou au lait, ou chocolat, ou lait simple, avec 25 grammes de pain.

Sous-officiers et soldats.

S'ils sont à 3 ou 4 degrés du grand régime, café noir avec 25 grammes de pain.

Pour tous les autres malades, café noir ou au lait, ou chocolat, ou lait simple, avec ou sans 25 grammes de pain.

(1) Les officiers supérieurs ont droit à un aliment en plus.

(2) Les aliments du tarif sont énumérés dans la notice 17 et leurs quantités fixées par le règlement.

(3) Les sous-officiers peuvent toujours recevoir un dessert à chaque repas.

BOISSONS

Officiers.

Vin.	Lait.	Bière ou cidre.	Thé.
25 ou 50cl	25 ou 50	50 ou 75	25 ou 50

Sous-officiers et soldats.

Vin.	Lait.	Bière ou cidre.	Thé.
10, 15 ou 20cl	25 ou 50	25 ou 50	25

III

SERVICE DE SANTÉ EN CAMPAGNE. — Au cours des périodes d'instruction, les médecins de réserve doivent se familiariser avec le matériel dont ils seront appelés à faire usage en temps de guerre. S'il leur est possible d'apprendre à loisir les dispositions relatives à l'organisation générale et au fonctionnement du service en campagne, il est une chose qu'ils ne peuvent savoir que par la pratique, c'est la constitution du matériel de campagne (notice n° 2 du règlement sur le service de santé en campagne). Aussi les médecins militaires chargés de faire des conférences aux médecins de réserve ne négligent-ils jamais de conduire leurs auditeurs dans les magasins d'approvisionnement, et c'est pièces en main, qu'ils les initient à la connaissance approfondie de ce matériel.

1° *Matériel régimentaire.* — Ce matériel comprend des chargements de voitures médicales, des équipements d'infirmiers, des rouleaux de secours, des sacs d'ambulance, des sacoches d'ambulance, des musettes à pansements.

L'infanterie et l'artillerie montée ont la *voiture médicale régimentaire, modèle* 1888, à un cheval, à raison d'une voiture par bataillon ou groupe de batteries. Le chargement de cette voiture suffit pour 300 pansements ; il comporte 4 paniers régimentaires, modèle 1892 (1 panier n° 1 médicaments, 1 panier n° 2 opérations, 2 paniers n° 3 pansements), une paire de paniers de réserve de pansements nos 1 et 2, 8 brancards avec bretelle, 1 bidon de 10 litres, 1 tonnelet de 30 litres, des imprimés, 2 lanternes marines, 10 musettes à pansement, 20 bidons de 1 litre pour brancardiers, 20 brassards de neutralité, 4 trousses d'infirmiers, 1 fanion de neutralité et 1 fanion national.

La cavalerie et l'artillerie à cheval emploient la *voiture médicale, modèle* 1891, à deux chevaux, à raison d'une voiture par deux régiments ; pour compenser la suppression de la voiture du 2e régiment, chacune des voitures à deux roues pour blessés est pourvue d'un panier régimentaire pour troupes à cheval (modèle 1892). Le chargement de la voiture de cavalerie est le même que pour l'infanterie, sauf que les 4 paniers sont remplacés par la paire de cantines médicales nos 1 et 2.

L'*équipement d'infirmier* se compose d'un havresac de troupe (modèle 1882), modifié de la façon suivante : le tiroir à cartouches contient une petite réserve d'objets de pansements ; sur l'un des côtés du sac est adapté un étui en toile goudronnée renfermant 4 attelles en bois, de la toile métallique, des lacs et une écharpe triangulaire.

Le *rouleau de secours* comprend un étui en toile, un peignoir, deux gants de crin et un frottoir en serge, pour les cas d'asphyxie ; le rouleau est placé sur le sac d'ambulance.

Le *sac d'ambulance*, destiné à l'infanterie et à l'artillerie montée, est divisé en plusieurs compartiments renfermant les principaux médicaments et objets de pansement nécessaires pendant la marche, les manœuvres, et en cas d'accident. Chaque bataillon d'infanterie, chaque groupe de batteries montées et chaque compagnie alpine possède un sac d'ambulance.

La paire de *sacoches d'ambulance* est donnée pour deux escadrons réunis et pour tout escadron isolé ; elle tient lieu du sac d'ambulance.

Les *musettes à pansement* sont attribuées à raison de 10 par bataillon d'infanterie à 4 compagnies, et de 8 par groupe de 3 batteries montées. La musette en toile goudronnée est portée en sautoir (1 par 4 brancardiers) ; elle renferme divers objets de pansement, de l'iodoforme, une pince hémostatique, deux lacs en treillis pour l'hémostase.

2° *Matériel de l'ambulance n°* 1 (pour quartier général de corps d'armée et pour chaque division d'infanterie). — Ce matériel est transporté dans un certain nombre de voitures et fourgons, que nous énumérons ci-après :

Une voiture pour le personnel non monté (pour 8 officiers);

Deux voitures de chirurgie ; la partie antérieure de chaque voiture contient 2 armoires où sont disposés 8 paniers de pansements, d'appareils de lavage et d'objets de propreté ; la partie postérieure renferme, dans 16 casiers et tiroirs, les boîtes et instruments de chirurgie, les bandages à fractures, les objets de pansement, le matériel de pharmacie. Le chargement de la voiture de chirurgie comporte, en outre, une table à opérations en X, 4 brancards, 2 réservoirs d'eau de 25 litres, 1 lanterne portative et 1 sac d'outils ;

Deux voitures d'administration contenant des archives imprimées, objets de bureau, tabliers, serviettes, bourgerons, ustensiles pour les repas, des ustensiles de cuisine, 6 coffres et 4 compartiments à denrées ;

Deux fourgons du service de santé A et B transportant chacun un approvisionnement de pansements simples, coton, coussins à fractures, linge préparé, bandes et compresses, 1 caisse d'appareils à fractures, des gouttières, médicaments, brancards, couvertures ;

Deux fourgons du service de santé C et D. — Dans l'ambulance de quartier général, ces fourgons transportent un approvisionnement de réserve pour corps de troupe ; dans l'ambulance de division, ils contiennent un approvisionnement de réserve identique à celui des fourgons A et B ;

Deux fourgons du service de santé E et F, où est réuni un complément de matériel en musettes à pansement, couvertures, 1 tente d'ambulance système Tollet ou Tortoise, des tonnelets, brancards et bidons ;

Deux fourgons à vivres transportant les vivres régimentaires de l'ambulance ;

Des *voitures pour blessés à deux roues* (8 pour l'ambulance de quartier général, 4 par ambulance de division d'infanterie) et des *voitures à quatre roues* (6 pour l'ambulance de quartier général, 4 pour l'ambulance de division d'infanterie) ;

Des *cacolets* (40), des *litières* (10) et des *outils*.

3° *Matériel de l'hôpital de campagne.* — L'approvisionnement en matériel de l'hôpital de campagne permet d'assurer le traitement de 100 blessés ou malades pendant trois mois ; cet approvisionnement comprend : 5 caisses de médicaments, 21 paniers à pansements, 1 caisse d'appareils à fractures, des gouttières et de la toile métallique, 1 caisse

d'instruments de chirurgie du nouvel arsenal, 6 caisses d'administration contenant des vivres de conserve et des ustensiles, 50 ouvertures, 200 draps de lit, 8 ballots de linge, 1 caisse d'imprimés.

Ce matériel est transporté sur 4 fourgons du service de santé.

Il est attribué 8 hôpitaux de campagne par corps d'armée, répartis ordinairement à raison de 4 par division d'infanterie.

Conclusions. — Les notions que nous avons résumées et condensées doivent constituer pour les médecins de réserve un canevas, un sommaire des questions qu'il leur faut connaître en détail, à l'issue de la période d'instruction. Les quelques jours qu'ils passent à l'hôpital et à l'infirmerie régimentaire, les quelques séances auxquelles ils assistent dans les magasins de matériel leur seront d'un bien plus grand profit, s'ils étudient à l'avance tout ce dont il pourra leur être parlé.

Nous avons pensé leur faciliter la tâche en leur donnant les indications que nous venons d'exposer ; elles leur permettront de se livrer, sans hésitation et par suite sans retard, à l'étude des parties importantes de nos règlements, de celles dont la connaissance leur est absolument utile. Où qu'il prenne son instruction théorique, qu'il la puise dans les manuels (1) ou dans le texte même des règlements, le médecin de réserve et de l'armée territoriale ne doit avoir qu'un seul objectif, compléter cette instruction tout artificielle par des connaissances pratiques, éminemment professionnelles. Si ces connaissances pratiques lui font défaut, s'il ne sait se reconnaître dans la complexité des rouages du service, si, enfin, il n'a pas présents à l'esprit tous les détails de l'organisation de nos immenses ressources en matériel sanitaire, le médecin le plus expert ne pourra rendre les plus petits services. Il ne suffit pas, surtout en campagne, de vouloir traiter les blessés, on doit toujours prévoir à l'avance comment et avec quoi on les traitera ; dans ce but, préparer en temps utile tout le matériel d'opérations, de pansement et de transport est et sera, pour le médecin, le premier des devoirs. Il faut que nos confrères se mettent bien dans l'esprit que ceux d'entre eux qui auront une parfaite connaissance du matériel de campagne seront des auxiliaires précieux pour les chirurgiens d'armée, d'autant plus précieux que, dans les guerres futures, les hommes seront fauchés en grand nombre ; or, il est de notre devoir, non seulement de songer à l'avenir, mais encore de chercher, dès l'heure présente, à nous mettre en mesure d'atténuer aussi efficacement que possible les funestes effets du choc des grandes masses.

HOPITAL RICORD. — M. Balzer.

Œdème éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur gauche consécutif à un bubon blenno-strumeux.

Par P. Mermet, interne des hôpitaux.

Les cas d'œdèmes éléphantiasiques par obstruction ou compression des voies lymphatiques ou sanguines sont actuellement bien connus. Les causes déterminantes en sont multiples et varient suivant les régions.

Au membre inférieur notamment, on retrouve cette multiplicité étiologique. Le cas suivant, que nous avons observé dans le service de notre maître, M. Balzer, en est une preuve manifeste.

C... (Octave), âgé de vingt-six ans, journalier, entre à l'hôpital du Midi, le 29 août 1893, salle VI, lit n° 23.

Antécédents. — Pas d'antécédents héréditaires ou familiaux. Assez bonne santé avant son entrée dans le service. On ne trouve chez lui pour tout antécédent que des accidents oculaires dans l'enfance, évidemment d'ordre scrofulo-tuberculeux. Pas d'affections vénériennes antérieures avant celle pour laquelle il vient nous consulter.

État à son entrée. — Blennorragie aiguë à gonocoques, datant de dix-huit jours, compliquée d'une orchi-épididymite gauche datant de trois jours; balano-posthite avec phimosis.

23 août, c'est-à-dire cinq jours après son arrivée à l'hôpital, orchite droite accompagnée d'un état gastrique assez marqué, céphalée très vive, douleurs intenses dans la région inguinale, fièvre de 39 degrés, albuminurie abondante. Régime lacté intégral.

24 août. Tuméfaction douloureuse de l'aine gauche dans la zone ganglionnaire; les ganglions, augmentés de volume, forment une masse pâteuse, mal limitée.

27 août. Tuméfaction ganglionnaire analogue du côté droit, qui ne tarde pas à entrer en résolution. L'albuminurie des jours précédents a disparu.

Commencement de septembre. La masse pâteuse de l'aine gauche s'accroît, gagne en étendue; les ganglions horizontaux et verticaux de l'aine sont pris. La masse est absolument immobile sur l'aponévrose, est douloureuse spontanément et à l'exploration. La peau devient adhérente et rougit; on ne perçoit pourtant pas de fluctuation dans la région tuméfiée.

En même temps, le scrotum est œdématié, surtout du côté gauche; la peau du scrotum donne une consistance mollasse intermédiaire entre la dureté de certains éléphantiasis et la mollesse de l'œdème; on ne peut obtenir d'ailleurs le godet caractéristique de celui-ci. La vaginale ne contient point de liquide; on ne perçoit ni transparence, ni fluctuation.

L'état général est assez médiocre : inappétence, amaigrissement, oscillations thermiques vespérales pendant trois jours, les 4, 5 et 6 septembre.

16 septembre. La masse ganglionnaire inguinale gauche est suppurée et est ouverte. A droite, il ne subsiste de la poussée inflammatoire précédente qu'un peu d'hypertrophie des ganglions inguinaux.

26 septembre. La suppuration du bubon persiste; les bords de l'ulcération ganglionnaire sont blafards, non cicatriciels; la cavité est anfractueuse, à bourgeons charnus jaunâtres et de mauvais aspect; le bubon présente en un mot le type du bubon blenno-strumeux. On fait un curetage de la cavité ganglionnaire et une cautérisation au thermocautère des points fongueux.

15 octobre. Le bubon gauche est complètement fermé et cicatrisé; mais la masse ganglionnaire sous-jacente au ganglion suppuré persiste.

Fin d'octobre. Cette masse ganglionnaire est stationnaire. Elle siège exactement à 2 centimètres de l'arcade crurale. Elle présente une hauteur de 6 centimètres, et tranversalement s'étend sur toute la largeur du pli inguinal ; sa direction est donc transversale. Elle est immobile sur les parties profondes et sur la peau ; sa consistance est dure, sa surace irrégulière.

(1) Dont le plus récent et le plus complet est le *Guide militaire des médecins et pharmaciens de réserve*, des docteurs Petit et Collin, médecins-majors de l'armée.

Du côté droit, il ne persiste que des ganglions petits et mobiles sur les parties profondes.

L'œdème éléphantiasique est à son maximum au niveau des régions tributaires comme lymphatiques des ganglions inguinaux gauches.

Les bourses présentent un volume énorme. Leur diamètre vertical est de 18 centimètres, le diamètre transversal de 35, la circonférence de 32 à la base. La peau est lisse, distendue; cependant les plis n'ont point de tendance à s'effacer comme dans l'œdème ordinaire. Le tissu cellulaire est très infiltré, surtout du côté gauche, et donne à la palpation la même consistance que précédemment. On ne perçoit pas d'épanchement dans la séreuse vaginale; on ne constate seulement qu'un noyau induré à la queue de l'épididyme gauche, noyau résiduel de l'orchite antérieure.

Cet œdème éléphantiasique se retrouve avec les mêmes caractères sur le membre inférieur. Les dimensions de celui-ci sont les suivantes comparées à celles du membre correspondant, savoir :

	CIRCONFÉRENCE	
	du membre gauche.	du membre droit.
Au niveau du pli de l'aine	60cm	54cm
— de partie moyenne de cuisse.	48	44
— du creux poplité.	38	36
— de partie moyenne de jambe.	36	33

La peau est lisse, distendue, ne présente ni saillies, ni dilatations veineuses sous-cutanées. La palpation donne des téguments une consistance pâteuse, sans godets; on ne perçoit pas de traînée lymphatique ou veineuse, superficielle ou profonde. Du côté du membre inférieur droit aucune modification pathologique.

Le traitement de cet état éléphantiasique consista en compression du membre, port d'un suspensoir relevant et comprimant les bourses sur l'abdomen, massages, douches sulfureuses sur les extrémités.

Novembre. L'état local persiste sans grandes modifications; pas de changement manifeste du côté du membre gauche et des bourses. La masse ganglionnaire tend à diminuer de volume.

Premiers jours de décembre. Une modification lente se produit; peu à peu le membre inférieur et les bourses diminuent de volume; la peau peut plus facilement se plisser, les tissus sous-jacents sont plus souples.

16 décembre, à la sortie. Les parties éléphantiasiques ont, sous l'influence de la compression, repris leur volume à peu près normal; le malade n'éprouve aucune douleur, aucune gêne du côté des parties atteintes; il peut, dès lors, vaquer à ses occupations.

Cette observation est intéressante à considérer surtout aux trois points de vue : diagnostique, pathogénique et étiologique.

1° *Au point de vue diagnostique.* — Nous devions nous demander d'abord à quel état éléphantiasique du scrotum et du membre inférieur nous avions eu affaire.

Nous devions éliminer rapidement l'hypothèse d'une éléphantiasis endémique ou des pays chauds. Bien que, comme dans notre cas, cette éléphantiasis envahisse le scrotum et les membres inférieurs de préférence, comme l'on sait, nous ne retrouvions rien chez notre malade qui pût justifier une telle opinion. Malgré l'absence d'analyse du sang, on pouvait, de par les antécédents du malade et de par la marche des accidents, éliminer la filariose.

Il s'agissait donc d'un cas d'éléphantiasis nostras, dont nous devions chercher l'origine, soit dans le système veineux, soit dans le système lymphatique.

Les éléphantiasis purement veineuses ont une origine bien nette et succèdent habituellement à une maladie générale (infections ou dyscrasies hydropigènes, affections cardiaques) ou à une lésion locale veineuse (phlegmatia alba dolens le plus souvent). Notre enquête anamnestique était encore de ce côté négative.

Force était donc de penser à une éléphantiasis lymphatique; nous y étions d'autant plus volontiers conduit de par les accidents antérieurs du malade que nous avions vus évoluer sous nos yeux, et de par la marche de l'affection. Il y avait, sans aucun doute, un rapport de cause à effet avec l'adénite inguinale antérieure, presque concomitante; de plus, nous retrouvions dans cet œdème éléphantiasique tous les signes caractéristiques des éléphantiasis purement lymphatiques : distribution de l'œdème dans les régions tributaires des ganglions affectés précédemment, consistance pâteuse des parties, aspect et coloration de la peau, marche chronique ou tout au moins subaiguë de l'affection. Nous nous crûmes donc autorisé à porter le diagnostic d'œdème éléphantiasique par obstruction lymphatique.

2° *Au point de vue pathogénique.* — Quel avait été le processus ganglionnaire aboutissant à l'obstruction du réseau lymphatique du membre inférieur gauche et du côté correspondant du scrotum?

En l'absence de constatation anatomique, on ne pouvait évidemment faire que des hypothèses.

Lors du début de l'éléphantiasis, le bubon inguinal en était encore à la période inflammatoire, non suppurative: à ce moment, les troncs lymphatiques du scrotum et superficiels du membre inférieur ne pouvaient qu'être enserrés dans la zone inflammatoire péri-ganglionnaire. Ce n'est là, assurément, qu'une hypothèse, mais qui a tout au moins la valeur d'être rationnelle.

Plus tard, alors que l'œdème était à son maximum, le bubon s'était refermé après son ouverture et présentait une consistance dure, scléreuse. Nous étions tout naturellement conduit à voir là un phénomène d'obstruction lymphatique par sclérose ganglionnaire succédant à la violente inflammation du début et ayant amené une dilatation rétro-ganglionnaire de tout le réseau lymphatique du membre inférieur gauche et du côté correspondant du scrotum.

Plus tard enfin, lors de la disparition de l'éléphantiasis, on peut supposer un rétablissement de la circulation lymphatique au niveau de l'obstacle ou une suppléance anastomotique des voies lymphatiques.

3° *Au point de vue étiologique.* — Il est un dernier point à signaler et trop peu connu selon nous.

La cause première des accidents chez notre malade avait été la blennorragie, point de départ de l'adénite inguinale, cause elle-même de l'éléphantiasis. Cet enchaînement des accidents nous montre une complication nouvelle, très indirecte, il est vrai, de la chaude-pisse, mais que l'on n'avait point encore signalée.

La cause seconde de l'éléphantiasis, c'est-à-dire le bubon suppuré, mérite également quelque attention. Les auteurs n'insistent guère, en général, sur la fréquence de l'adénite suppurée dans la blennorragie et, en tout cas, ne fixent point de chiffres. C'est là pourtant une complication avec laquelle il faut compter; la statistique du service de M. Balzer nous donne, en effet, pour l'année 1892, un total de 9 bubons suppurés sur 874 blennorragiens, soit en

moyenne 1,03 p. 100 de bubons suppurés dans la blennorragie.

La conclusion de cette observation, c'est qu'il faut se méfier de plus en plus des nouveaux méfaits de la blennorragie et poursuivre celle-ci par un traitement local des plus énergiques. Il faut chez l'homme : d'une part, faire l'antisepsie d'un canal contaminé par le gonocoque, par les grands lavages modificateurs (permanganate de potasse, ichthyol, sublimé), pour éviter la propagation canaliculaire de la chaude-pisse et partant les complications testiculaires ; d'autre part, faire une antisepsie non moins rigoureuse du gland et du prépuce si souvent le siège d'infections secondaires (blennorragies externes des anciens auteurs), pour empêcher la propagation lymphatique et par cela même les bubons suppurés et toutes leurs conséquences.

TRAITEMENT DE L'EMPHYSÈME PULMONAIRE A CAUTERETS

Par M. le docteur Achille Bouyer,
Médecin ex-inspecteur à Cauterets.

Conclusions. — Les eaux de Cauterets sont journellement appliquées avec avantage au traitement de l'emphysème bronchitique.

Elles peuvent combattre avec succès l'emphysème subaigu assez fréquent chez les enfants et prévenir le développement d'un emphysème chez les arthritiques, sujets à des poussées de bronchites sibilantes s'accompagnant d'accès dyspnéiques.

Dans l'emphysème définitif, elles produisent une amélioration plus ou moins grande et durable, suivant le cas.

C'est en amendant le catarrhe bronchique, en désobstruant les bronches, ainsi que les vésicules pulmonaires, et en remédiant à la disposition fluxionnaire de la muqueuse qu'elles parviennent à enrayer l'emphysème dans sa marche graduelle. Elles peuvent ainsi prévenir ou combattre les suites presque inséparables de cette affection : bronchorrée, dilatation du cœur droit, asthme secondaire, etc.

Elles sont plus spécialement indiquées toutes les fois que l'emphysème s'est développé sous l'influence d'une diathèse arthritique ou herpétique, avec le concours actif de poussées bronchitiques ou d'accès d'asthme catarrhal.

Si les eaux semblent modifier plus rapidement les catarrhes humides, par contre, on les voit exercer une action plus complète dans certaines formes sèches, lorsque la dyspnée n'est pas en rapport avec le degré de la lésion emphysémateuse et qu'elle présente des paroxysmes dus à des spasmes bronchiques, ainsi qu'à la présence de sécrétions visqueuses et adhérentes dans les dernières ramifications bronchiques.

Elles n'ont qu'une action très limitée dans les cas d'emphysèmes dits essentiels, qui ne se sont compliqués que tardivement d'un catarrhe bronchique.

Les contre-indications se déduisent plutôt de l'état du muscle du cœur que des lésions de cet organe.

L'âge du malade, la bronchorrée, l'ancienneté, l'étendue et le degré de l'ectasie vésiculaire peuvent aussi devenir le sujet de contre-indications.

Le traitement thermal, dirigé contre le catarrhe bronchique, exerce une certaine action sur les lésions emphysémateuses et sur les troubles nutritifs du parenchyme pulmonaire, d'origine diathésique, qui ont favorisé leur développement.

La boisson, le humage et la douche révulsive forment la base du traitement.

L'efficacité de la médication se révèle non seulement par l'atténuation des phénomènes de bronchite et de dyspnée, mais encore par des modifications favorables de l'état général, résultant de l'amélioration des fonctions respiratoire et circulatoire.

Les conditions atmosphériques de la station constituent un précieux adjuvant de la cure thermale.

LES MALADIES DE L'ENFANCE

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

M. Comby étudie les rapports qui existent entre le rachitisme et les accidents convulsifs des enfants. Voici le résumé exact de son intéressante communication :

« La coïncidence du rachitisme avec les divers accidents convulsifs de l'enfance (éclampsie, spasme de la glotte, tétanie, spasme irritant) a été relevée par les médecins.

Mais il ne faut pas exagérer la fréquence des convulsions chez les rachitiques.

J'ai observé, en dix ans, dans un dispensaire, plus de 1,600 rachitiques, et je ne crois pas qu'un dixième de ces petits malades ait eu des convulsions ; en disant que sur 100 rachitiques pris en bloc, 10 auront, ont ou ont eu des manifestations convulsives, on fait la part la plus large qu'on puisse faire au rachitisme dans la genèse des convulsions.

Les convulsions internes ou spasmes de la glotte ont été plus particulièrement subordonnées au rachitisme ; pour Hénoch (de Berlin), les deux tiers des enfants atteints de spasme glottique sont rachitiques.

En France, nous observons rarement cette espèce morbide, que Kassowitz (de Vienne) trouve si fréquemment en Autriche.

La dentition, invoquée trop souvent, a un rôle pathogénique bien effacé, pour ne pas dire nul ; et sans contester les faits que pourraient m'objecter d'honorables collègues, je déclare formellement pour ma part n'avoir jamais eu l'occasion de faire la moindre scarification gingivale, sur plus de 70,000 consultations infantiles données dans ces onze dernières années.

Même dans les cas où la dentition est retardée ou pervertie par le rachitisme, elle m'a semblé impuissante à éveiller le phrénoglottisme.

Il n'y a pas de cause à effet, directe ou indirecte, entre le rachitisme et le laryngopasme.

Le rachitisme est très commun, le spasme de la glotte très rare, du moins à Paris.

Comment d'ailleurs agirait le rachitisme pour produire le spasme glottique ? Ce n'est pas par le trouble apporté à l'évolution dentaire, je l'ai déjà dit. Serait-ce par la décalcification des os du crâne par l'occiput mou, par le craniotabes d'Elsässer ?

Le ramollissement des os postérieurs du crâne est une lésion banale que j'ai rencontrée des centaines de fois, à des degrés divers, souvent très accusés, chez des enfants de toute catégorie (forts ou faibles, gras ou maigres, bien ou mal allaités), ordinairement dans les premiers mois de la vie, avant toute déformation rachitique du squelette.

J'ai pu exercer des pressions assez fortes sur les os ramollis sans provoquer le moindre désordre nerveux et, malgré les apparences de certains cas extrêmes, les fonc-

tions du cerveau ne m'ont jamais paru compromises par le craniotabes.

Le craniotabes, quand on veut bien le chercher, se rencontre avec une fréquence étonnante; le spasme de la glotte au contraire presque jamais.

Sur cinquante observations récentes de craniotabes, une seule fois, j'ai noté le spasme glottique, qui pouvait d'ailleurs s'expliquer par l'alimentation (biberon), l'enfant ne souffrant en rien de sa lésion cranienne, découverte par hasard.

Chez un autre enfant craniomalacique, j'ai pu assister à des convulsions générales (éclampsie), suivies plus tard de tic de Salaam (spasme nutant); cet enfant était un nerveux, un prédisposé, offrant d'autres stigmates de dégénérescence (nystagmus).

Par contre j'ai vu le spasme de la glotte chez quelques enfants rachitiques qui n'avaient pas de craniotabes.

Le spasme de la glotte manque chez la plupart des enfants atteints de craniotabes; il se rencontre quelquefois chez des enfants qui n'ont pas de craniotabes. Conclusion : Le craniotabes n'est pas la cause du spasme de la glotte. Comme, d'autre part, le spasme de la glotte s'observe chez des enfants qui n'ont pas plus de rachitisme que de craniotabes, on peut conclure que le rachitisme, qu'il soit isolé ou accompagné de craniotabes, n'est pas la vraie cause du spasme glottique.

Cependant il y a un lien entre ces deux états morbides.

Ce lien, nous le trouvons dans les troubles digestifs si fréquemment observés à l'origine du rachitisme, chez les enfants allaités artificiellement, mal nourris, sevrés trop tôt, etc.

Convulsions, rachitisme se rencontrent chez ces enfants avec une fréquence incomparablement plus grande que chez les enfants élevés dans des conditions hygiéniques opposées. »

Notre confrère, le docteur Bauzon (de Chalon-sur-Saône), fait une communication sur l'ictère des nouveau-nés qui, dit-il, est un ictère hémaphéique bénin. L'ictère bénin est de tous les temps et de toutes les latitudes. Les auteurs anciens, vu sa bénignité, attachaient peu d'importance à cette affection. Les écrivains modernes, tenant compte de sa fréquence, lui consacrent volontiers quelques lignes.

La coloration jaune anormale non ecchymotique de la peau est le caractère essentiel de l'ictère simple.

L'ictère se développe ordinairement de la périphérie au centre.

Dans l'ictère, la coloration des conjonctives n'est pas aussi constante chez le petit enfant que chez l'adulte.

La coloration de la muqueuse buccale, par son degré, indiquerait l'intensité de la jaunisse.

La durée de l'ictère est proportionnelle à son intensité.

D'après M. Porak, 80 p. 100 des enfants seraient atteints d'ictère simple. Cette proportion, d'après nous (clientèle civile), devrait être ramenée à 57 p. 100.

Le plus souvent, l'ictère simple n'est accompagné d'aucun trouble fonctionnel.

L'ictère simple des nouveau-nés est bénin, parce que les fonctions bio-chimiques du foie sont toujours conservées.

Les théories émises sur la pathogénie de l'ictère sont aussi nombreuses et diverses que les médecins qui se sont occupés de pédiatrie.

L'ictère simple des nouveau-nés est bien un ictère hémaphéique bénin caractérisé essentiellement par l'imprégnation des téguments d'une matière colorante résultant de la désorganisation d'un grand nombre de globules sanguins.

La faiblesse congénitale est certainement le facteur le plus constant et le plus important de l'étiologie de l'ictère.

La ligature tardive du cordon, loin d'être, comme le veut M. Porak, une cause d'ictère, est, au contraire, le meilleur moyen d'en préserver les enfants. Avec la ligature tardive, 43 p. 100 au lieu de 20 p. 100 sont exempts d'ictère.

L'hygiène infantile bien entendue sera le seul traitement rationnel de l'ictère.

Ne quittons pas la pathologie infantile, sans parler du traitement de la diphtérie du pharynx et du larynx, tel que le préconise M. Lampadarios (d'Athènes).

L'orateur recommande le traitement local énergique; fort attaché à l'antisepsie, il ne manifeste pas de préférence exclusive pour tel ou tel antiseptique et cite sur la même ligne l'acide phénique, le phénol sulforiciné, le sublimé, le perchlorure de fer. Il est inutile de chercher des médicaments nouveaux, pourvu qu'on applique bien les anciens. Il déclare insuffisantes les pulvérisations et irrigations dans la gorge. Il a pour principe de nettoyer minutieusement les parties malades à l'aide d'écouvillons d'ouate hydrophile trempés dans le liquide antiseptique et égouttés. Cette pratique doit être renouvelée fréquemment pour entraîner les produits septiques des microbes et stériliser les surfaces malades. Au début, l'auteur se servait d'un mélange à parties égales d'acide phénique, d'alcool et de glycérine. Plus tard, il a employé le perchlorure de fer pur ou étendu par moitié de glycérine. Il déclare que cette méthode (deux ou trois applications par jour) est capable de guérir toute diphtérie pharyngée, même gangreneuse, si elle est appliquée de bonne heure. Les irrigations sont réservées pour la diphtérie nasale. Quand il y a croup, l'auteur emploie des fils de laiton ayant la longueur et la courbure nécessaires pour pénétrer dans le larynx; il enveloppe leur extrémité d'ouate hydrophile, la trempe dans le perchlorure de fer et fait ensuite le cathétérisme de la glotte, deux ou trois fois par jour. M. Lampadarios, plein de confiance dans sa méthode, ne s'inquiète pas des traumatismes qu'elle peut déterminer, sûr, croit-il, de pouvoir aseptiser le champ opératoire. Cette confiance absolue et exclusive est malheureusement professée par tous les promoteurs de méthodes ou de procédés nouveaux et il est à craindre qu'en d'autres mains, elle ne donne pas les résultats si bruyamment annoncés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 23 mai 1894. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Anesthésie par l'éther. — M. Michaux expérimente depuis quelque temps ce mode d'anesthésie et en a obtenu jusqu'ici d'assez bons résultats pour continuer à préférer l'éther au chloroforme; presque toutes les statistiques montrent qu'il est moins dangereux.

M. Segond rappelle que M. Villeneuve (de Marseille) déclare qu'il faut de quatre à dix minutes pour endormir un malade avec le bromure d'éthyle. Il est bien évident que M. Villeneuve ne procède pas de la même façon que M. Segond, car ce dernier n'a jamais mis plus d'une minute pour obtenir l'anesthésie chez les 443 opérés qu'il a endormis avec le bromure d'éthyle et le chloroforme.

M. MONOD, ayant eu dans la même séance trois alertes graves par le chloroforme, s'est mis également à expérimenter l'éther. Étant interne de Gosselin, il se rappelle avoir assisté à des anesthésies par l'éther. On employait alors de petites doses et il fallait souvent une demi-heure avant d'obtenir le sommeil. Aujourd'hui, M. Monod, en donnant 15 à 20 grammes d'éther d'un seul coup, obtient l'anesthésie en quatre ou cinq minutes au plus.

Laparotomies exploratrices. — M. RICHELOT, à propos de la communication faite dans la dernière séance par M. Terrier, communique plusieurs exemples de laparotomies purement exploratrices ou n'ayant conduit qu'à des interventions très restreintes et qui ont donné des résultats inattendus, soit pour des affections pelviennes, soit pour des affections de l'estomac. Il s'agit tout d'abord d'une femme, souffrant beaucoup, émaciée, cachectique, présentant toutes les apparences d'une affection pelvienne grave. M. Richelot fait la laparotomie, détache seulement quelques adhérences et la malade guérit.

Un autre malade paraît atteint d'un rétrécissement œsophagien cancéreux; il est mourant. M. Richelot fait la laparotomie dans le but de faire une gastrostomie. Il trouve un estomac dont toute la paroi antérieure est infiltrée de cancer; il se contente de détacher quelques adhérences, referme le ventre. Le malade va beaucoup mieux. Il n'a plus de dysphagie. Tous les accidents disparaissent sous cette influence mystérieuse de la laparotomie.

Un homme de cinquante-neuf ans, hystérique avéré, entre, en 1887, à l'hôpital Bichat. Il est atteint de vomissements continuels, incoercibles depuis cinq ans. Il n'a jamais eu d'hématémèse ni de melæna. On diagnostique cependant un rétrécissement cancéreux du pylore. M. Richelot fait la laparotomie dans le but de tenter une pylorectomie. Il trouve un estomac dilaté, mais sain; le pylore est souple et ne présente aucune altération. On referme le ventre. Les vomissements disparaissent et tous les symptômes d'hystérie s'amendent. Ce malade, opéré en avril 1887, est resté à l'hôpital en observation jusqu'en novembre de la même année et la guérison s'est maintenue.

Ces faits semblent donc confirmer ce que disait M. Terrier, à savoir que la laparotomie, dans certaines affections indéterminées de l'estomac, peut rendre de réels services, soit qu'elle conduise à une intervention quelconque, soit même qu'elle reste simplement exploratrice.

M. QUÉNU dit qu'il ne faut pas déplacer la question. M. Terrier n'a voulu qu'appeler l'attention des chirurgiens et surtout des médecins sur les avantages de la laparotomie exploratrice dans les affections de l'estomac. Il est évident qu'elle peut rendre service dans les cas de sténose pure ou de sténose cancéreuse du pylore.

M. TERRIER rappelle qu'il y a bien des cas dans lesquels, en présence d'une affection gastrique, les médecins ne savent plus que faire pour guérir ou soulager les malades. Dans ces cas, le chirurgien est autorisé à faire une laparotomie exploratrice qui permet souvent d'obtenir une grande amélioration dans les cas de cancer et souvent une guérison chez des nerveux. Indépendamment de ces cas, on peut trouver des lésions d'ordre divers, d'ordre inflammatoire, comme dans le cas rapporté par M. Terrier.

Dans ces cas, en détruisant quelques adhérences, on peut rendre les plus grands services aux malades. Donc, depuis la simple laparotomie exploratrice jusqu'à la laparotomie conduisant à des interventions chirurgicales efficaces, importantes, le chirurgien possède là une précieuse ressource contre un certain nombre d'états pathologiques plus ou moins graves de l'estomac.

M. BOUILLY fait observer qu'à côté de ces cas auxquels vient de faire allusion M. Terrier, il ne faut pas oublier qu'il en est qui guérissent spontanément. M. Bouilly cite des exemples, ceux, entre autres, de deux malades qui présentaient tous les signes d'un cancer de la face antérieure de l'estomac et qui ont complètement guéri sans aucune intervention.

M. TERRIER rappelle que, de son côté, il a cité un fait analogue. Mais il y a aussi beaucoup de ces malades qui ne guérissent pas.

RAPPORT

Résection de la hanche. — M. KIRMISSON fait un rapport sur une observation adressée par M. Calot (de Berck-sur-Mer). Il s'agissait d'un enfant coxalgique, atteint de fistules multiples et que M. Calot se décida à opérer le 10 juillet 1891. Il réséqua la tête du fémur et enleva plusieurs séquestres de la cavité cotyloïde. Il fit une résection extrêmement large du côté de cette cavité; puis il réséqua 16 centimètres du côté de la diaphyse fémorale. Il restait 18 centimètres de fémur. L'opération avait duré trois quarts d'heure. Il y eut un shock terrible; la température oscilla entre 35 et 35°5, puis l'état s'améliora rapidement. Après six semaines, il ne restait plus qu'un petit trajet fistuleux. Deux mois après l'enfant quittait l'hôpital avec un appareil silicaté. M. Calot a pu suivre ce malade pendant deux ans et demi. Actuellement, on constate un résultat orthopédique fort avantageux. Cet enfant possède un fémur de nouvelle formation et une néarthrose qui lui permet des mouvements très étendus. Il a un raccourcissement de 10 centimètres. M. Calot estime que cet enfant a 15 centimètres 1/2 de reproduction osseuse, il attribue ce beau résultat à la conservation de la gaine périostique.

M. SCHWARTZ cite un cas analogue. Il s'agit d'un garçon de treize ans qui avait une luxation pathologique de la hanche avec carie du fémur. L'état général était assez bon, il n'y avait rien dans les urines. M. Schwartz fit la résection de la hanche; il enleva 14 centimètres de fémur. Cet enfant guérit après trois ou quatre mois. Il a 12 centimètres de raccourcissement ce qui ne l'empêche pas de faire six kilomètres sans inconvénient et muni d'un simple appareil à tuteur et d'une bottine avec un pilon en dessous. Le résultat curatif a été ici excellent.

La séance est levée.

Des origines et des modes de transmission du cancer (ouvrage couronné par l'Académie de médecine), par le docteur Maurice CAZIN, chef du laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu. — Prix : 5 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Questions professionnelles. Causeries pour les médecins (deuxième série), par le docteur L. GRELLETY, médecin consultant à Vichy, secrétaire de la Société de thérapeutique, etc. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 575, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE......... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HÔPITAUX. — HÔTEL-DIEU DE LYON. Squirrhe atrophique de la langue. — REVUE DE LA PRESSE. — LES AFFECTIONS TYPHOÏDIQUES DEVANT LE CONGRÈS DE ROME. — Perforateur-drille à colonne torse pour les os. — Service médical de nuit dans la ville de Paris. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES. — BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

Paris, le 28 mai 1894.

Un malade a eu, il y a près de trois ans, des signes de pneumothorax (1). Après avoir toussé, avoir eu de la fièvre, de la douleur dans le côté, il percevait nettement lui-même, à gauche, un bruit de flot « donnant l'idée du clapotage du liquide dans un tonneau à moitié plein ».

Il se remit cependant et reprit ses occupations. Deux ans plus tard, après avoir de nouveau éprouvé de la gêne et de la dyspnée, il est examiné par MM. Béclère et Marieux qui concluent à un pyo-pneumothorax et qui font une ponction aspiratrice. Ils évacuent ainsi 2800 grammes de pus. Le cœur est extrêmement dévié ; la pointe bat sous le mamelon droit, dans le sixième espace. Il paraît y avoir de la symphyse du péricarde.

Il semble que, dans le cas présent, au pneumothorax du début ait succédé un épanchement purulent simple, très abondant, avec déviation considérable du cœur ; tout porte à croire qu'en principe, cette lésion est tuberculeuse.

Que faire en cas semblable? Les uns sont pour la temporisation, les ponctions évacuatrices répétées, s'il y a des signes de dyspnée très marquée. D'autres penchent pour une intervention plus radicale, la pleurotomie. Malheureusement, dans les cas de ce genre, la plèvre est généralement épaissie, quelquefois indurée et presque cartilagineuse de consistance et la cavité pyogénique n'a guère de tendance à se fermer. L'embarras du médecin est réellement très grand; il s'agit là, en réalité, d'un vaste abcès froid que sa localisation anatomique rend d'une cure bien difficile.

Une malade de vingt-six ans, dont M. Comby conte l'histoire, était, un jour d'orage, assise près du feu avec ses enfants : la foudre tombe sur la maison et pénètre par la cheminée ; deux des enfants sont tués, la mère tombe sans connaissance. Elle ne revient à elle que trois jours plus tard, avec une hémiplégie gauche. Elle présente des stigmates hystériques très nets. Depuis, elle a eu, à deux reprises, des attaques brusques de coma qui représentent, en somme, ce que MM. Debove et Achard ont décrit sous le nom d'apoplexie hystérique.

Les accidents hystériques ont été assez souvent observés à la suite de la fulguration. M. Gilles de La Tourette rappelle toutefois qu'une décharge électrique intense peut produire de véritables lésions du bulbe : on a constaté de petites hémorragies bulbaires chez les condamnés qu'on a exécutés en Amérique, par l'électrocution, procédé de supplice barbare, bien que très scientifique.

M. Netter attribue au vélocipède un méfait tout à fait inattendu. Un jeune homme de seize ans lui est amené avec des accidents typhoïques accentués; cependant il écarte l'idée d'une fièvre typhoïde à cause du début brusque, de l'absence des phénomènes abdominaux. L'état général du malade s'aggrave, la température atteint et dépasse 40 degrés; grâce à des bains froids et à de l'acide salicylique à haute dose, la guérison est obtenue. Cependant le jeune malade conserve à la pointe du cœur un souffle systolique indice d'une lésion endocardique.

Le malade portait à la jambe une tumeur érectile veineuse. Cette tumeur s'était récemment enflammée, il était survenu à sa surface de petits abcès, dans le pus desquels fourmillait le microbe pathogène de la pneumonie, le pneumocoque; M. Netter est convaincu qu'il s'est agi d'une infection pneumococcique, et que la porte d'entrée a été la tumeur veineuse de la jambe et la phlébite développée à son niveau.

Voilà une observation pleine d'intérêt, mais dans laquelle, jusqu'à présent, il n'a guère été question du vélocipède. Eh bien, pour M. Netter, ce jeune homme, vélocipédiste de profession, exposé par conséquent aux traumatismes des jambes, a eu, par cela même, l'occasion de faire pénétrer, par une porte ouverte déjà, un microbe qui habituellement pénètre par les voies aériennes.

M. Marfan rapporte une observation qui démontre nettement la possibilité et le mécanisme de la mort par hypertrophie du thymus. Une enfant de deux mois et demi, forte, bien constituée, sans lésion aucune, est apportée à l'hôpital dans un état d'asphyxie avancé. Elle meurt le lendemain. A l'autopsie, on trouve un thymus énorme, comprimant et aplatissant la trachée, rien d'autre. Il s'agit donc là, sans aucun doute, d'une asphyxie causée, directement par l'hypertrophie de cet organe.

(1) Société médicale des hôpitaux, séance du 25 mai.

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

Squirrhe atrophique de la langue.

Par M. Lagoutte, interne des hôpitaux de Lyon, prosecteur à la Faculté.

On sait que les observations de squirrhe atrophique de la langue sont particulièrement rares. Au moment de la thèse d'agrégation de M. Th. Anger (1), on n'en connaissait, dans la science, qu'un seul cas, dû à Morel-Lavallée (2). Du reste, l'auteur ne le cite que pour le mettre en doute, tout aussi bien que les autres cas publiés, par divers auteurs, sous le nom de cancer encéphaloïde. Il n'admet, en effet, à la langue, qu'une variété de néoplasme malin : le cancroïde.

Aujourd'hui, que les mots de squirrhe et d'encéphaloïde n'ont plus qu'une valeur clinique et ne servent plus à désigner des tumeurs différentes des épithéliomes, au point de vue de leur nature, nous n'avons plus les mêmes raisons d'en nier l'existence.

Malgré cela, les observations de squirrhe atrophique de la langue ne se sont pas multipliées et, depuis la thèse citée plus haut, nous n'avons pu en rencontrer qu'un autre cas, celui de M. Cerné (3), dans lequel l'examen microscopique a permis, du reste, de vérifier le diagnostic.

Nous venons d'observer, dans le service de M. le professeur Poncet, un malade présentant une affection de la langue absolument analogue. Bien que l'examen microscopique n'ait pu en être fait, nous croyons, qu'en raison des caractères cliniques, le seul diagnostic possible est celui de squirrhe atrophique, et qu'à ce titre, notre observation mérite de prendre place à côté de celles de Morel-Lavallée et de Cerné.

Rappelons d'abord, en quelques mots, ces dernières.

Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de soixante et un ans, sans antécédents syphilitiques, chez qui, à l'âge de quarante-cinq ans, se développa une petite ulcération sur le bord droit de la langue.

Peu à peu, l'organe diminua de volume et se rétracta vers sa base, de telle sorte qu'au moment de l'entrée du malade à l'hôpital, dix-sept ans après le début de l'affection, il présentait l'aspect caractéristique de la « langue de perroquet ».

Insensiblement, les ganglions s'engorgèrent et le sujet finit par succomber à un œdème de la glotte.

A l'autopsie, la langue était comme collée au plancher buccal. Au niveau de l'ulcération, elle criait sous le scalpel, avait perdu l'apparence du tissu musculaire et laissait suinter par pression, au niveau de la coupe, un suc blanchâtre. Les ganglions étaient suppurés et n'offraient rien de manifestement cancéreux.

Dans le cas de M. Cerné, il s'agit d'une femme de soixante-treize ans, atteinte, depuis dix ans, d'une tumeur du plancher de la bouche, qui avait donné lieu à un rétrécissement de l'isthme du gosier, puis à des accidents de pneumonie septiques mortels.

A l'autopsie, la tumeur occupait tout le plancher de la bouche.

Sur toute la moitié droite existait une sorte d'excavation résultant d'une destruction complète de la langue. La surface de cette excavation était mamelonnée, ulcérée superficiellement sans végétations, sans sécrétions notables, saignant à peine au contact du doigt. La moitié gauche de la langue était étroite, non ulcérée, très peu mobile, fissurée dans sa largeur.

A l'angle de la mâchoire, un ganglion dur et un peu volumineux.

L'examen histologique a révélé la structure du squirrhe atrophique.

Voici maintenant, à côté des précédentes, notre observation :

G... (Émile), soixante et un ans, négociant, entré salle Saint-Martin nº 2, le 2 avril 1894.

Rien à noter dans ses antécédents héréditaires.

Bonne santé antérieure, sauf une fièvre typhoïde à l'âge de vingt ans.

A vingt-cinq ans, le malade aurait eu des végétations à la verge et à l'anus, mais pas de chancre. Jamais, du reste, il n'a présenté d'accidents secondaires et, actuellement, on ne trouve sur la verge aucune cicatrice et sur le reste du corps aucun stigmate syphilitique.

Marié depuis trente-trois ans, il a eu deux enfants, bien qu'au bout seulement de six ans de mariage. Sa femme aurait également eu une fausse couche pendant la première année.

Le début de l'affection remonte à sept ou huit ans environ.

Le malade ne sait à quoi l'attribuer, si ce n'est, peut-être, à l'usage de la pipe.

Il remarqua d'abord, sur le dos de la langue, des plaques blanchâtres ou blanc grisâtre, douloureuses au contact des aliments et surtout à la chaleur.

Puis des fissures, des rhagades apparurent sur l'organe qui devint de plus en plus sensible.

Pendant six à sept ans, l'état resta ainsi stationnaire, la langue gardant son volume et ses mouvements habituels. C'est seulement depuis huit mois environ que l'affection s'est aggravée.

La muqueuse devint le siège d'ulcérations superficielles; en même temps, l'organe se rétractait et se fixait peu à peu sur le plancher buccal.

Actuellement, la langue est atrophiée, ratatinée. Très étroite, pointue, rougeâtre, elle a bien l'aspect de la langue de perroquet. Absolument immobile sur le plancher, elle est cachée derrière l'arcade dentaire. Sa surface présente des exulcérations superficielles, à bords festonnés. Au centre, existe une dépression profonde en cul de poule, faisant penser de suite à la rétraction du mamelon dans un squirrhe de la mamelle.

Au toucher, on a une sensation de dureté ligneuse et cela depuis la pointe jusqu'à la base de l'organe. Il n'y a pas de noyaux indurés distincts les uns des autres, partout la consistance est la même. Le plancher de la bouche, les piliers ne sont pas envahis.

La pression avec les doigts est douloureuse. Il en est de même du contact des aliments. Aussi le malade ne se nourrit-il presque plus depuis quelque temps.

Spontanément les douleurs sont peu vives au niveau de la langue. Mais le patient se plaint d'élancements dans l'oreille droite et dans la tête.

Les ulcérations que l'on voit à la surface sont très superficielles et ne déterminent aucune hémorragie. Mais le malade est tourmenté par une salivation continuelle et abondante, qui s'écoule spontanément hors de la bouche. Les mouvements de la langue sont, en effet, absolument impossibles. La déglutition ne se fait qu'avec beaucoup de peine et la parole est devenue très difficile.

Les groupes ganglionnaires sous-maxillaires des deux côtés sont envahis. Les ganglions sont nombreux, durs et indolents.

(1) Th. Anger. Th. d'agrég., 1872.
(2) Morel-Lavallée. Soc. de ch., 1845.
(3) Cerné. *Normandie médicale*, 1er fév. 1890.

Amaigrissement considérable depuis quelques mois.

Pas de signes de généralisation.

En raison de tous ces caractères : induration totale avec rétraction, avec diminution considérable des dimensions, du volume de la langue, chez un homme de soixante et un ans, douleur au contact, otalgie, engorgement ganglionnaire, amaigrissement, M. Poncet n'hésite pas à porter le diagnostic de cancer atrophique de la langue. En raison de la marche lente de la lésion, de l'impossibilité, par suite de l'étendue de la maladie, de l'envahissement ganglionnaire, etc., de faire une indication complète, il conclut à la non-intervention.

On voit que les symptômes qu'a présentés notre malade concordent absolument avec ceux des deux observations citées plus haut, dont l'une au moins a eu le contrôle de l'examen microscopique.

De leur rapprochement résulte ce fait, c'est que l'épithéliome peut à la langue, comme dans n'importe quel organe, affecter la forme clinique du squirrhe.

REVUE DE LA PRESSE

Contractures persistantes dans le choléra. — M. Schmitz décrit un cas de récidive de choléra compliqué de contractures musculaires. Le malade, enfant de douze ans, a supporté une première atteinte de choléra, il y a trois mois. Actuellement, il avait une diarrhée, des vomissements, des convulsions. Sa diarrhée s'est arrêtée le lendemain, mais les convulsions persistaient; température 38 degrés. Le troisième jour, température 40 degrés. L'élévation de la température s'est maintenue pendant dix jours, puis la fièvre a graduellement baissé pendant quatre jours. Mais, au quatrième jour de la maladie, le patient fut pris de contractures de tout le membre supérieur droit, des deux membres inférieurs avec pied équin. Les doigts de la main étaient tellement contracturés que les ongles s'enfonçaient dans la peau ; on fut obligé de les couper et de garnir la paume de la main d'un peu d'ouate. La déflexion, soit volontaire, soit provoquée, des membres contracturés fut impossible. Le malade semblait souffrir, mais ne répondait pas aux questions.

Le traitement consista en bains chauds, administration du chloral et des bromures. L'amélioration s'est montrée trois semaines après le début de la maladie; la guérison n'est survenue qu'après sept semaines. (*Wratsch*, 2, 1894.)

Réduction du prolapsus de l'utérus. — Une malade, âgée de quarante-huit ans, observée par Kakouschine, a eu quatorze accouchements normaux, le dernier il y a cinq ans. Depuis se montrait de temps à autre, après une fatigue ou marche prolongée, un léger prolapsus de l'utérus que la malade réduisait elle-même. Dernièrement, elle n'a pas réduit immédiatement le prolapsus, produit à la suite d'une fatigue. Ne pouvant pas le réduire quelque temps après et le prolapsus étant plus considérable que d'habitude, la malade entre à l'hôpital.

A l'examen, on constate à la vulve la présence d'une umeur du volume de deux poings, piriforme, à grosse extrémité inférieure; cette tumeur est formée par le vagin complètement retourné et contenant dans son intérieur l'utérus tout entier ; le fond de l'utérus se trouvait au niveau de l'orifice inférieur du bassin ; en même temps, il y avait cystocèle et rectocèle. Ne pouvant pas, même sous le chloroforme, obtenir la réduction, on se propose de faire ultérieurement l'hystérectomie. Mais, dans l'idée que l'échec de la réduction était dû à l'œdème des organes prolabés, on appliqua une bande élastique fixée autour du bassin. Quand on l'enleva au bout de cinq à six heures, la réduction a pu être facilement faite et la malade échappa ainsi à une opération grave. Aussi l'auteur propose-t-il d'essayer ce mode de réduction ; il pense que cinq à six heures d'application de la bande élastique suffisent pour faire diminuer ou disparaître l'œdème. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*)

Régénération du tissu hépatique après résection de parties étendues du foie. — M. Meister a fait les expériences suivantes sur des lapins :

Il enlevait des portions de dimensions différentes du foie ; l'opération se faisait antiseptiquement ; le moignon était recouvert ensuite par le mésentère.

Il n'y avait pas d'hémorragie considérable. Les lapins auxquels on a enlevé un quart du foie ont tous survécu ; ceux à qui on en a enlevé la moitié ont donné une mortalité de 14,4 p. 100; les trois quarts, de 25 p. 100; les sept huitièmes, de 60 p. 100.

Le premier jour, on n'observe aucune modification macroscopique.

Le dixième jour, la face supérieure du foie est très convexe, les bords sont épaissis, la consistance ferme du tissu hépatique rappelle celle du rein. Deux fils à ligature en argent se sont enfoncés dans le tissu.

Après trente jours, le foie a quadruplé de volume. Les fils ne sont plus visibles.

Comme modifications histologiques, on note : le premier jour, stase générale ; le troisième jour, apparaissent de petites cellules claires, à noyaux très chromatiques. Ces cellules augmentent graduellement à la périphérie, tandis que près de la veine intra-lobulaire se montrent d'autres cellules sombres. Au dixième jour, le tableau est très net : les cellules sont disposées en deux anneaux concentriques, anneau sombre au centre, anneau clair à la périphérie. L'anneau sombre est peu à peu pénétré par des prolongements de l'anneau périphérique.

Un mois après l'expérience, tout rentre dans l'ordre. Les lobules hépatiques augmentent de volume par suite de l'hypergenèse et l'augmentation de volume des cellules préexistantes. Ce phénomène peut être considéré comme une hypertrophie compensatrice.

Le processus régénérateur débute à la périphérie des lobules.

L'épithélium biliaire n'y prend aucune part.

L'examen du foie, dix-huit mois après l'expérience, a montré que la plupart des cellules hépatiques sont normales, sauf à la périphérie où elles étaient un peu plus volumineuses. (*Wratsch*, 2, 1894.)

Sur un cas de cholécystectomie. — M. Werner rapporte un fait de résection de la vésicule biliaire. La malade, cinquante-cinq ans, est entrée à l'hôpital, se plaignant de douleurs dans l'hypocondre droit. Elle souffrait depuis longtemps de coliques hépatiques.

On constate à l'inspection et à la palpation une tumeur dans l'hypocondre droit, très douloureuse, élastique, dépassant l'ombilic de trois travers de doigt et atteignant transversalement la ligne médiane. Diagnostic : oblitération du canal cystique par un calcul et dilatation consécutive de la vésicule biliaire. L'opération fut faite en deux temps : 1° laparotomie et section des adhérences ; 2° ouverture de la vésicule biliaire cinq jours plus tard. La vésicule avait ses parois très épaissies (1 centimètre). Le calcul ne s'est pas éliminé. La malade est sortie de l'hôpital au dix-septième jour, avec une petite fistule. Deux mois plus tard, cette fistule a laissé suinter un peu de bile et la malade est rentrée à l'hôpital. On a constaté une distension de la cicatrice et la fistule qui se trouvait à sa partie supérieure lais-

sait passer un stylet fin à l'aide duquel on pouvait reconnaître la présence d'un calcul dans la vésicule. On a fait l'excision complète de la vésicule. Le calcul qu'elle contenait était du volume d'un œuf de pigeon; les parois de la vésicule l'entouraient intimement. La cicatrice excisée, on a fait une suture étagée de la plaie. La malade a quitté l'hôpital complètement guérie. (Sociétés savantes de Moscou.)

Hydrothérapie et tuberculose. — Mme Gourian (de Crimée) a obtenu des bons résultats chez des tuberculeux traités par l'hydrothérapie sous ses différentes formes. Le poids des malades augmentait de 8 à 20 livres, quelques signes stéthoscopiques, tels que râles, matité, etc., diminuaient. L'hémoptysie n'est pas une contre-indication pour ce mode de traitement. Le climat seul ne peut être invoqué, le long séjour de quelques malades en Crimée, sans amélioration, le prouve, tandis que l'amélioration était très sensible chez les mêmes malades après le traitement par l'hydrothérapie. Mme Gourian conclut que l'hydrothérapie doit compter parmi les moyens prophylactiques et curatifs de la tuberculose pulmonaire. (*Egenedelnic*, 4, p. 57, 1894.)

Pilocarpine dans l'otite moyenne et les affections du labyrinthe. — M. Girmounski, à la suite de ses recherches sur l'action de la pilocarpine dans les otites moyennes chroniques et les affections idiopathiques de l'oreille interne, est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans les affections labyrinthiques récentes, quelle que soit leur origine, on peut attendre de bons résultats des injections sous-cutanées de pilocarpine; l'effet est d'autant plus sûr que ce traitement est plus précoce; 2° dans les lésions anciennes du labyrinthe et l'otite catarrhale chronique sèche, les injections sous-cutanées ou dans la caisse du tympan de pilocarpine n'ont aucune influence. (*Egenedelnic*, 7, p. 117, 1894.)

Physiologie de la glande thyroïde. — M. Benissowitsch a étudié l'influence du régime alimentaire sur le développement et la gravité des phénomènes morbides chez des chiens et chats thyroïdectomisés.

Au début, les animaux opérés ne peuvent supporter l'alimentation carnée et succombent, tandis que le régime lacté fait diminuer les attaques de nombre et d'intensité. Si, avec le régime lacté, l'animal ne présente pas de phénomènes morbides peu de temps après l'opération, l'alimentation carnée consécutive n'exerce plus d'influence nocive. Si, pendant le régime lacté, les attaques sont faibles, la viande prédispose, dans des cas rares, à l'augmentation de l'intensité des phénomènes.

Le tableau clinique de l'état des animaux thyroïdectomisés rappelle beaucoup celui que le professeur Pavloff a observé chez le chien auquel il a fait une fistule d'Eck. Il a également constaté la présence d'acide carbonique dans l'urine des animaux opérés, comme l'ont trouvé Pavloff et Nencki dans l'urine de leurs animaux opérés.

Le professeur Pavloff provoquait toujours un état pathologique caractéristique par injection de l'acide carbonique dans le sang. L'introduction de cet acide par voie stomacale aux animaux bien portants ne provoquait aucun phénomène morbide, tandis que les animaux porteurs d'une fistule d'Eck tombaient malades.

M. Benissowitsch a introduit du carbonate de soude à deux chiens thyroïdectomisés : un qui, après quelques accidents au début, se portait ensuite bien pendant deux mois, l'autre qui n'avait absolument rien. Tous les deux présentaient, quelque temps après l'introduction de cette substance, le tableau clinique typique qui survient immédiatement après la thyroïdectomie.

En se basant sur cette analogie des phénomènes qu'on observe après l'ablation du corps thyroïde avec ceux observés après introduction de l'acide carbonique chez des animaux opérés et guéris, M. Benissowitsch pense que la glande thyroïde a pour une de ses fonctions la décomposition de l'acide carbonique en urée. Après l'ablation de la glande, cet acide s'accumule dans le sang et agit sur l'organisme comme un poison violent et donne lieu à un tableau clinique caractéristique.

M. Benissowitsch continue ses recherches. (*Gaz. heb. med. de la Russie mérid.*)

Suppuration et carie des sinus sphénoïdaux. — M. Ankindinoff cite six cas de suppuration et carie des sinus sphénoïdaux. Pour M. Ankindinoff, la lésion isolée de ce sinus est rare ; il n'en connaît que quatre cas; le plus souvent, elle coïncide avec des lésions de l'ethmoïde, de l'antre d'Highmore ou des sinus frontaux. L'étiologie de cette affection est inconnue. Les symptômes sont mal caractérisés. Mieux vaut s'assurer par l'introduction d'un stylet entre le cornet moyen et la cloison du nez, en haut et en arrière, à 7 ou 8 centimètres.

M. Ankindinoff insiste sur la nécessité de l'intervention chirurgicale, si on veut obtenir une guérison définitive. (*Wratsch*, Congrès des médecins russes, 1894.)

S. BROÏDO.

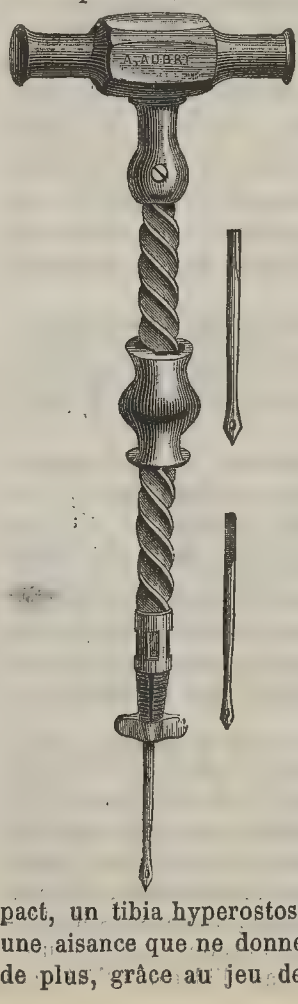
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Perforateur-drille à colonne torse pour les os.

Par le docteur LEJARS,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux.

Ce perforateur n'est que l'adaptation chirurgicale de l'instrument industriel. Entièrement métallique et nickelé, il se compose de trois parties :



1° Un manche en forme de colonne torse, hélicoïdale, qui, en haut, tourne à pivot dans une poignée transversale et qui se termine, à l'autre extrémité, par un écrou brisé, destiné à fixer solidement les forêts;

2° Une manette, que l'on peut tenir entre trois doigts ou à pleine main, et qui joue verticalement sur la colonne torse pour actionner le forêt;

3° Un forêt, de grosseur variable, percé, près de sa pointe, d'un orifice également variable où passera le fil.

Le maniement de ce perforateur est fort simple et n'exige pas d'effort; la puissance de pénétration en est considérable et le moindre essai permettra de s'en rendre compte. N'est-ce pas, du reste, avec un instrument de ce genre qu'on troue les plaques métalliques ? Un os épais et compact, un tibia hyperostosé, sont perforés très vite et avec une aisance que ne donnent point les autres perforateurs; de plus, grâce au jeu de la colonne hélicoïdale, le forêt

terminal mord alternativement dans les deux sens : il en résulte que les trous sont parfaitement ronds et sans éclats. Ces avantages suffisent, nous semble-t-il, à recommander, sans le moindre exclusivisme, l'emploi d'un instrument qui, pour notre part, nous a rendu de bons services.

LES AFFECTIONS TYPHOIDIQUES

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

Bien que, personnellement, nous n'ayons dans le lysol, produit mal défini, qu'une confiance des plus limitées, nous ne pouvons pas ne pas enregistrer les bons résultats obtenus par M. Tison dans le **traitement de la fièvre typhoïde par le lysol.**

Les bons résultats obtenus par l'emploi du lysol comme agent antiseptique et hygiénique ont conduit notre confrère à l'administrer à l'intérieur dans la plupart des maladies infectieuses, surtout les fièvres éruptives et plus spécialement encore la fièvre typhoïde. On le donne à la dose de VIII gouttes dans une potion de 120 grammes. On ajoute II gouttes d'essence de menthe, qui masque très bien l'odeur et le goût du lysol.

Ce médicament ne tarde pas à modérer la diarrhée, puis à en supprimer l'odeur fétide. Il possède une action antidiarrhéique manifeste, qu'on peut utiliser dans d'autres circonstances, par exemple chez les tuberculeux.

Il n'a aucune action fâcheuse sur les reins. Il n'a jamais provoqué l'albuminurie. L'orateur a même vu cesser celle qui existait au début de la fièvre typhoïde.

Cette médication n'abrège pas la durée de la maladie et elle n'empêche pas l'administration des autres substances; quinine, analgésine, etc., que l'état du malade peut réclamer en dehors des antiseptiques.

M. Sanchez Herrero (de Madrid) croit qu'il existe un **traitement abortif de la fièvre typhoïde**; il pense que les agents qui forment le virus typhoïde ne sont pas uniques et qu'ils envahissent l'organisme par diverses voies. Comme Peter, il admet une auto-typhisation, une infection typhoïde d'origine intestinale.

Ceci étant établi, ce qui prime dans le traitement, c'est la désinfection de l'intestin. Cette désinfection, M. Sanchez Herrero l'obtient par l'association de l'huile de ricin et de l'essence de térébenthine, suivant la formule légèrement modifiée de Graves, à savoir :

Huile de ricin . . . . 30 grammes.
Essence de térébenthine . . 10 —

A prendre en une seule fois, le matin à jeun.

La mixture en question provoque des évacuations abondantes, fétides, qui se répètent trois à cinq fois dans les vingt-quatre heures et sont suivies d'une baisse de température qui revient à la normale et reste telle pendant quelque temps. En même temps, le malade se sent mieux et demande même à manger. On prolonge cette amélioration pendant deux ou trois jours, en administrant le charbon iodoformé selon la formule d'Hayem et en donnant le soir 1 gramme de sulfate de quinine.

Dans tous les cas où le traitement a été commencé dans les cinq premiers jours de la maladie, la convalescence s'est établie avant le dixième jour.

M. Petresco (de Bucharest), inspiré par les travaux de M. Bouchard, a traité **la fièvre typhoïde par le naphtol β**, seul ou associé au sulfate de quinine. Le premier à la dose de 3-4 grammes, et le second à la dose de 1-2 grammes par jour. En même temps, il a administré à tous ses malades comme boisson, à la place de l'eau, la limonade préparée au benzoate de soude (5 p. 1000) ou l'acide benzoïque (à 1-2 p. 1000). De même, dans toutes les formes ataxo-adynamiques graves, il a associé à cette médication antiseptique l'hydrothérapie (les draps mouillés).

Depuis 1888 jusqu'à ce jour, il a traité par cette médication antiseptique 647 cas de fièvre typhoïde. Des résultats obtenus dans tous ces cas, il croit pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1° La fièvre typhoïde, traitée dès son début par le naphtol β, peut être atténuée et même jugulée;

2° La dose thérapeutique du naphtol est de 3-4 grammes par jour, administrés en douze cachets. Un cachet par heure. Cette dose doit être répétée tous les jours jusqu'à la guérison du malade;

3° Le traitement par le naphtol β, de la fièvre typhoïde, institué dès le début de la maladie, arrête en tout cas les phénomènes d'auto-intoxication ou d'infection secondaire. La maladie fait son évolution naturelle, cyclique, sans présenter le cortège des phénomènes fébriles de l'auto-intoxication et de l'autophagie exagérée ou de toute autre complication par infection secondaire;

4° Le traitement par le naphtol β est incompatible avec le traitement par l'alcool pur ou toute autre boisson alcoolique, l'alcool étant un agent dissolvant pour le naphtol β.

MM. Aporti et Radaelli (de Crémone) ont pratiqué, sur un certain nombre de malades atteints de fièvre continue, des examens répétés du sang en vue de constater les **modifications subies par les globules blancs dans la fièvre typhoïde.**

Leurs analyses ont été faites dans le cours et au décours de la fièvre typhoïde; ils ont obtenu les résultats suivants :

Durant le cours de la maladie, le nombre des globules blancs oscille dans les limites normales (4000 à 9000).

Dans la convalescence, on obtient une augmentation relativement prononcée des leucocytes.

Lorsqu'il survient des complications pulmonaires et intestinales (pneumonie, péritonite, etc.), la leucocytose est très manifeste. Dans tous les cas, les proportions numériques des diverses formes de leucocytes se sont montrées normales.

Le **typhus exanthématique** n'a pas été oublié au Congrès; c'est encore M. Petresco (de Bucharest) qui traite de cette affection. Médecin militaire depuis trente ans, il a eu l'occasion d'observer et de combattre trois épidémies de typhus exanthématique. La première, pendant l'hiver de 1867-1868, était une épidémie de typhus des prisons, la seconde était une épidémie de typhus des camps et des armées (typhus bellicus) pendant l'hiver de 1877-1878 (lors de la guerre contre les Turcs), et la troisième était une épidémie de la misère, le typhus de la famine des ouvriers qui travaillaient aux fortifications. Ce n'est que dans ces deux dernières épidémies qu'il a employé, d'une manière systématique, l'hydrothérapie comme une méthode de traitement ou comme un agent auxiliaire de la méthode antiseptique.

Les résultats obtenus par cette méthode de traitement l'autorisent à en déduire les conclusions suivantes :

1° L'hydrothérapie est l'agent thérapeutique le plus efficace dans le typhus exanthématique;

2° Ce traitement hydriatique est le seul qui pourrait réduire la mortalité du typhus jusqu'au taux minimum;

3° L'hydrothérapie donne des effets miraculeux (une véritable résurrection), surtout dans la forme grave, ataxo-adynamique de l'infection typhique.

4° La différence entre cette méthode de traitement et les autres qui ont été employées jusqu'à ce jour contre le typhus, c'est que, par tout autre traitement, l'infection typhique n'est pas empêchée dans son évolution naturelle cyclique, mais seulement modifiée, mitigée, tandis que, par la méthode hydriatique, elle est arrêtée complètement dans son évolution, de sorte que l'individu est exempté des dépenses organiques d'un long processus morbide. Ainsi presque tous les typhiques traités par l'eau froide sont rétablis presque sans aucune convalescence;

5° Le traitement du typhus par l'eau froide n'est pas nuisible. Aucune des complications ou des localisations typhiques ne constitue une contre-indication pour l'institution de ce traitement détoxinisant;

6° Le meilleur procédé de cette méthode, c'est celui des maillots humides ou des draps mouillés. Ce procédé est supérieur au procédé des douches ou bains froids.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Statistique du 1er janvier au 31 mars 1894.

Par MM. les docteurs PASSANT et ROUILLARD.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	19	19	3	41
2e	27	37	1	65
3e	51	59	15	125
4e	37	73	20	130
5e	23	58	12	93
6e	19	35	11	65
7e	14	32	13	59
8e	15	12	0	27
9e	14	17	4	35
10e	39	58	15	112
11e	127	223	91	441
12e	23	56	32	111
13e	55	113	47	215
14e	85	77	42	204
15e	71	116	32	219
16e	18	17	7	42
17e	62	97	19	178
18e	149	201	91	441
19e	92	146	74	312
20e	157	276	117	550
	1097	1,722	646	3465

La moyenne des visites par nuit est de 38,7. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 37.

Les hommes entrent dans la proportion de 31,7 p. 100.
Les femmes — — 49,7 —
Les enfants au-dessous de trois ans 18,6 —

Visites du premier trimestre de 1893 . . . . . 3 345
Visites du premier trimestre de 1894 . . . . . 3 465

Différence en plus. 120

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites. 228
Croup. 48
Coqueluche. 7
Otite. 6
Ophtalmie 1
Corps étranger de l'œsophage 1

B. Asthme. 61
Affections du cœur. 144
Bronchites aiguës et chroniques. 437
Pleuro-pneumonie. 199
Congestion pulmonaire. . . 82
Grippe et influenza . . . 124

C. Affections et troubles gastro-intestinaux. 382
Dysenterie 23
Athrepsie. 21
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines. . 74
Hernie étranglée. 32
Rétention d'urine. 29
Affections des organes génitaux externes. 9

D. Métrite, métro-péritonite 81
Métrorragie 68
Fausse couche. 104
Accouchement, délivrance. 201
Accouchements non terminés. 40

E. Affections cérébrales. . 116
Convulsions, éclampsies . . 81
Névralgie. 71
Névroses. 123
Epilepsie. 13
Aliénation mentale. . . . 15
Alcoolisme, delirium tremens 27

F. Rhumatisme. 32
Affections éruptives. . . . 126
Fièvre intermittente. . . . 45
Fièvre typhoïde. 47
Hémorragies de causes internes et externes. . . 103
Érysipèle. 9

G. Plaies, contusions, abcès. 119
Fractures, luxations, entorses. 30
Brûlures. 11
Empoisonnements. 14
Asphyxie par le charbon. . 5
Suicide. 17

H. Mort à l'arrivée du médecin. 63

Total . . 3465

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 25 mai 1894, M. Tricot, médecin-major de deuxième classe, a été désigné pour le 48e d'infanterie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Auquier (de Sainte-Tulle); Auzelly (de Brie-Comte-Robert); Balme (de Paris); Bouisson (de Toulouse); Delacour (de Clerval); Ducharme (de Lyon); Garrouste (de Senezergues); Guyonnard (de Bourbriac); Hébert (de Bréauté); Hersent (de Paris); Le Barillier (de Bordeaux); Rouault (de la Chapelle-Saint-Laurent).

— M. le docteur Auguste Voisin reprendra ses conférences cliniques sur les maladies mentales et les affections nerveuses, à l'hospice de la Salpêtrière, le jeudi 31 mai 1894, à dix heures du matin, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— M. le docteur Charles Mauriac reprendra, à l'hôpital Ricord, ses leçons cliniques sur les maladies vénériennes, le samedi 2 juin, à neuf heures et demie du matin, et les continuera les samedis suivants à la même heure.

Le sentiment et la pensée et leurs principaux aspects physiologiques, essai de psychologie expérimentale et comparée, par André GODFERNAUX, docteur ès lettres. 1 vol. in-8° de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». — Prix : 5 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a fait à l'Académie une communication sur les relations qui, selon lui, existent entre l'hépatisme et les épistaxis juvéniles ou diverses autres hémorragies constituant cet état particulier désigné sous le nom d'hémophylie. M. Verneuil a porté son attention sur ce sujet depuis longtemps déjà; il a pu rassembler un grand nombre d'observations qui plaident en faveur de la thèse qu'il soutient. Cette thèse peut ainsi se résumer : en présence d'épistaxis fréquentes, cherchez du côté du foie; si vous ne trouvez rien chez le malade lui-même, interrogez ses antécédents héréditaires et vous trouverez presque toujours chez un ascendant l'existence de coliques hépatiques ou d'autres symptômes d'hépatisme. M. Verneuil tire de ces faits une conclusion thérapeutique : au lieu de prescrire à ces malades, soi-disant anémiques et qui ne sont que des arthritiques, toute la série des toniques, le fer, les viandes saignantes, etc., il faut les soumettre aux alcalins, au régime végétal et aux douches sur le foie. En procédant ainsi dans plusieurs cas, M. Verneuil aurait obtenu d'excellents résultats. Le conseil est bon à retenir. Mais la théorie soutenue par M. Verneuil n'est-elle pas un peu trop absolue? Le foie doit-il être aussi souvent incriminé, dans ces cas, comme cause de la dyscrasie? Les troubles de l'estomac ou de l'intestin, en particulier, n'interviennent-ils pas souvent aussi? C'est ce que semble démontrer une observation présentée par M. Panas, et dans laquelle il s'agit d'un enfant atteint de fréquentes épistaxis et d'un hématome spontané de l'orbite, reconnaissant pour cause une dilatation de l'estomac avec dyspepsie et troubles de la nutrition.

L'Académie a procédé à l'élection de deux correspondants nationaux. Son choix s'est porté sur MM. Mairet, doyen de la Faculté de Montpellier, et Vergely, professeur de pathologie générale à la Faculté de Bordeaux.

Elle s'est ensuite formée en comité secret pour entendre la lecture d'un rapport de M. d'Arsonval sur les titres des candidats à la place vacante dans la section de physique et chimie médicales. La liste de présentation porte : en première ligne, M. Hanriot; en deuxième ligne, M. Pouchet; en troisième ligne, *ex æquo*, MM. André, Burcker et Regnard.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE. — M. G. PHOCAS.

Sur quelques difficultés de diagnostic du mal de Pott au début.

Le diagnostic du mal de Pott chez l'enfant est en général facile; mais dans la pratique on se trouve de temps en temps en face de cas véritablement difficiles où la sagacité du clinicien est mise à l'épreuve par un concours de circonstances propres à induire en erreur l'esprit le plus avisé.

A cet égard, permettez-moi de vous relater en quelques mots deux faits récents, instructifs par leur difficulté même et qui ont donné lieu à des erreurs de diagnostic intéressantes à connaître.

Tout dernièrement on m'amena à ma consultation privée un enfant de neuf ans, pâle mais bien développé pour son âge. On désirait me consulter, disait-on, pour une boiterie que l'enfant présentait depuis quelque temps, et on me laissait entrevoir l'existence d'une maladie de la hanche. Le petit malade était en effet un boiteux. Sa claudication consistait en ceci : le membre inférieur gauche paraissait plus court, la cuisse de ce côté était fléchie sur le bassin, la plante du pied n'appuyait pas en totalité sur le sol. Dans la marche, le pied se mettait en un léger équinisme. Il en résultait une claudication apparente et simulant à s'y méprendre une attitude vicieuse de la coxalgie.

Après m'être renseigné sur les antécédents du malade, antécédents qui n'offraient rien de particulier, je demandai à la mère de l'enfant si le genou avait été douloureux, à un certain moment. J'obtins une réponse négative et procédai alors à l'examen détaillé, l'enfant étant debout et couché. L'examen de la conformation extérieure m'a démontré l'existence d'une légère scoliose dorso-lombaire, l'effacement du pli fessier, la flexion de la cuisse, sans atrophie apparente du membre. Jusqu'ici tout pouvait encore s'expliquer par une maladie de la hanche.

Aussi quand j'ai cherché à imprimer des mouvements à la hanche, l'enfant étant couché au lit, je ne fus pas peu surpris de trouver une mobilité remarquable de l'articulation sans transmission des mouvements imprimés à la cuisse

au niveau du bassin. Tous les mouvements étaient conservés et l'abduction, le mouvement le plus rapidement atteint dans la coxalgie, s'exécutait normalement; l'extension complète était seulement le siège d'une limitation dans son excursion complète. La palpation la plus minutieuse de l'articulation au niveau la tête fémorale et du petit trochanter ne provoquait aucune sensibilité. Devant ces deux signes négatifs j'étais bien forcé de rejeter la coxalgie et de diriger mes recherches du côté des organes avoisinants. Je pensai à l'articulation sacro-iliaque qui m'a paru saine et à la colonne vertébrale qui à première vue ne présentait qu'une légère scoliose, facilement explicable par l'attitude vicieuse de la hanche.

J'en étais là de mon examen quand la palpation méthodique de la fosse iliaque me mit sur la voie du diagnostic. Je trouvai en effet, au niveau de la fosse iliaque du côté malade, un empâtement manifeste suivant le psoas; empâtement qui, à une exploration plus minutieuse, fut reconnu fluctuant.

L'idée du mal de Pott était dès lors très plausible. Une exploration plus attentive de la colonne vertébrale me permit en effet de constater qu'au niveau de la région dorso-lombaire il existait une scoliose sans aucune trace de gibbosité angulaire, mais qu'à ce niveau une vertèbre déviée latéralement était exactement douloureuse à la pression de son apophyse transverse. J'étais en possession de tous les éléments du diagnostic et je pouvais me rendre compte de tous les phénomènes pathologiques, observés sur cet enfant.

Voici comment les choses ont évolué :

Un mal de Pott manifestant sa présence par une scoliose s'est installé insidieusement au niveau de la région dorso-lombaire du rachis. La tuberculose vertébrale fut le point de départ d'un abcès qui a fusé le long de la gaine du psoas; l'irritation de ce muscle a incité sa contractilité; il en résultait l'attitude caractérique du psoïtis, la cuisse fut fléchie, le membre inférieur parut raccourci, le pied n'appuya plus sur le sol, une claudication s'en est suivie qui rendit apparente aux yeux de tous l'affection.

En résumé, j'étais en présence du mal vertébral qui offrait deux particularités cliniques intéressantes : 1° une déviation latérale de la colonne vertébrale (mal de Pott avec scoliose); 2° une flexion de la hanche déterminée par la contracture du psoas irrité.

Ces deux particularités cliniques pouvaient entraîner deux erreurs de diagnostic : la déviation latérale du rachis pouvait en imposer pour une scoliose vraie; la flexion de la cuisse pouvait simuler une attitude vicieuse de la coxo-tuberculose.

Aussi je ne fus pas très surpris d'apprendre que les deux erreurs de diagnostic avaient été commises et que j'étais consulté en troisième lieu, après deux autres confrères qui avaient successivement posé le diagnostic de *scoliose* et de *coxalgie*. Celui qui a parlé de coxalgie a conseillé le repos et n'a porté aucun préjudice à son malade, mais celui qui a cru avoir affaire à une simple scoliose, a conseillé les exercices gymnastiques, ce qui devenait plus grave.

Plus heureux que les deux premiers médecins et arrivant, il faut bien l'avouer, à une époque où la maladie devenait plus manifeste, je posai le diagnostic de mal de Pott.

Deux signes m'ont permis d'arriver à ce diagnostic :

1° L'existence de l'abcès;

2° La douleur localisée à la pression de l'apophyse transverse au niveau d'une vertèbre déviée en légère scoliose.

Ces deux signes méritent quelques mots :

L'*abcès* est de ceux qu'on sent sans les voir. Il a fallu le chercher profondément dans la fosse iliaque pour le découvrir. A l'examen très consciencieux de nos confrères, il a pu passer inaperçu, soit que sa formation fût de trop proche date, soit que son volume n'eût pas atteint le degré voulu pour qu'il pût être facilement découvert. Quoi qu'il en soit, il ne faut pas moins retenir cet enseignement : à savoir, que la palpation de la fosse iliaque est de rigueur toutes les fois que l'on soupçonne une maladie de la hanche ou du rachis.

La *douleur* à la pression, au niveau d'une apophyse transverse de la vertèbre déviée, ne mérite pas moins d'être relevée, car elle constitue, selon moi, un signe de premier ordre dans les cas difficiles. J'ai longuement insisté sur ce signe et je ne crois pas opportun d'y revenir à nouveau.

A la suite des orthopédistes américains et de M. Kirmisson, j'ai étudié, à mon tour, la scoliose dans le mal de Pott et dans un article inséré dans la *Revue d'orthopédie*, ainsi que dans une thèse soutenue par un de mes élèves de Lille, j'ai cherché à mettre en relief une variété spéciale du mal vertébral siégeant au niveau de la région dorso-lombaire, variété qui se caractérise par une torsion de la colonne vertébrale, torsion capable de simuler la scoliose. Dans les cas de ce genre, qui sont loin d'être exceptionnels, le diagnostic est tantôt évident et ne souffre aucune hésitation, tantôt il devient difficile à cause de l'absence totale de toute gibbosité épineuse; mais que la gibbosité angulaire existe ou qu'elle fasse défaut, j'ai toujours trouvé une douleur à la pression de la vertèbre latéralement déviée, et cette douleur, je l'ai trouvée nettement localisée au niveau de l'apophyse transverse.

L'apophyse épineuse est parfois indolente pendant que la pression sur l'apophyse transverse dévoile une douleur localisée exquise arrachant parfois des pleurs à l'enfant.

Cette douleur, je la considère comme un signe excellent dans les cas difficiles et j'établis une corrélation entre la déviation latérale, la *scoliose*, dans le mal de Pott et la sensibilité de l'apophyse transverse au niveau de la vertèbre déviée.

A côté de ce premier fait, où je fus assez heureux pour établir un diagnostic difficile, je me hâte d'ajouter un autre cas où moi-même je fus coupable d'une erreur de diagnostic. Il s'agissait, cette fois, d'un mal de Pott dorso-cervical chez un enfant tout jeune (quinze mois).

Quand je vis, pour la première fois, le petit malade, il y a de cela quelques mois, j'étais préoccupé d'un complexus morbide que je venais de décrire dans un article de la *Revue d'orthopédie*. Je crois avoir établi, à cette époque, qu'il existe une variété spéciale de torticolis qui tire son origine du rachitisme.

De même qu'il se produit une cyphose au niveau de la région dorso-lombaire quand le rachitisme attaque cette portion de la colonne vertébrale, de même la même maladie peut produire, au niveau de la région cervicale, une déviation latérale liée à une lordose, attitude que j'ai proposé d'appeler *torticolis rachitique*.

L'enfant présente, en effet, tous les signes du torticolis, mais la tête peut être facilement redressée et les douleurs sont vagues et peu localisées. La maladie dure quelques mois et guérit. Elle suit l'évolution de la phase rachitique aiguë et ne laisse à sa suite aucune trace bien apparente.

C'est ainsi, du moins, que les choses se sont passées dans les deux premiers faits observés par moi. L'âge de l'enfant, les signes concomitants ou ultérieurs du rachitisme, l'exclusion de toute autre affection organique du cou établissent positivement le diagnostic.

Pour revenir à l'enfant dont je vous parlais, l'attitude de son cou, les douleurs qu'il paraissait ressentir un peu partout, son aspect malingre, les mauvaises conditions alimentaires auxquelles il était soumis, son jeune âge et — il faut bien l'avouer — la difficulté d'un examen soigneux d'un petit être qui se débat et crie au moindre attouchement, telles furent les raisons qui me portèrent à penser à un torticolis d'origine rachitique. Mais la marche ultérieure de la maladie vint démontrer mon erreur.

Au bout de quelques mois, le torticolis a guéri, mais au niveau de la région dorso-cervicale, il s'établit une gibbosité angulaire et douloureuse, sûrement révélatrice d'un mal de Pott.

Ce fait instructif devra donc nous mettre en garde contre une trop grande précipitation dans le diagnostic d'un torticolis du jeune âge, et avant de conclure à l'existence d'un torticolis rachitique, maladie bénigne par excellence, il faut parfois attendre que le temps vienne donner un formel démenti à nos appréciations et révéler un mal de Pott, maladie grave entre toutes.

Peut-être bien qu'un examen plus minutieux, la constatation des douleurs plus vives et plus limitées m'eût permis d'éviter l'erreur. Il me paraît au moins convenable qu'après avoir signalé le torticolis rachitique, je signale aussi les difficultés du diagnostic et la possibilité de sa confusion avec le mal de Pott au début.

En résumé, de ces deux faits que je viens de relater sommairement, il résulte que le mal de Pott, quand il siège aux confins de la région dorsale, peut offrir, au début, de réelles difficultés de diagnostic.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DES HYBRIDITÉS PATHOLOGIQUES

UN CAS DE SYPHILOME CÉRÉBRAL COMPLIQUÉ DE GLYCOSURIE CHEZ UN ARTHRITIQUE. — DOUBLE TRAITEMENT. — GUÉRISON (1)

Par le docteur OZENNE, chirurgien de Saint-Lazare.

La question des hybridités pathologiques, quoique bien étudiée depuis une vingtaine d'années par différents auteurs, principalement par M. le professeur Verneuil (de Paris) et par ses élèves, offre encore certains points obscurs, surtout si l'on envisage l'association de la syphilis et de l'arthritisme. C'est pour cette raison que l'observation suivante nous a paru mériter d'être rapportée.

Dans le courant de l'année 1891, un homme de quarante-deux ans, de vieille date arthritique, était subitement atteint de strabisme externe de l'œil droit avec maux de tête, vertiges, nausées et sensation très accentuée de brisure des membres inférieurs. Ces accidents, qui mettaient le malade dans l'impossibilité de lire, d'écrire et de marcher, persistaient depuis une dizaine de jours lorsqu'il me fut adressé. L'examen, fait à cette époque, donna les renseignements suivants :

Chute très légère de la paupière supérieure ; déviation prononcée du globe oculaire en dehors, par suite de la paralysie de la branche interne du nerf moteur oculaire commun, qui seule est atteinte, car les mouvements d'élévation et d'abaissement du globe oculaire peuvent avoir lieu. Diplopie et diminution de la perception visuelle telle que la lecture n'est, en réalité, pas possible. Dilatation de la pupille, dont la mobilité n'est pas entièrement annihilée. Œil gauche normal. En outre, céphalalgie intermittente, vertiges, faiblesse générale et troubles digestifs divers avec dilatation de l'estomac. L'examen de l'urine dénote 11 grammes de sucre par litre de liquide, soit environ un total de 25 grammes par jour.

La glycosurie était incontestable, mais elle était peu intense ; aussi les accidents semblant devoir être rapportés plutôt à la syphilis, nous prescrivons 4 grammes d'iodure de potassium et une friction mercurielle par jour. Amélioration assez rapide que complètent la médication antidiabétique et un traitement tonique ; au bout de deux mois, il ne persiste plus qu'un certain degré de strabisme.

Six mois plus tard, pendant lesquels le malade avait négligé tout traitement, première récidive sous la forme de manifestations analogues à ce qui avait déjà été observé au début (13 grammes de sucre par litre d'eau). On n'a tout d'abord recours qu'au traitement antidiabétique, qui détermine une diminution des accidents ; mais ceux-ci ne disparaissent à peu près complètement qu'en reprenant l'usage de l'iodure et du mercure.

Pouvait-on, dès lors, tirer quelques conclusions de cette thérapeutique, à deux reprises appliquée ? Oui, assurément, car elle avait démontré que l'une des médications, à l'exclusion de l'autre, était impuissante à abolir toute manifestation morbide ; de plus, elle avait prouvé que chacune d'elles était effective, ce qui permettait d'en déduire que, tout en étant associées, les manifestations morbides relevaient d'une double cause, la syphilis et le diabète.

La suite est venue confirmer cette manière de voir que M. le docteur Besnier a acceptée dans une consultation ultérieure, à l'occasion d'une nouvelle rechute du malade. L'éminent médecin de Saint-Louis a porté le diagnostic d'arthritisme, de glycémie et de spécificité, et a donné le conseil de reprendre le double traitement. C'est ce qui a eu lieu à l'avenir d'une façon à peu près régulière. Dans le courant de l'année 1892, on a encore noté quelques légères récidives, mais, depuis près d'un an, l'état général est excellent, et, sauf un peu de strabisme, il ne reste plus de traces des troubles anciens.

En résumé, de l'exposé des symptômes morbides que je viens d'énumérer, il semble ressortir qu'une hybridité pathologique peut être invoquée chez ce malade, qu'il y a eu coexistence de syphilis et de diabète, et influence réciproque des deux affections dans leurs manifestations.

Malgré les présomptions favorables à cette manière de voir et malgré les résultats fournis par la thérapeutique, il est intéressant de rechercher non pas les preuves de la glycosurie, qui sont incontestables, mais les preuves de l'existence de la syphilis, et de discuter si cette dernière, certaine ou probable, présente quelques rapports de cause à effet avec le diabète, ou bien s'il y a eu indépendance d'origine, sinon de manifestations des deux maladies.

Il est inutile de rappeler combien sont fréquentes, dans la syphilis cérébrale, les paralysies motrices de l'œil, et, parmi ces dernières, l'on sait que la paralysie de la troisième paire est l'une de celles que l'on observe le plus souvent. Qu'elle soit complète ou partielle, ce qui n'est pas rare, on admet généralement qu'elle acquiert une réelle valeur diagnostique.

Son mode d'apparition subite chez notre malade et les troubles oculaires et cérébraux consécutifs ne nous avaient

(1) Communication au Congrès de Rome.

laissé que fort peu de doutes sur sa pathogénie. Toutefois, la démonstration évidente en a été impossible, car nous n'avons pu relever aucun antécédent confirmatif, et force nous a été d'admettre que nous avions affaire à un nouvel exemple de syphilis ignorée. Cependant, dans de telles conditions, il était permis d'élever un doute sur ce point de pathogénie, car la glycosurie ne pouvait être contestée, et, à elle seule peut-être, on avait le droit de rapporter les divers accidents observés. Que la céphalalgie, les vertiges, les troubles digestifs et l'affaiblissement général ressortissent à la glycosurie, le fait, à la rigueur, était admissible; mais il en était autrement de la paralysie partielle du moteur oculaire commun, car ce n'est qu'à titre tout à fait exceptionnel que l'on a signalé des accidents nerveux de ce genre dans le cours du diabète.

D'ailleurs, n'avions-nous pas contre cette hypothèse les résultats donnés par le double traitement, qui avait nettement démontré qu'on ne pouvait guère contester l'existence d'un néoplasme syphilitique intra-cranien? Quant aux rapports existant entre la syphilis et le diabète, deux questions pouvaient être soulevées : 1° le diabète était-il sous la dépendance de la syphilis? 2° ou bien en était-il indépendant?

Le diabète syphilitique, dont l'existence a été mise hors de toute contestation par de nombreux travaux, s'explique tout naturellement dans certains cas par le siège du néoplasme intra-cranien; mais, lorsqu'il en est ainsi, on constate souvent, sous l'influence du seul traitement spécifique, la disparition simultanée du sucre dans l'urine et des accidents provoqués par la lésion syphilitique. Or, c'est ce qui n'a pas eu lieu chez notre malade, puisque, à plusieurs reprises, il a été nécessaire, pour éteindre tous les phénomènes morbides, d'ajouter, aux prescriptions iodurées et hydrargyriques, l'usage de la médication antidiabétique.

Il semble donc que l'on peut en conclure qu'il n'existait aucun rapport de causalité entre les deux affections, ce qui, d'ailleurs, n'a pas lieu de surprendre, si l'on note que différentes manifestations arthritiques avaient été antérieurement observées. Nous ferons toutefois remarquer que, malgré cette indépendance d'origine des deux affections, il y a eu, à de certains moments de leur évolution, une association de symptômes morbides, qui offraient des caractères relevant de l'une et de l'autre et, par suite, en rendaient le diagnostic plus délicat.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 29 mai 1894. — Présidence de M. Rochard.

ÉLECTIONS

L'Académie procède à l'élection de deux membres correspondants nationaux.

Première élection. — M. Mairet (de Montpellier) est élu, au premier tour de scrutin, par 49 voix sur 69 votants.

Deuxième élection. — Au premier tour de scrutin, M. Vergely (de Bordeaux) est élu par 53 voix sur 70 votants.

COMMUNICATION

Épistaxis. — M. Verneuil dit qu'on doit diviser les épistaxis en trois groupes : épistaxis juvénile, héréditaire et hérédo-hépatique, dont les conditions étiologiques et la pathogénie, pas plus que la thérapeutique d'ailleurs, ne paraissent encore bien fixées.

On admet généralement que l'épistaxis juvénile se retrouverait fréquemment dans les antécédents plus ou moins éloignés de la phtisie et du rhumatisme des adultes; après une durée plus ou moins longue, elle pourrait reparaître chez des sujets âgés de cinquante à soixante ans, sous des influences à la vérité mal connues, et enfin elle aurait pour cause tantôt la pléthore ou un molimen hémorragique, tantôt, au contraire, une profonde débilitation due à la croissance exagérée, à la puberté, au mauvais régime, à un excès de travail intellectuel, à l'onanisme, etc.

M. Verneuil ne critique pas cette liste étiologique, mais son expérience l'a conduit à des conclusions un peu différentes. En effet, il est extrêmement rare de retrouver, dans ces cas, les altérations signalées, tandis que si l'attention est appelée du côté du foie, on ne manque pas d'ordinaire de reconnaître, soit chez le petit malade, soit chez ses ascendants, un état constitutionnel de la glande hépatique. Le régime approprié à l'hépatisme fait bientôt justice des accidents observés.

M. Panas ne sait si les épistaxis juvéniles sont liées à un état pathologique du foie, toujours rare chez les enfants; mais il a eu maintes fois l'occasion d'observer qu'elles sont en rapport avec des troubles digestifs susceptibles de gêner la circulation du côté de la veine-porte ou bien déterminant des phénomènes dyscrasiques. C'est ainsi qu'il a récemment observé un enfant qui présentait de l'exophtalmie consécutive à un hématome de l'orbite. Il ne trouvait aucune explication de cet hématome, lorsqu'il finit par constater que cet enfant était atteint d'une dilatation de l'estomac avec dyspepsie; chaque fois que cet enfant mangeait trop, il présentait des épistaxis.

Les affections du foie sont rares dans l'enfance, la dyspepsie et la constipation sont fréquentes; la constipation, occasionnant de la gêne circulatoire du côté de la veine-porte, peut, jusqu'à un certain point, déterminer des auto-intoxications pouvant faire croire que ces hémorragies sont d'ordre dyscrasique.

M. Verneuil dit que la constipation peut amener des troubles dans la circulation de la veine-porte; de là à admettre l'hépatisme, il n'y a qu'un pas à franchir.

L'Académie se forme en comité secret.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité d'anatomie générale [deuxième partie (1)], par Ph. Sappey.

Nous avons déjà rendu compte de la première partie du traité publié par le professeur Sappey. Nous avons peu de chose à dire de la deuxième partie qui finit l'ouvrage. Un ouvrage signé Sappey ne peut qu'être une œuvre considérable, dont la science française s'honore. C'est ce que nous avons déjà dit, c'est ce que nous répétons avec plaisir et conviction.

Ce deuxième fascicule contient l'étude des systèmes musculaires lisse et strié, du système nerveux, de la peau et ses annexes : système corné, système pileux; des systèmes muqueux, glandulaire, séreux et érectile.

Études de chirurgie médullaire [historique, chirurgie opératoire, traitement (2)], par A. Chipault.

La chirurgie médullaire date d'hier, c'est donc une question toute d'actualité à la solution de laquelle M. Chipault a eu le mérite de s'attaquer. Ce volume, dit l'auteur, n'est

(1) In-8°. Prix : 25 francs. — Paris, L. Battaille et Cie.

(2) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, F. Alcan.

que le premier d'une série dont deux autres volumes vont bientôt paraître.

Après une étude historique très serrée, mais forcément courte, car les faits sont rares encore, l'auteur étudie la chirurgie opératoire et sa technique détaillée, avec les soins post-opératoires.

Le troisième chapitre est consacré aux indications opératoires : 1° dans les traumatismes, fractures, luxations, plaies du rachis, plaies de la moelle; 2° dans la tuberculose vertébrale, suivant son siège et ses variétés ; 3° dans les tumeurs ; 4° dans différentes affections médullaires. Enfin, un dernier chapitre traite des opérations exploratrices en chirurgie médullaire.

Nos lecteurs connaissent déjà M. Chipault, ils ont pu apprécier, dans ses différentes Revues générales, quelle somme de travail et de recherches consciencieuses représentait chaque publication de cet auteur. C'est dire que ces études de chirurgie médullaire, présentées actuellement au public médical, constituent le travail le plus complet et le plus documenté sur ce point de la pathologie chirurgicale.

Rhinologie, otologie, laryngologie à Vienne (1), par le docteur Marcel Lermoyez.

Vienne est la patrie de la laryngologie et surtout de l'enseignement laryngologique. Des maîtres de haute valeur, une organisation unique au monde ont fait de la capitale de l'Autriche un centre universitaire où des milliers d'étudiants et de docteurs étrangers viennent perfectionner leur instruction. Notre collègue Lermoyez, médecin des hôpitaux, est allé à Vienne étudier l'enseignement de la laryngologie et de l'otologie. Pendant longtemps il a vécu dans l'intimité des maîtres de l'hôpital général et de la policlinique. Le livre qu'il publie aujourd'hui sous ce titre modeste est en réalité un traité de rhinologie, d'otologie et de laryngologie. Sans doute, M. Lermoyez nous guide dans les services viennois, dirige le docteur étranger arrivant à Vienne et lui prodigue les conseils éclairés de celui qui a vu par lui-même. Mais, à notre avis, c'est là le petit côté, non négligeable toutefois, du volume qu'il publie. Son livre est utile non seulement à ceux qui veulent aller à Vienne, mais à tous ceux qu'intéresse l'étude des spécialités, car M. Lermoyez, avec la compétence spéciale que chacun lui reconnaît, nous initie à la pratique de chacun des maîtres viennois; il conduit son lecteur, le guide, le dirige, ne se borne pas à faire connaître la pratique des autres, mais la critique, l'apprécie, blâmant ou approuvant; et son ouvrage devient si documenté qu'il se transforme en un véritable traité, d'un ordre tout particulier, d'une allure originale qui en fait la lecture agréable et facile.

Des pansements et de l'antisepsie dans la chirurgie lyonnaise (2), par le docteur Thévenet.

La thèse du docteur Thévenet est divisée en sept chapitres d'inégale valeur. Les cinq premiers sont exclusivement consacrés à l'exposé des faits historiques. Le sixième chapitre est le récit d'une excursion dans les services hospitaliers de la ville de Lyon. Dans ce chapitre, figure la description de quelques pansements particuliers, propres à certains chirurgiens. Le septième chapitre est un court résumé des comptes moraux administratifs de l'Hôtel-Dieu de Lyon.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, G. Carré.

(2) In-18. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Antisepsie et asepsie chirurgicales (1), par le docteur A. Reverdin.

C'est au professeur de la Faculté de médecine de Genève que le directeur de la bibliothèque Charcot-Debove s'est adressé pour traiter ce sujet, maintenant si rebattu, de l'antisepsie et de l'asepsie chirurgicales. La tâche était difficile, les manuels sur ce sujet abondent, et presque tous écrits par des auteurs des plus compétents. L'auteur du nouveau manuel a eu soin de se poser en chirurgien, et s'est défendu d'être bactériologiste, chimiste ou physicien. Il s'est placé autant que possible sur le terrain de la pratique, se laissant aller volontiers à ses impressions, s'étendant avec complaisance sur certains chapitres qui paraissaient lui présenter un intérêt spécial. C'est une véritable causerie chirurgicale où l'auteur a voulu éviter d'être aride et monotone; son style est vif, clair, imagé, élégant, ce qui n'est pas à dédaigner dans l'étude d'un sujet un peu ingrat : on peut en juger par la façon dont M. Reverdin compare l'antisepsie et l'asepsie — ces sœurs non jumelles, dit-il. « L'antisepsie est la force, un peu brutale parfois; l'asepsie, plus délicate, s'efforce de protéger sans nuire, aussi ne sauraient-elles également convenir à tous les tempéraments chirurgicaux; ils en est qui seront toujours portés vers la manière forte, tandis que d'autres, plus délicats, apprécieront mieux la douceur des touches fines. »

Les varices (2), par le docteur L. Beurnier.

Ce sont les varices du membre inférieur que M. Beurnier étudie surtout dans ce petit livre, fort complet et fort au courant sur ce point spécial de la science chirurgicale. Son ouvrage fait bonne figure dans la bibliothèque Charcot-Debove, pour lequel il est écrit.

A. R.

Atlas de laryngologie et de rhinologie (3), par A. Gouguenheim et J. Glover.

Le remarquable Atlas que MM. Gouguenheim et Glover viennent de consacrer à la pathologie du larynx et des fosses nasales ne comprend pas moins de 293 figures originales. Ces figures sont réparties en quatre groupes : anatomie topographique, clinique, anatomie et histologie pathologique, médecine opératoire. Les figures du premier chapitre ont toutes été dessinées sur nature, d'après des pièces sèches et humides, préparées à l'École pratique, grâce à l'obligeance de MM. Farabeuf et Poirier. Elles sont bien combinées et bien choisies au point de vue des applications à la chirurgie endo-laryngée, endo-nasale et du nasopharynx. La partie clinique comporte une série de figures relatives à la technique de l'examen du larynx et du nez. Elle comporte de plus, très fidèlement et très artistiquement produits, les types des affections les plus importantes et les plus fréquentes. Les collections et la *Revue de laryngologie* de M. Gouguenheim, à l'hôpital Lariboisière, ont fourni de beaux modèles pour ces types. Les planches d'anatomie et d'histologie pathologique ont été dessinées partie sur cette collection, partie sur les dessins et photographies de coupe de M. Lallery. Mais la partie la plus originale et la plus réussie de l'Atlas est assurément celle qui a trait à la médecine opératoire. La fidélité des attitudes est extrêmement remarquable. Pour plusieurs dessins, MM. Gouguenheim et Glover ont été aidés, dans cette partie, par les photographies du docteur Lermoyez.

(1 et 2) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. — Prix : 3 fr. 50. Paris, Rueff et Cie.

(3) Gr. in-4°. Prix : 50 francs. — Paris, G. Masson.

Le texte qui précède les planches, tout en étant d'une grande concision, renferme toutes les données les plus importantes au point de vue pratique. Les figures en regard lui donnent, malgré sa concision, une entière clarté. A notre époque de production littéraire médicale surabondante et souvent un peu hâtive, cet atlas représentant des années de travail, et d'un travail exclusivement original, fait le plus grand honneur aux deux auteurs.

A.-F. PLICQUE.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour deux places de chirurgien du Bureau central vient de se terminer par la nomination de MM. Albarran et Beurnier.

— Par arrêté ministériel, en date du 28 mai 1894, la chaire de matière médicale de la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux est déclarée vacante.

— Le concours pour l'internat de la Maison nationale de Charenton s'ouvrira le 26 juin 1894. Le registre d'inscription sera clos le 18 juin 1894.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le professeur Labéda est nommé doyen de ladite Faculté.

— *École de médecine de Tours.* — M. le suppléant Guilbaud est chargé d'un cours de physiologie.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le registre des inscriptions du quatrième trimestre de l'année scolaire 1893-1894 sera ouvert le lundi 17 juin 1894, et clos le mardi 17 juillet, à trois heures. Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi :

1° Les inscriptions de première année (doctorat et officiat), les les lundis 18, mardi 19, mercredi 20, jeudi 21, vendredi 22 et samedi 23 juin 1894.

2° Les inscriptions de deuxième année de doctorat, les mercredi 27, jeudi 28, vendredi 29 et samedi 30 juin 1894.

3° Les inscriptions de troisième et quatrième années de doctorat, les vendredi 6, samedi 7, mercredi 11, jeudi 12, vendredi 13, lundi 16 et mardi 17 juillet 1894.

4° Les inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les lundi 2 et mardi 3 juillet 1894.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée en dehors de ces dates que pour des motifs sérieux et appréciés par le conseil de la Faculté. Ils sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leur inscription.

Avis spécial à MM. les internes et externes des hôpitaux. — MM. les étudiants, internes et externes des hôpitaux devront joindre à leur feuille d'inscription un certificat de leur chef de service, indiquant qu'ils ont rempli avec exactitude leurs fonctions d'internes ou d'externes pendant le troisième trimestre de l'année scolaire 1893-1894. Ce certificat doit être visé par le directeur de l'établissement hospitalier auquel l'étudiant est attaché.

Ces formalités sont absolument de rigueur: les inscriptions seront refusées aux élèves internes et externes des hôpitaux qui négligeraient de les remplir.

Consignations. — 1° Les élèves-docteurs, ajournés à la session de novembre 1893 et à celle de janvier 1894, au premier examen de doctorat, et les élèves-officiers de santé ajournés aux premier, deuxième et troisième examens de fin d'année (officiat), devront consigner le jeudi 7 juin, aux heures ordinaires. Ils seront appelés à subir leur examen du 18 au 23 juin.

2° Les élèves de première année, qui désirent subir le premier examen de doctorat avant les vacances, devront consigner les lundi 11, mardi 12, mercredi 13 et jeudi 14 juin. (Ils prendront la quatrième inscription du 18 au 23 juin inclus et seront appelés à subir l'examen à partir du 25 juin.) Ceux qui ne consigneront pas aux dates ci-dessus indiquées seront renvoyés à la session d'octobre. Les aspirants à l'officiat sont astreints à subir en juillet les examens de fin d'année; ils consigneront : les élèves de première année les lundi 11 et mardi 12 juin, les élèves de deuxième et de troisième années en prenant, selon le cas, la huitième ou la douzième inscription ; ils ne peuvent être renvoyés à la session d'octobre que sur une autorisation spéciale du conseil de la Faculté.

3° En cas d'ajournement au premier examen de doctorat et aux examens de fin d'année, les élèves-docteurs de première année et les aspirants à l'officiat pourront se présenter de nouveau à la session qui aura lieu du 15 au 31 octobre prochain. Ils devront se faire inscrire le lundi 8 ou le mardi 9 octobre 1894, dernier délai. (Ces dispositions sont applicables aux élèves-docteurs de première année qui ne se présenteraient pas à la session de juillet.)

Ostéologie. — Les démonstrations d'ostéologie commenceront le lundi 15 octobre 1894. MM. les étudiants qui auront passé avec succès le premier examen de doctorat ou le premier examen de fin d'année d'officiat devront se faire inscrire au secrétariat de la Faculté (bureau du chef du matériel). A cet effet, le bureau sera ouvert tous les jours de midi à trois heures, pendant la période des examens : avant les vacances, à partir du 18 juin; et à la session d'automne, du 15 au 31 octobre.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 3 juin 1894, aux laboratoires de MM. Albert Lévy (chimie) et le docteur Miquel (microbiologie), caserne Lobau, annexe de l'Hôtel de Ville, 2, rue Lobau, sur le quai, à neuf heures et demie très précises du matin.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — 3 juin 1894. — *Excursion de Paris aux châteaux de la Loire, par trains rapides et à prix réduits.* — Visite de Blois et de Chambord.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le dimanche matin 3 juin; retour à Paris le même jour.

D'accord avec l'Agence des Voyages économiques, la Compagnie fera émettre, du 24 mai au 1er juin inclus, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de l'Agence des Voyages économiques : 2° les repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures; 4° les entrées dans les monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **30 fr. 55**; 2e classe, **24 fr. 70**; 3e classe, **20 fr. 50**.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence des Voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à Paris, gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, 8, rue de Londres; 21, rue du Bouloi; 7, rue Paul-Lelong ; 5, rue Gaillon; 326, rue Saint-Martin; 6, place Saint-Sulpice; 7, place de la Madeleine; 21 bis, rue de Paradis; 34, boulevard de Sébastopol; 63, rue des Archives; 33, quai Valmy; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine et rue de la Roquette, 2, à l'angle de la place de la Bastille.

Avis. — Les voyageurs n'auront pas droit à la franchise des bagages.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 64. — SAMEDI 2 JUIN 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 2 JUIN 1894. — N° 64.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Curabilité des traumatismes rachidiens.

Par le docteur LEJARS,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Un homme est renversé sous un éboulement ou tombe d'un étage : il est relevé paraplégique. Que faire et que prédire ? Quelles sont les indications d'une intervention chirurgicale et quel en sera le bénéfice ? Et, si l'on n'intervient pas, quelles chances de guérison spontanée l'avenir réserve-t-il au blessé ?

C'est en ces termes précis que la question se pose, en clinique. Il est évident que la réponse ne saurait être unique. Il est évident que la réponse ne saurait être univoque : elle devra s'appuyer sur une série de données, souvent difficiles à dégager, et qui ont trait surtout au siège et à l'intensité *réelle* des lésions.

Autre problème : le traumatisme rachidien n'a laissé derrière lui que les signes d'une commotion légère et quelques accidents disséminés qui passent vite : faut-il croire qu'après eux tout sera fini, ou devrons-nous craindre, en dépit de la bénignité du traumatisme initial, des complications lointaines ? Et pourquoi ?

A prendre les faits au point de vue clinique, je crois qu'il y a lieu de les diviser en trois groupes, que voici :

1° Il existe à la fois des *désordres médullaires graves* et une *déformation rachidienne* bien accusée ;

2° Il existe des *désordres médullaires graves, sans déformation rachidienne* ;

3° Il n'existe primitivement *ni désordres médullaires* de quelque importance, *ni déformation du rachis*.

I

On ne connaît que trop les faits du premier groupe : c'est le type classique de la fracture du rachis, avec compression médullaire. Qui de nous n'a le souvenir de plusieurs de ces malheureux qui mettent quelquefois de longs mois à mourir et qui succombent peu à peu, par segments, pour ainsi dire, et de bas en haut : paraplégie complète, œdème qui, du bassin, envahit le tronc, eschares, incontinence de l'urine et des fèces, cystite, que sais-je encore ? tout un martyre. Assister impuissant à de pareilles tortures est une des plus cruelles situations pour le chirurgien et l'on en vient vite à se dire que vraiment il vaut mieux tenter les extrêmes.

Les autopsies, très nombreuses, les biopsies opératoires, dont nous allons parler, s'entendent à prouver que, dans la plupart de ces cas, c'est bien au déplacement des fragments que la lésion médullaire est attribuable. Qu'il s'agisse de l'enfoncement des lames ou de la saillie angulaire d'un corps vertébral, contusion, écrasement, section ou compression de la moelle sont d'origine osseuse : et, de là, l'association de ces deux lésions, désordres médullaires graves et déformation rachidienne. Mais il y a un départage à faire entre ces différentes variétés de lésions médullaires : les unes sont primitives et sont dues au *choc des fragments* ; les autres relèvent de la *compression*. Il est aisé de concevoir que le pronostic ultérieur dépende surtout des lésions initiales : nous pouvons lever la compression, nous ne pouvons rien sur une moelle rompue, écrasée ou simplement contuse. Aussi a-t-on dit : après le traumatisme, tout le mal est fait et l'avenir ne dépend plus que de l'état de la moelle traumatisée. Les désordres anatomiques sont-ils de ceux qui régressent et se réparent ? Toute la question est là ; et, s'il fallait en croire von Bergmann (1), l'élément compression n'aurait qu'une médiocre importance et le canal rachidien est assez large pour qu'un fragment le rétrécisse notablement, sans que la moelle en souffre. Nous verrons plus loin, après l'examen des méthodes opératoires et de leurs résultats, ce qu'il faut penser d'une conclusion qui, d'avance, condamnerait tout essai thérapeutique.

Cette thérapeutique active des traumatismes rachidiens se résume en deux méthodes principales : la *réduction* et la *trépanation*.

Je ne veux pas faire l'histoire de la réduction, ni encore moins comparer l'une à l'autre les deux pratiques ; aussi bien, à mon sens, les éléments d'appréciation sont-ils encore insuffisants. La réduction lente, par l'extension continue, n'est et ne peut être que bien peu efficace, et, du reste, ne s'emploie guère ; la réduction brusque, qui est, en somme, la méthode logique, a ses dangers bien réels et

(1) VON BERGMANN. Soc. de méd. de Berlin, janv. et fév. 1889.

ses difficultés maintes fois démontrées ; il reste un dernier procédé, d'application plus récente, la suspension cervico-axillaire, suivant la pratique de Sayre, qui permet de faire la coaptation et d'immobiliser le thorax, une fois la fracture réduite, dans un corset plâtré.

J'en viens à la trépanation, méthode plus directe, plus chirurgicale, semble-t-il, et qui était bien de nature à faire naître de grandes espérances : je parle de la trépanation complète, qui ne se borne pas à enlever un débri de lamelle, mais qui ouvre, sur une longueur suffisante, le canal rachidien et qui en fait disparaître tous les agents de compression, fragments enfoncés, esquilles, caillots, relief angulaire des corps vertébraux.

Nous possédons, à l'heure actuelle, sur la trépanation rachidienne, des documents nombreux et les pièces du procès ont été rassemblées avec grand soin et commentées avec talent par M. Chipault, dans son livre (1). Il faut bien le dire, la lecture de ses tableaux laisse une impression désespérante.

Sur les 167 cas qui représentent la statistique des lamnectomies pour fractures, je relève 73 morts ; des 94 opérés qui ont survécu, 33 seulement ont été améliorés, et, comme nous allons le voir, à un degré très variable : 8 n'ont recueilli, pour tout bénéfice, qu'un rétablissement partiel de la sensibilité, sans que fussent modifiés, en aucune façon, ni la paraplégie, ni, le plus souvent, les désordres vésico-rectaux ; chez 3 autres, les fonctions du sphincter anal et vésical ont seules reparu ; 5 autres ont recouvré partiellement la motilité et la sensibilité, l'un d'eux succomba plus tard ; chez 9 autres, on signale le retour à peu près complet de la sensibilité et du mouvement, mais souvent dans des termes qui ne laissent pas que de prêter à un certain scepticisme : 2 d'entre eux marchaient ou se tenaient debout avec des béquilles, 1 autre serait devenu de nouveau paraplégique (Blackmann). J'arrive aux cas de guérison complète, ou donnés comme tels, et j'en trouve 10 : 2 (Lloyd et Lampiasi) sont absolument sans détails et, de ce fait, ne sauraient légitimement figurer dans la discussion ; il nous reste les 8 cas de Weiss, Bird, Ridenow, Woodbury, Urban, Moullin, Knox et Schede : celui de Schede est, sans contredit, le plus complet et le plus convaincant ; parmi les autres, il en est dans lesquels la guérison totale paraît un peu douteuse, celui de Knox, par exemple, dont l'opéré, au bout de dix mois, *pouvait se tenir droit et faire quelques pas sans appui* et l'enfant de Woodbury, qui, dix-sept mois après l'intervention, *se tenait debout sans soutien.*

Ce qui n'est pas discutable, c'est que presque toutes les interventions heureuses ont été des *interventions précoces ;* à part le blessé d'Urban, qui ne fut opéré qu'au bout de six mois et demi, et celui de Schede, qui le fut au bout de seize semaines, les autres trépanations furent pratiquées aux dates suivantes : neuf semaines (Moullin), quelques semaines (Woodbury), trente-trois jours (Weiss), quarante-huit heures (Bird), trente-six heures (Knox), une heure (Ridenow).

On ne saurait conclure de là que la précocité de l'intervention soit un gage de succès. Et, de fait, sur 15 trépanations pratiquées dans les premières vingt-quatre heures, je relève 14 morts rapides et 1 cas qui ne fut suivi d'aucune amélioration ; en faisant le compte des trépanations pratiquées au cours des dix premiers jours, je trouve, sur 38 faits, 32 morts, 4 résultats nuls, 1 amélioration passagère, plus tard suivie de mort, et 1 seul cas d'amélioration.

C'est qu'il en faut toujours revenir à ce facteur qui prime tout : l'*état de la moelle.* Et sur quels signes pourrons-nous dire d'emblée : Il y a une lésion irrémissible de la moelle, elle est sectionnée, écrasée, contuse, incapable de reprendre sa continuité physiologique et son fonctionnement ?

Faut-il, de là, conclure à l'abstention ? Pour ma part, je ne le crois pas, et, jusqu'au jour où nous posséderons des signes cliniques suffisants pour faire, dès le début, le diagnostic de la lésion médullaire, il vaut mieux, en tout état de cause, intervenir d'emblée ; la parole de Malgaigne reste vraie : « Le danger est là, dans votre inaction même, et trop grand pour qu'on ait à craindre de l'augmenter. »

On ne saurait dire, pourtant, que le pronostic, en pareil cas, soit fatalement désespéré, si l'on n'agit pas ; et l'on voit guérir de ces fractures où la déformation rachidienne est très marquée, où la paraplégie est complète, quand elles siègent au cou ou aux lombes.

Sonnenburg (1) ne s'est-il pas inscrit en faux contre le pronostic mortel qui, depuis longtemps, était classique dans les fractures de la colonne cervicale ? N'a-t-il pas rassemblé 19 faits de fractures cervicales guéries, gros chiffre, si l'on songe à leur rareté, et, dans 10 de ces cas heureux, les phénomènes paralytiques avaient été très authentiques et très étendus. L'une de ces dernières observations est frappante : le blessé était resté longtemps paralysé des deux membres inférieurs, puis les accidents s'étaient tous atténués peu à peu : ils avaient fini par disparaître entièrement et le malade, qui avait repris une vie active, n'était plus gêné que par la déformation de son cou, fortement infléchi au niveau des sixième et septième cervicales, siège de l'ancienne fracture.

Malgré la déviation rachidienne, il n'y avait donc pas de compression osseuse ; nous verrons, dans un instant, comment expliquer, en pareil cas, les accidents médullaires et leur disparition, en relatant d'autres exemples de curabilité complète.

Aux lombes, en effet, on trouve signalées de ces terminaisons heureuses : on n'en cite pas à la région dorsale, ni aux vertèbres cervicales supérieures. La raison en semble toute mécanique : plus large au cou et aux lombes, le canal rachidien laisse plus de liberté à la moelle et la compression osseuse y doit être plus rare (2).

Souvent aussi, le plus souvent même, ces guérisons ne sont pas des restitutions fonctionnelles *ad integrum* : les accidents primitifs ne s'effacent pas entièrement et l'on trouve un reliquat de paralysie ou d'autres troubles nerveux persistants.

En voilà un exemple intéressant, que j'ai eu l'occasion d'observer récemment à la Pitié. Il s'agissait d'une fracture de la colonne lombaire, qui avait intéressé la quatrième vertèbre, à en juger par la déformation qu'on trouve encore à ce niveau. Le traumatisme remonte à 1882, le malade était tombé du talus des fortifications et, paraplégique, il avait été soigné trois mois, à l'hôpital Beaujon, dans le ser-

(1) Chipault. *Études de chirurgie médullaire*, 1893.

(1) Sonnenburg. Die Halswirbelbrüche, *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1892, Bd. XXXIV.

(2) Il faut ajouter qu'à la partie inférieure de la colonne lombaire et au niveau du canal sacré, les lésions n'intéressent plus la moelle proprement dite, mais les nerfs de la queue de cheval.

vice de M. Tillaux qui, du reste, rappela cette histoire dans sa chirurgie clinique. Peu à peu, les accidents du début avaient disparu, mais les membres inférieurs sont demeurés tous deux atrophiés, surtout au niveau des mollets, la marche se fait péniblement, lentement, avec une canne, les jambes incurvées en cerceau. Il existe une analgésie complète, à la douleur et à la température, sur les deux membres inférieurs, à part le territoire du musculo-cutané ; la nuit, il y a toujours de l'incontinence d'urine et souvent de l'incontinence fécale.

Les faits de ce genre ne sont pas rares ; le mémoire de MM. Tuffier et Hallion (1), la thèse de M. Heurteau (2) en contiennent toute une série : parésies plus ou moins étendues, zones d'anesthésie, incontinence d'urine, glycosurie, troubles trophiques figurent parmi ces complications tardives.

On a proposé, on a tenté plusieurs fois une intervention, à cette période éloignée, le plus souvent sans succès. Ce qui s'explique bien, d'ailleurs, et concorde avec tout ce que nous savons de la nature et de l'évolution des lésions traumatiques de la moelle : d'ordinaire, en effet, ces phénomènes fonctionnels lointains ne sont que la révélation d'un état médullaire grave, incurable ; et si, au début, la compression osseuse était en cause, elle ne joue plus, à ce moment, qu'un rôle tout secondaire, en présence des désordres anatomiques qu'elle a fait naître.

II

Les exemples de guérison complète, succédant à des accidents primitifs graves et bien caractérisés, sont moins exceptionnels dans notre seconde catégorie de traumatismes rachidiens.

En voici une observation très frappante. Le 13 novembre 1890, un couvreur de vingt-sept ans tombe à la renverse d'un troisième étage ; il tombe sur le siège, les deux membres inférieurs repliés. Douleur violente à la région sacrée et paraplégie immédiate. Deux jours après, il est transporté à l'hôpital de la Pitié, dans le service de mon maître, Le Fort, où je le vis : une vaste ecchymose couvrait toute la région sacro-lombaire et s'étendait aux bourses et à l'hypogastre ; la pression réveillait, au niveau de l'aile droite du sacrum, une couleur très aiguë et l'on découvrait, à la même hauteur, une légère dépression. Les deux membres inférieurs étaient en état de paralysie flasque, sans contractures, ni secousses musculaires, et l'anesthésie complète sur tout leur territoire, y compris même la face antérieure de la cuisse ; rétention d'urine, constipation opiniâtre.

Le blessé fut immobilisé dans une gouttière de Bonnet. Vers le 12 décembre, la rétention d'urine faisait place à une incontinence qui dura peu ; la constipation et les phénomènes de parésie intestinale s'atténuèrent ; à la fin du mois, les accidents paralytiques commençaient à s'amender à leur tour et il nous fut donné d'assister à une véritable reviviscence des membres inférieurs ; la sensibilité reparut d'abord, et peu à peu, par degrés, lentement, la motilité volontaire et tous les mouvements. Le 30 décembre, le blessé se faisait ramener chez lui ; en janvier, il marchait avec deux béquilles, qu'il remplaçait par deux cannes dans le courant de février. Vers la fin de mars, le rétablissement était assez complet pour permettre à notre malade de reprendre son travail, gêné seulement encore par la faiblesse persistante de ses deux membres inférieurs. Tout cela finit par disparaître, et, depuis deux ans et demi, notre blessé n'a pas cessé d'exercer son métier de *couvreur*, ce qui ne laisse aucun doute sur sa guérison complète. Je l'ai revu en décembre dernier : il était rentré à la Pitié pour deux coups de revolver qui ne provoquèrent aucun accident ; et, à part une légère dépression au niveau du côté droit du sacrum, je ne retrouvai aucune trace du traumatisme de 1890.

Paralysie sensitivo-motrice des membres inférieurs, accidents sphinctériens, tout y était, et les signes d'un traumatisme relativement grave, d'une solution de continuité *fonctionnelle*, n'en ont pas moins cédé tous peu à peu et totalement. Certes, en dépit des apparences cliniques, la lésion était d'ordre essentiellement curable.

Il semble qu'un certain nombre au moins de ces cas *spontanément réparables* doivent être rapportés à des épanchements sanguins intra-rachidiens.

Pour être moins connus qu'au crâne, l'épanchement sanguin n'en a pas moins, au rachis, son existence et son rôle : un rôle important. On l'a moins étudié, moins systématisé, on sait moins quelles en sont les conditions d'enkystement et le siège de prédilection, et, d'ailleurs, les dimensions du canal rachidien et la texture de ses parois se prêtent mieux que la boîte cranienne à une effusion sanguine abondante, inoffensive pour l'axe médullaire. Mais il n'en saurait être toujours ainsi.

Au nombre des faits de trépanation rassemblés par M. Chipault, nous trouvons 14 fois signalés l'hématorachis, la présence de caillots intra et extra-duraux, etc. Nous citerons tout à l'heure une observation déjà ancienne, où une collection sanguine, bien localisée, fut retrouvée dans le canal rachidien, un an après le traumatisme.

Ce qui caractérise, au crâne, l'épanchement sanguin, c'est une évolution progressive, la succession et l'aggravation lente des accidents, parfois l'époque tardive de leur développement. Tous ces signes se retrouvent dans certains traumatismes rachidiens, et Sonnenburg, que nous citions plus haut, a relevé, dans une série de cas, l'apparition tardive et progressive des accidents paralytiques. Il rapporte, dans son mémoire, 12 observations, dans lesquelles les phénomènes primitifs étant nuls, la paralysie et la mort survinrent au bout de quelques heures ou de quelques jours : le blessé s'était relevé, avait marché (l'un d'eux avait marché deux heures), libre, ou à peu près, de ses quatre membres, les accidents n'avaient paru que plus tard et progressivement ; plusieurs fois, la mort avait eu lieu subitement. De ces derniers faits, le déplacement secondaire des fragments et la compression de la moelle cervicale supérieure en donnent souvent raison ; pour les autres, il y a lieu d'invoquer, avec Sonnenburg, l'effusion rapide ou l'accumulation lente d'une hémorragie intra-rachidienne. Et l'un d'eux en est une preuve complète : le blessé était tombé sous son cheval ; il se relève : pas de plaie, pas de paralysie ; le lendemain, les deux membres inférieurs sont totalement paralysés, mais les réflexes, au chatouillement de la plante, existent encore ; selles involontaires, abdomen très sensible. Le deuxième jour, les réflexes sont en partie perdus ; le quatrième jour, météo-

(1) Tuffier et Hallion. Suites éloignées des fractures de la colonne vertébrale, *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, 1888-1889.

(2) Heurteau. *Contribution à l'étude des conséquences tardives des lésions traumatiques de la moelle épinière*, Th. de doct., 1890.

risme abdominal; le cinquième jour, paralysie des membres supérieurs. Mort au septième jour. On trouve un épanchement sanguin abondant entre le canal vertébral et la moelle.

C'est la forme grave, diffuse, de l'épanchement sanguin intra-vertébral. S'il se localise dans un segment du canal rachidien et qu'il se collecte en foyer circonscrit, il provoquera des accidents médullaires, qui seront aussi accusés que par toute autre cause de compression, mais qui présenteront ce caractère spécial de s'atténuer peu à peu, à mesure que le caillot se résorbe et se rétracte, et de disparaître avec lui. Et tel est, sans doute, le mécanisme d'un certain nombre de guérisons, à la suite de traumatismes, primitivement graves, du rachis ; le malade, dont nous rapportions plus haut l'histoire, nous en paraît être un exemple très net.

Il y a là, pour un pronostic hâtif, un double écueil, qu'il est aisé de comprendre.

Mais il est une autre cause à ces accidents disséminés, irréguliers, frustes, curables, qui suivent les traumatismes rachidiens : la commotion médullaire. Et je ne veux envisager ici que par un de ses côtés la question si vaste et si complexe, que ce terme représente. Schmaus, dans un mémoire des Archives de Virchow, qui date de 1890, a donné, de la *commotion médullaire*, la première étude expérimentale et clinique, d'une réelle importance : il l'a reproduite, avec ses accidents variés, sur des lapins et des cobayes; il l'a étudiée chez l'homme et a décrit plusieurs types de lésions histologiques, que nous ne saurions discuter ici. Toujours est-il qu'en clinique, on observe une *commotion grave*, mortelle, et une *commotion curable*.

Comme exemple du premier type, on peut citer l'observation suivante, publiée depuis par Schmaus (1) : un maçon de trente et un ans tombe d'un second étage, perte de connaissance, paraplégie, rétention d'urine, etc. Tous les accidents s'aggravent et s'étendent les jours suivants, et, au douzième jour, le blessé succombait. On trouva le segment inférieur de la moelle dorsale ramolli et infiltré de sang ; pas de fracture vertébrale, aucune autre lésion du canal rachidien. Un fait de Sonnenburg est plus frappant encore : choc violent à la nuque, pas de perte de connaissance, aucune trace de traumatisme à la face postérieure du cou, pas de déformation de la colonne cervicale, pas de crépitation, pas de paralysie : le blessé ne se plaint que de vives douleurs à la nuque; le lendemain, dans la nuit, il meurt en dix minutes. On trouve, à l'autopsie, un arrachement de l'apophyse épineuse de l'axis et une fracture du disque intermédiaire à la quatrième et à la cinquième cervicale; aucune autre lésion dn canal rachidien ni des centres nerveux, aucune trace de compression brusque et l'auteur attribue la mort à la commotion médullaire, qui portait, ici, sur la moelle cervicale supérieure.

Quoi qu'il en soit de ces faits, qui ne sont pas sans laisser quelque incertitude dans l'esprit, il y a d'autres cas où la commotion, plus disséminée et moins intense, ne crée que des lésions curables et qui s'effacent après une période plus ou moins longue. D'où l'explication, fort plausible, de certaines guérisons.

Tout récemment, M. Güssenbauer rapportait un fait de ce genre, qu'il observe depuis 1891 (1). Il s'agit d'un homme de trente ans, qui, en tombant de la plate-forme d'un tramway, avait été violemment heurté à la région dorsale : douleur très vive à la hauteur des onzième et douzième vertèbres, pas de déformation, ni de crépitation, ni aucun signe de fracture ; les douleurs irradient peu à peu dans les deux membres inférieurs, surtout le gauche, et, de plus, la sensibilité cutanée est fortement diminuée dans la moitié gauche du ventre, au scrotum et à la face postérieure des cuisses. La jambe gauche est entièrement paralysée, la droite ne peut plus exécuter que quelques mouvements. Rétention d'urine. Le lendemain, la sensibilité était déjà en partie revenue, et, à partir du troisième jour, la motilité s'améliora à son tour; le douzième jour, le blessé pouvait fléchir ses jambes ; au quatorzième, il s'asseyait sur son lit. Au bout d'un mois, il marchait avec une béquille et quittait l'hôpital, la sensibilité était encore amoindrie à la jambe gauche. Depuis, la situation s'est encore améliorée de plus en plus; en juin dernier, le blessé pouvait marcher une heure dans la montagne.

D'après M. Güssenbauer, la commotion seule explique l'évolution de ces accidents, et, par commotion, il entend, au point de vue anatomique, la rupture des petits vaisseaux intra-médullaires, qui donne lieu à autant de petits foyers sanguins, susceptibles plus tard de se résorber ou de servir de point de départ à un processus plus grave. Pour lui, en effet, ce n'est pas la commotion, par elle-même, mais bien les lésions de la moelle dues aux épanchements sanguins, interstitiels, qui créent les accidents spinaux ; la gravité ultérieure de ces accidents, la destinée du blessé ne dérivent que de ce seul facteur : la lésion médullaire ; c'est elle qui fait naître la myélite secondaire, ou, plus légère, se répare et permet la restitution *ad integrum*.

Ainsi s'expliqueront ces désordres lointains, dont nous allons parler dans un instant et que rien ne faisait supposer, au début, tant le traumatisme semblait bénin et tant étaient légers et diffus les signes initiaux de la commotion. Mais tout de suite, nous devons reconnaître que nous n'avons aucune prise sur la lésion médullaire ni sur son avenir ; c'est ici, mieux que partout ailleurs, qu'il est juste de dire : après le traumatisme, le mal est fait et le sort du blessé, que nous ne connaissons pas encore, est déjà tranché. Guérira-t-il complètement ? Succombera-t-il, à une date plus ou moins éloignée, à une myélite ascendante et diffuse? Conservera-t-il un certain nombre de troubles moteurs qui en feront un impotent? Nous n'y pouvons rien, ou bien peu de chose.

III

Cette dernière conclusion est de mise, surtout dans notre troisième catégorie de traumatismes rachidiens.

Traumatisme vertébral, pas de signes de fracture, pas de signes de lésion médullaire, au moins de quelque importance, développement ultérieur d'accidents graves : telle est, alors, la marche des faits cliniques.

De ces accidents lointains, il faut, d'ailleurs, faire deux groupes : dans une première série, les phénomènes médullaires du début se sont effacés, et c'est plus tard, après une accalmie plus ou moins prolongée, souvent prise pour une

(1) SCHMAUS. Zu Casuistik und patholog. Anatomie der Rückenmarkserschütterung, *Arch. f. klin. Chir.*, Bd. XLII, p. 113.

(1) GUSSENBAUER. Uber die Commotio medullæ spinalis, *Prag. Med. Wochens.*, 1893, nos 40-41.

guérison franche, que la paralysie reparaît, et, cette fois, s'installe définitivement. En 1889, MM. Gombault et Wallich (1) en publiaient un cas qui peut servir de type et dont voici le résumé : en 1875, chute d'une hauteur de 15 mètres, paralysie des quatre membres, aucune trace de fracture ; au bout de deux mois, la motilité se rétablit aux membres supérieurs, puis, lentement, aux membres inférieurs ; six mois après l'accident, toute trace de paralysie avait disparu. Mais ce n'était qu'une guérison apparente et transitoire. Des ulcérations se montrent aux deux jambes ; dès 1880, les deux membres inférieurs sont très amaigris ; en 1886, le pied gauche se place en varus équin, les troubles trophiques s'aggravent au point qu'il fallut pratiquer l'amputation de la jambe gauche en 1887, ce qui n'empêcha pas les mêmes accidents de se reproduire à la jambe droite, jusqu'au moment où, douze ans après le traumatisme initial, le blessé finit par succomber. On trouva des lésions de la moelle, des racines spinales et des nerfs des membres inférieurs, sur lesquelles nous ne pouvons insister, mais aucune trace d'une fracture ancienne du rachis.

Les faits de la seconde catégorie sont d'allure plus trompeuse; aucun accident médullaire, au moins de quelque importance et de quelque durée, n'a suivi le traumatisme vertébral et les désordres lointains semblent surgir d'emblée et d'une façon toujours inattendue. La thèse de M. Heurteau renferme un certain nombre d'exemples de ces complications à longue échéance. MM. Duménil et Pétel (2) ont rapporté une observation d'A. Cooper, dans laquelle le traumatisme primitif avait consisté dans une torsion du rachis. Aucun accident immédiat ne l'avait suivi : ce ne fut qu'au bout d'un laps de plusieurs mois que se montrèrent des troubles tardifs et une paralysie lentement progressive des membres. Au bout d'un an, le malade mourut, et, à l'autopsie, l'on trouva un épanchement de sang abondant entre la dure-mère et le canal rachidien, dans le segment vertébral intermédiaire à la première cervicale et à la deuxième dorsale.

Ailleurs, ce sont, selon toute vraisemblance, les petits foyers circonscrits et disséminés de la commotion médullaire qui ont servi de point de départ à la myélite secondaire. Et voilà ce qui doit assombrir singulièrement le pronostic des traumatismes rachidiens, même de ceux qui revêtent, dès le début, l'apparence la plus bénigne.

Ce pronostic éloigné aura tout lieu d'être réservé, surtout dans les deux conditions suivantes : 1° quand il existe des signes d'une commotion médullaire disséminée ; 2° quand l'excitabilité de la moelle reste accrue, après le traumatisme, et le pouvoir réflexe exagéré.

Et voici un exemple tout récent de ces commotions médullaires, légères en somme, mais d'expressions multiples et disséminées, et qui indiquent un ébranlement étendu de l'axe médullaire. Un terrassier de trente-sept ans tombe à la renverse dans la cave d'une maison en démolition : on le transporte à l'hospice d'Ivry, où il reste six jours : perte de connaissance au moment du traumatisme, paraplégie transitoire, rétention d'urine, puis incontinence, douleurs très vives dans le cou ; le lendemain de l'accident, œdème des membres supérieurs, qui disparaît au bout de quatre à cinq jours ; il est amené à la Pitié le 9 décembre : aucun désordre sensitif ou moteur, légère dilatation pupillaire, incontinence d'urine intermittente, signes de fracture, sans déviation ni déplacement, à la hauteur de la sixième cervicale.

Qu'adviendra-t-il ultérieurement de ce malade ? Nous ne saurions le dire ; mais s'il n'existe aucun signe de compression médullaire, les accidents multiples et disséminés de la commotion, pour légers qu'ils soient, ne sont pas moins de nature à faire réserver le pronostic définitif.

Et ici encore, il faut bien en convenir, notre rôle est bien restreint, et nous en sommes réduit à attendre les événements, en nous efforçant de les prévoir.

En résumé, la question des traumatismes rachidiens est trop complexe pour se prêter à une conception purement mécanique. Il y a, dans tous ces faits, une part d'inconnu qui nous échappe : la lésion médullaire, son intensité réelle, son mode d'évolution lointaine. Peut-être en viendrons-nous à la mieux connaître, à en préciser, dès le début, la nature et les tendances. Jusque-là, bien que d'un pronostic toujours obscur, l'intervention chirurgicale, précoce et suffisante, reste légitime et nécessaire : elle n'aggrave pas le mal irréparable et peut seule remédier à celui qui ne l'est pas.

(1) Gombault et Wallich. Note sur un cas de lésion traumatique de la moelle, *Arch. gén. de méd.*, avril et mai 1889.

(2) Duménil et Pétel. Commotion de la moelle épinière, étude clinique et critique, *Arch. de neurol.*, t. IX.

SUR LES EFFETS DE LA CONSTIPATION DES OPÉRÉS

ET SUR LEUR ALIMENTATION PENDANT LA DURÉE DE LEUR CONSTIPATION

Par M. le professeur Delorme (du Val-de-Grâce).

Mes opérés des régions abdomino-génito-crurales ont été, pour la plupart constipés de douze à quinze jours après leur opération aseptique, c'est-à-dire jusqu'à la levée du premier pansement et l'ablation des fils à suture.

Ils ont pris, le premier jour, de XXX à XL gouttes de laudanum de Sydenham ; le lendemain, XXXIX gouttes, les jours suivants de XX à XV gouttes. Pendant la durée de la constipation aucun n'a été soumis à l'action d'antiseptiques intestinaux. Tous avaient été purgés avant l'opération. Ceux qui avaient subi des interventions sur l'intestin avaient, de plus, été soumis à l'action de lavements. Il s'est toujours agi, dans les cas que j'ai observés, d'hommes adultes, sains, surpris par le traumatisme ; c'est donc à eux exclusivement que s'adressent les remarques qui vont suivre :

Pour le plus grand nombre, le résultat le plus net de la constipation provoquée est une élévation de température. Or, d'après la série continue de 160 courbes que je vous présente, que je vous demanderai de vouloir bien examiner, dans l'immense majorité des cas, la température n'est pas montée au-dessus de la normale pendant toute la durée de la constipation provoquée : bien plus, elle a été plus souvent abaissée un peu au-dessous de la normale. Dans ces 160 courbes, en effet, 90 fois elle oscille entre 36 et 37, et 66 fois entre 37 et 38. Quand elle a dépassé 38, ce n'a été que tout momentanément. Quand des coliques passagères ont fait, pour quelques-uns, et pour un jour, monter la température au-dessus de 38 degrés, une nouvelle dose de laudanum, en même temps qu'elle faisait cesser les douleurs, abaissait la température et la ramenait à la normale. Chez quatre seulement de ces opérés j'eus à relever, comme vous pouvez le constater, des oscillations durables. Chez deux, elles étaient l'indice de congestions pulmonaires, comme en observent ceux qui purgent leurs opérés ; chez

un, elles étaient symptomatiques d'une intoxication iodoformée. Chez un, elle s'expliquait par une attaque de rhumatisme articulaire aigu.

En somme, la température normale dans la très grande majorité des cas, le plus souvent abaissée, exceptionnellement et tout momentanément supérieure à 38 degrés, telle est la donnée qui ressort nettement de cette série *continue* et nombreuse de cas bien observés.

Une élévation de température *persistante* fut, *chez tous mes opérés, non une conséquence de la constipation provoquée, mais d'une complication intercurrente.*

Dans une série de 110 cures radicales de hernies et aussi chez d'autres malades, un certain nombre accusa le soir, le lendemain, parfois le surlendemain de l'opération, quelques coliques, un peu de ballonnement du ventre. Ces coliques, quand elles n'étaient pas liées à la rétention d'urine, cessèrent aussi bien et aussi vite après la prise d'une dose un peu plus forte de laudanum qu'après le purgatif auquel d'autres de nos collègues ont recours en pareil cas. Elles auraient peut-être aussi bien cédé spontanément après l'émission spontanée des gaz qui les provoquent.

Je ne relève, dans mes observations, ni nausées, ni vomissements, en dehors des vomissements chloroformiques des douze, vingt-quatre premières heures ; la langue, saburrale les premiers jours, reprend bientôt son aspect normal; rarement elle reste saburrale jusqu'à la fin de la période de constipation : quant à l'appétit, amoindri chez quelques-uns seulement, il était conservé chez la très grande majorité de ces opérés constipés. Après la diète presque absolue du premier jour, la diète relative du deuxième, pendant lequel mes malades, comme cela se fait communément, ne prennent que du potage et du lait, mes opérés ont été nourris dès le troisième jour, à peu près à leur faim, et ont pris cette nourriture avec appétit. Celle-ci a consisté en potages, œufs (1 ou 2 par jour), viande blanche ou brune en quantité habituelle, vin. La seule particularité qu'offrit leur régime était relative à la quantité plus faible de pain et de légumes (1 portion) qui fut allouée, et, si j'avais fait subir à ce régime cette petite modification, c'était exclusivement en vue de ne pas surcharger l'intestin d'une quantité de déchets qui, par son énorme volume, m'aurait imposé de cesser la constipation avant la date que j'avais fixée.

Le sommeil resta bon, le caractère ne subit pas de modifications, comme on l'a affirmé; quelques-uns seulement de ces opérés se sont plaints de céphalée. Je n'ai pas remarqué que la peau de ces malades fût ou plus sèche ou plus chaude qu'à l'état normal, la soif plus vive et que le séjour des matières fécales durcies aient pu être le point de départ d'une irritation intestinale.

M. Burcker, professeur de chimie au Val-de-Grâce, a bien voulu, sur ma demande, analyser les urines d'un certain nombre de ces constipés. Ses analyses ne sont pas encore assez nombreuses pour nous permettre des conclusions fermes relativement à la quantité d'urée. Ce que j'en dirai pour le moment, c'est qu'il a noté, entre autres choses, après l'opération, des décharges d'urée qui se continuent pendant plusieurs jours. Je ne puis dire si elles sont plus abondantes et plus persistantes que celles qu'on a observées chez des opérés qui avaient été purgés.

L'influence sur la plaie fut nulle.

La première selle, parfois facile spontanément, serait, chez le plus grand nombre, difficile si elle n'était facilitée par plusieurs lavements ordinaires, de vaseline ou de glycérine. Grâce à eux elle n'est qu'assez rarement pénible. Cinq à six fois seulement elle fut réellement difficile, et un malade dut attendre jusqu'au 22e jour sa première selle. Chez lui, purgatif et lavements, employés seuls, restèrent sans effet; combinés à la marche, ils amenèrent une selle.

Les selles suivantes sont habituellement aisées, qu'elles soient spontanées ou provoquées par quelques lavements et les fonctions de l'intestin reprennent leur régularité.

Ma communication pourrait avoir, si j'y tenais, plus qu'un intérêt clinique, étant donné les théories qui ont cours, je pourrais presque dire qui ont force de loi sur l'importance et la fréquence des intoxications intestinales, mais je désire rester exclusivement sur le terrain de la pratique et je conclurai en disant :

Chez des *hommes adultes et sains*, surpris par un traumatisme chirurgical qui doit guérir par première intention, la constipation provoquée pendant 8 à 15 jours n'a pas les inconvénients qu'on lui attribue d'ordinaire et qui sont ceux de la constipation spontanée. Son influence sur la température est presque toujours nulle ; celle qu'elle a sur les fonctions digestives, sur l'état général, sur l'état local, est insignifiante dans la majorité des cas.

Ses quelques inconvénients ne sauraient faire oublier les avantages qu'elle présente comme moyen adjuvant pour certaines interventions de la sphère abdomino-génito-crurale.

En cas d'intoxication par les substances antiseptiques, il est sage de cesser la constipation et de favoriser l'élimination de l'agent chimique.

Il serait peut-être non moins prudent de maintenir l'intestin libre quand il s'agit de blessés suppurants et chez lesquels l'intestin peut servir à débarrasser l'organisme des produits résorbés.

LA THÉRAPEUTIQUE

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME

I

Nous avons déjà parlé des différents traitements de la fièvre typhoïde, du typhus, de la syphilis et de la blennorragie, d'après les communications faites au Congrès. Il nous reste, pour terminer, à faire connaître diverses méthodes thérapeutiques qui ont été préconisées dans quelques autres affections médicales.

M. Petresco (de Bucarest) a continué la série de ses communications sur le traitement de la pneumonie par la digitale à hautes doses. Les succès qu'il a obtenus depuis treize ans dans 1192 cas de pneumonie en administrant la digitale à doses élevées, lui font un devoir d'insister sur l'utilité et l'efficacité de cette méthode de traitement.

Depuis 1880, il fait prendre à tous les pneumoniques :

Infusion de feuilles de digitale 4gr5 à 6 gr. . 200 gr.
Sirop simple 40

par cuillerées à soupe toutes les demi-heures.

Cette quantité est renouvelée, s'il le faut, matin et soir et continuée pendant deux ou trois jours, suivant les modifications du pouls et de la température. Beaucoup de ses malades ont pris, en vingt-quatre heures, de 8 à 10 et même 12 grammes de feuilles de digitale. On peut ainsi juguler la pneumonie fibrineuse ; d'une façon générale, il est mer-

veilleux de voir en trois jours disparaître la fièvre et tous les symptômes généraux et locaux. La température, qui était au début de 40 à 41 degrés, après trois doses de 4 grammes de feuilles de digitale, tombe à 36 ou 35 degrés; le pouls se ralentit tellement qu'une fois je n'ai plus constaté que vingt-quatre pulsations à la minute. Les râles crépitants et le souffle disparaissent sous la même influence et le poumon devient partout perméable à l'air. L'état général s'améliore d'une façon évidente : le coma et la prostration se dissipent; les malades s'éveillent comme d'un profond sommeil, se sentent bien et demandent à manger. L'abaissement considérable de la température et le ralentissement du pouls sont à peine perçus des malades, qui, vingt-quatre heures après, sont en état de reprendre leur service.

Ce qui montre bien l'efficacité du traitement de la pneumonie par la digitale, c'est que la mortalité s'abaisse à un chiffre de 1,22 à 2,66 p. 100, alors que les statistiques donnent des chiffres allant de 7,15 à 35,50 p. 100.

Bien qu'il emploie cette méthode depuis treize ans, il n'a jamais observé les symptômes classiques de l'empoisonnement par la digitale; aussi est-il très surpris de ce que quelques observateurs ont rapporté des mauvais effets et des inconvénients de la digitale administrée à doses bien moindres.

On peut dire qu'il n'y a guère d'effet thérapeutique plus net que celui de la digitale dans la pneumonie aiguë. Cet effet s'explique par l'action du médicament sur le pneumogastrique.

On peut affirmer que toute pneumonie fibrineuse non compliquée, traitée dès le début par la digitale à doses thérapeutiques, se termine par guérison. Toute pneumonie compliquée ou non traitée dès le début aura, par la digitale, plus de chances de guérison que par tout autre mode de traitement. M. Petresco se résume ainsi :

La pneumonie peut être coupée par la digitale administrée à hautes doses en temps opportun. Le traitement abortif est le plus rationnel, car il est basé sur l'indication pathogénétique. La digitale ne manifeste son action antiphlogistique dans la pneumonie qu'à dose thérapeutique, qui est l'infusion de 4 à 6 grammes de feuilles, ou 4 à 6 milligrammes de digitaline en injection sous-cutanée pour un adulte. De nombreuses observations ont démontré que ces doses étaient bien tolérées et inoffensives. Si la mortalité par pneumonie n'est pas ainsi réduite à 0, du moins elle est réduite au minimum.

Le même médecin fait connaître les résultats qu'il a obtenus par l'**antisepsie médicale**, dont il a largement usé comme méthode thérapeutique. Il a employé à peu près tous les antiseptiques usités. Il pense pouvoir conclure ainsi :

1° Qu'on obtient une antisepsie locale, médicale ou générale, à distance sur les éléments histologiques et sur les germes pathogènes ou sur leurs toxines analogues à l'antisepsie locale chirurgicale.

2° Qu'il y a plusieurs substances chimiques fixes ou volatiles qui, après leur absorption, exercent à distance une action atténuante et même microbicide sur certains micro-organismes pathogènes.

3° Qu'il y a des substances médicamenteuses qui déterminent une modification chimique moléculaire ou neutralisante sur les toxines des germes pathogènes.

4° Les meilleurs agents thérapeutiques par lesquels on peut obtenir une antisepsie médicale sont les produits chimiques plus ou moins condensés ou substitués de la série aromatique, tels que les essences. Les essences sont les antiseptiques par excellence, tant médicaux que chirurgicaux.

C'est par les essences ou les vapeurs des essences qu'on obtient une imprégnation, une modification plus ou moins profonde de l'organisme et par conséquent une immunité médicamenteuse vaccinale.

On crée une stérilisation médicamenteuse du milieu intérieur analogue à la stérilisation *in vitro* d'un milieu de culture.

Par cette stérilisation ou antisepsie du milieu intérieur, on empêche les auto-intoxications microbiennes ou ptomaïniques dans les maladies infecto-contagieuses.

5° L'antisepsie médicale doit être utilisée dans presque toutes les maladies internes de nature microbienne, comme elle a été utilisée dans les maladies externes de nature parasitaire.

6° Pour établir les bases de l'antisepsie médicale, il nous faut encore déterminer le coefficient toxique et thérapeutique de tous les médicaments microbicides ou antitoxiniques et antiptomaïniques.

M. Gioffredi (de Naples) fait un véritable plaidoyer sur l'action diurétique de la lactose.

Cette propriété, découverte presque en même temps par MM. Richet et Moutard-Martin, en France, et par Albertoni, en Italie, apportée en thérapeutique par M. Germain Sée, est beaucoup plus évidente sur les animaux que sur l'homme sain ou malade.

L'augmentation de la sécrétion urinaire n'est pas, comme Kianowski le croit, en rapport avec la grande quantité d'eau ingérée comme véhicule, mais elle est supérieure à celle-ci. Son usage, augmentant la quantité d'urine, diminue son poids spécifique et la quantité d'urée et des autres sels excrétés; mais, en même temps, on observe une notable augmentation de la quantité d'urée éliminée en vingt-quatre heures.

Les cardiaques sont ceux sur qui la lactose agit le mieux : l'urine augmente dans de telles proportions qu'elle finit quelquefois par atteindre le quintuple de la quantité primitive, bien que chez les autres malades, et même chez des cardiaques, elle n'ait produit que des effets négligeables. Chez les pleurétiques et les cirrhotiques, on obtient aussi une notable augmentation de la quantité d'urine, dans de moindres proportions toutefois. Chez les néphrétiques, on obtient, au contraire, un accroissement réel de la quantité d'eau éliminée, sans accroissement de la quantité totale d'urée.

Chez les chiens, les urines augmentent d'une façon bien plus considérable, si on introduit le médicament dans les veines; il en est de même si on l'introduit, dans l'économie, en quantité quadruple par l'estomac.

Le seul inconvénient de l'usage thérapeutique de la lactose est qu'elle provoque quelquefois la diarrhée, par suite de quoi la diurèse cesse. Pour la prévenir, on a démontré qu'il est d'une grande utilité d'ajouter à la solution de ce médicament du laudanum.

La lactose a une action énergique sur les vaisseaux des reins et sur toute la circulation. Chez les chiens, l'introduction de 1 gramme par kilo en poids provoque une grande dilatation des vaisseaux du rein, en même temps qu'une lé-

gère augmentation de pression de 20 à 40 millimètres (carotide) et qu'un ralentissement sensible du pouls.

La dilatation des vaisseaux des reins est démontrée clairement par le tracé sphygmographique des reins pris avec l'explorateur rénal de François-Franck et par la circulation artificielle du rein même, obtenue avec l'appareil de Mosso. L'écoulement du sang chargé de ce médicament augmente du triple dans l'unité de temps et l'accroissement de volume du rein indiqué par l'instrument est très sensible.

La dilatation des vaisseaux est d'origine périphérique et centrale. Le médicament agit en diminuant l'excitabilité de tout le système vaso-moteur.

Chez les chiens soumis pendant trois et quatre mois à l'absorption quotidienne de fortes doses de lactose par voie interne et par voie hypodermique, on n'a jamais trouvé de fortes altérations anatomiques des reins.

M. Pucci (de Rocca-Bernardi) vante les bons effets du traitement de la malaria par la phénocolle. Voici le résumé de sa communication :

« Depuis la publication du mémoire du professeur Albertoni sur la phénocolle dans la malaria, plusieurs auteurs se sont occupés de cette intéressante question. Crescimano, Matarazzo, Dall'Olio, Bonnetti, etc., ont trouvé que ce nouveau remède était un bon antimalarien, mais non comme Conheim, Polettini, Micheli, Germani, etc.

Dans le n° 146 de la *Gazette des hôpitaux* (1893), j'ai rapporté, dans une note, que ce médicament m'avait donné de bons résultats chez trois malades atteints d'infection palustre, rebelle aux sels de quinine.

Mes observations sont au nombre de 20 : elles comprennent 4 cas d'infection malarienne primitive, 10 de malaria récidivée et rebelle aux sels de quinine, 4 de paludéens ne pouvant supporter ces sels, et 2 de fièvre ictéro-hématurique.

Chez des personnes affectées d'impaludisme ancien, j'ai employé l'hydrochlorate de phénocolle en quantité totale de 3 à 6 grammes ou un peu plus, en faisant prendre de un demi-gramme à 1 gramme par jour, par doses de 15 à 25 centigrammes dans les moments d'apyrexie ou de rémittence de la fièvre. Après avoir vaincu les paroxysmes avec la phénocolle, je l'ai encore prescrite durant cinq ou six jours ou même davantage, en l'associant à la quinine lorsque le malade la supportait, à la liqueur arsenicale de Fowler et au lactate de fer.

D'après mon expérience, la phénocolle a un effet certain contre la malaria et, sur 18 cas de fièvre palustre, j'ai observé 15 fois la diminution de la durée de l'accès, 1 fois un résultat négatif et 2 fois un résultat incertain. Dans 2 cas de fièvre ictéro-hématurique, j'ai obtenu la guérison de cette fièvre et de la malaria : c'est donc, sur 20 cas, 17 guérisons.

Chez les sujets qui ne peuvent tolérer les sels de quinine, la phénocolle n'a pas produit d'hématurie. La disparition de la fièvre a été prompte, ou au moins après très peu de journées de traitement.

J'ai administré ce nouveau médicament à jeun, en combinant les choses de telle sorte que la dernière prise soit absorbée quatre ou cinq heures avant l'accès à venir. Je n'ai apporté, par les doses que j'ai employées, aucun trouble, ni dans le tube digestif, ni dans les autres viscères, Dans 4 cas, la tumeur splénique a disparu, dans 3 cas, elle a été réduite légèrement et, dans 3 cas, elle est restée stationnaire.

L'action anti-malarienne de la phénocolle s'explique, d'après moi, parce qu'elle rétablit et relève les fonctions vitales des globules rouges et influence la plasmodie palustre d'une manière nuisible, de telle sorte que ce parasite ne peut produire ni, la destruction des hématies, ni donner naissance aux toxines qui empoisonneraient le sang et provoqueraient l'accès fébrile, d'après les vues de Baccelli, confirmées par le professeur Golgi. Une fois que la crase sanguine est revenue à l'état normal, l'état des autres organes où siège l'amibe malarien s'améliore (rate, moelle osseuse, etc.), et le parasite, ne trouvant plus les conditions nécessaires à son existence, finit par mourir.

Je dirai quelques mots très brefs au sujet de 3 cas d'influenza et de névralgie rhumatismale traités avec la phénocolle. J'ai vu, après l'emploi de ce médicament, cesser presque toujours au bout de deux ou trois jours la fièvre, dans les cas d'influenza, lorsque l'état fébrile n'était pas l'expression d'une localisation dans les bronches ou dans une autre région. Quant aux cas de névralgies rhumatismales, je n'ai, sur 3 cas, obtenu qu'une seule guérison.

En conclusion :

La vertu anti-malarienne de la phénocolle est certaine, et ce médicament peut être considéré comme un bon succédané de la quinine. Je l'ai trouvé utile, aussi bien dans les cas d'infection primitive que dans les cas de maladie chronique, et de récidive rebelle à la quinine ;

Il a réussi très avantageusement chez les personnes ne pouvant tolérer la quinine, et, dans deux cas de fièvre ictéro-hématurique, la phénocolle employée seule a amené une guérison complète.

La phénocolle n'entraîne aucun trouble et son action antimalarienne s'exerce en combattant la dyscrasie sanguine morphologique qui est le résultat de l'action destructive de l'hématozoaire malarique sur les globules rouges du sang.

Dans l'influenza et dans les névralgies rhumatismales, la phénocolle est inférieure à l'antipyrine. »

M. Sanchez Herrero (de Madrid) recommande le traitement de l'épilepsie d'après la pratique suivante.

Il formule :

Eau	500	grammes
Bromure de potassium	50	—
Iodure de potassium	5	—

On commence par administrer 20 centimètres cubes de cette solution une heure avant chaque repas, et on augmente la dose tous les jours jusqu'à provoquer chez les malades un état de somnolence et d'ébriété continuelles. Généralement la dose de 30 centimètres cubes est suffisante; quelquefois on est obligé d'aller jusqu'à 50, 60 et même 70 centimètres cubes.

L'ébriété bromique dans les 8 ou 15 premiers jours est indispensable au succès.

Le traitement est continué sans interruption pendant six mois. Après on diminue progressivement la dose et on fait de la suggestion hypnotique 2 ou 3 fois par semaine. Le malade est guéri au bout d'un an.

Sur 30 épileptiques traités de cette façon, 19 qui ont suivi rigoureusement le traitement ont tous guéri. Les autres, qui se soignaient mal et irrégulièrement, ont été considérablement améliorés.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 30 mai 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

RAPPORT

Suppurations pelviennes. — M. TERRIER fait un rapport sur un travail de MM. Hartmann et Morax qui ont examiné, aux points de vue histologique et bactériologique, les lésions péri-utérines. Dans les salpingites parenchymateuses, ils n'ont pas trouvé de micro-organismes. Dans les salpingites suppurées, ils ont constaté la présence tantôt de staphylocoques, tantôt de gonocoques, quelquefois du bacterium coli, dans quelques cas du pneumocoque ; enfin, dans quelques cas aussi, ils ont trouvé un pus stérile.

M. Terrier, à propos de ces faits, conclut à la nécessité du drainage.

M. QUÉNU a fait l'analyse du liquide contenu dans des poches salpingiennes suppurées ou hématiques. Il possède sept observations. Dans un kyste sanguin de l'ovaire, dans un kyste hématique de la trompe, l'examen du liquide a été négatif. Il a trouvé trois abcès dans lesquels le pus a été stérile. Dans un quatrième abcès, il a trouvé le staphylocoque. Si le pus est stérile, M. Quénu enlève le drain après quarante-huit heures.

Depuis le 1er janvier de cette année, il a fait environ quarante opérations pour salpingites. Sur ce nombre, il n'a eu qu'un seul décès. Il s'agit d'une jeune femme qui a succombé à des accidents pulmonaires. Cette femme avait vingt-sept ans et était vierge. Elle avait eu une enfance maladive ; elle avait été atteinte d'abcès au cou. Réglée à treize ans, elle l'a été depuis irrégulièrement et souffrait au moment de ses époques. Les règles étaient abondantes et apparaissaient tous les quinze jours. Elle avait, dans l'intervalle, de la leucorrhée.

Cette malade fut prise de fièvre, de vomissements, de phénomènes septiques. Un curetage resta sans résultat. M. Quénu l'opéra le 8 mars. Il trouva des adhérences sèches. Chaque trompe contenait une poche caséeuse. M. Quénu pensa qu'il s'agissait d'une tuberculose tubaire. Les suites de l'opération furent simples. Le soir, la température était à 37 degrés. Après vingt-quatre heures, elle crachait du sang. Le troisième jour, la température était à 37°2. Le ventre était plat. Il y avait eu une selle. La malade se plaignait d'un peu d'étouffement. Cette dyspnée augmente dans la journée. Dans la journée, la température est à 38 degrés. On applique des ventouses. La malade se plaint de plus en plus d'étouffer. Elle crache du sang. La température s'élève à 39°2, et elle succombe le soir. Les crachats furent inoculés à des cobayes qui moururent en quarante-huit heures. Dans ces crachats, on trouva le bacille de Friedlander, des pneumocoques. Dans les trompes, rien qui puisse faire admettre la tuberculose. Absence complète de micro-organismes. On trouve seulement des cellules à pigmentation noire.

M. CHAMPIONNIÈRE, quel que soit le pus que contiennent les trompes ou les ovaires, n'a jamais recours au drainage et s'en trouve bien.

M. TERRIER n'est pas de l'avis de M. Championnière et se montre partisan du drainage. Indépendamment même de la suppuration, lorsqu'on a déchiré des adhérences dans le voisinage de l'intestin, il est toujours prudent de drainer. Il lui est arrivé, dans un cas de ce genre, d'ouvrir l'intestin, et, en pareil cas, le drainage peut sauver les malades.

M. SEGOND est également partisan du drainage dans le cas où on a dû séparer des adhérences unissant les trompes à l'intestin. Celui-ci, sans être ouvert pendant l'opération, peut s'ulcérer consécutivement, et le drainage est utile et prudent.

COMMUNICATIONS

Sur les effets de la constipation des opérés et sur leur alimentation pendant la durée de leur constipation. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 597.)

M. QUÉNU fait observer que les faits énoncés par M. Delorme prouvent que la constipation par elle-même, chez les opérés, peut avoir peu d'inconvénients. Il y a cependant des cas où elle donne une élévation de température qui cesse aussitôt après un purgatif. Il faut donc admettre qu'il y a autre chose que la constipation elle-même pour provoquer les accidents que l'on observe quelquefois.

M. CHAMPIONNIÈRE ajoute que les faits de M. Delorme montrent que la constipation peut être sans inconvénients ; mais ils ne prouvent pas qu'elle soit avantageuse.

Quant à lui, il purge toujours ses opérés le second jour et se trouve très bien de cette manière de faire.

M. DELORME cite des cas d'opérations de fistules ou d'hémorrhoïdes, après lesquelles il est indispensable de constiper les malades. Dans les cures radicales de hernies, il lui paraît avantageux d'immobiliser l'intestin.

PRÉSENTATION

Hygroma sous-deltoïdien tuberculeux. — M. DELORME dit que le fait suivant est intéressant au point de vue de la pathogénie encore bien obscure et peu étudiée des hygromas sous-deltoïdiens.

Un vigoureux cuirassier, ni syphilitique, ni rhumatisant, s'aperçut par hasard, quinze jours avant son entrée dans son service au Val-de-Grâce, d'un léger gonflement de la région deltoïdienne droite, s'accompagnant d'une gêne peu douloureuse des mouvements d'abduction. Brusquement, en deux jours, la région deltoïdienne augmenta du volume d'un poing et demi. Le gonflement, régulier, était surtout accusé en avant et en bas ; on percevait nettement sous le deltoïde une sensation de flot sans bruissement ou frottement. Les mouvements passifs d'élévation de l'épaule étaient peu douloureux, surtout limités, et les mouvements actifs étaient plus bornés que les mouvements passifs. Douleurs presque nulles à la pression directe de la région ; pas de douleurs ressenties dans l'article par une pression sur l'extrémité inférieure de l'humérus. Pas de réaction générale ou locale.

M. Delorme pensa à un hygroma sous-deltoïdien, mais, comme il ne pouvait absolument éloigner l'idée d'une tuberculose articulaire avec abcès froid sous-deltoïdien, malgré l'absence d'antécédents tuberculeux héréditaires ou acquis, il avait toutes raisons d'ouvrir la poche par l'incision antérieure de Baudens.

Celle-ci était remplie de près d'un verre d'un liquide de la couleur de l'urine, limpide, quelque peu consistant, presque gélatineux. La paroi interne de la poche, tomenteuse, vasculaire, était recouverte de dépôts fibrineux, analogues à ceux qu'on rencontre dans les pleurésies. Des flocons libres nageaient dans le liquide.

Après un râclage prolongé avec une grosse curette tranchante dont la manœuvre, en arrière, était facilitée par l'abduction forcée du bras, après une cautérisation à la solution de chlorure de zinc au dixième, la plaie fut réunie par première intention. Injection de chlorure de zinc le quinzième jour par le drain. Guérison en un mois.

L'examen histologique de la paroi tomenteuse de la poche fut pratiqué par M. le professeur Laveran, du Val-de-Grâce. Elle était constituée par du tissu fibreux ou embryonnaire, avec de nombreuses granulations tuberculeuses, jeunes ou plus avancées dans leur évolution (masse caséeuse au centre). Les granulations jeunes, avec leurs

cellules géantes centrales, étaient caractéristiques. Le tissu musculaire, qui limitait la poche en dehors, était profondément dégénéré; on ne distinguait plus çà et là que quelques fragments de fibres striées.

Robert et Gosselin ont décrit des hygromas sous-deltoïdiens à *grains riziformes*. Le frémissement constaté lors de l'examen de la poche sous-deltoïdienne, leur avait permis de faire leur diagnostic, qui fut vérifié après ponction. S'ils n'étaient pas autorisés alors à baptiser leurs cas du nom d'hygromas sous-deltoïdiens tuberculeux, nous pouvons le faire aujourd'hui après les recherches de MM. Nicaise, Poulet et Vaillard. Le fait qu'il vient de relater prouve que la tuberculose peut être encore à craindre dans des cas cliniquement plus douteux, alors que le malade n'accuse aucune autre manifestation tuberculeuse, qu'il n'a aucun antécédent héréditaire, qu'il est vigoureux, que la paroi n'est que congestionnée, tomenteuse, le liquide filant, et qu'on ne constate pas de frémissement à la palpation. S'il s'était borné ici à faire une ponction suivie d'injection, il n'aurait pu, d'après l'examen du liquide, penser à la tuberculose et, malgré les succès de Robert et de Gosselin, il lui est permis de croire qu'il n'aurait pas assuré à mon malade une guérison aussi complète.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 mai 1894, M. Leygues (Georges), député, est nommé ministre de l'Instruction publique et des Beaux-Arts, en remplacement de M. Spuller, dont la démission est acceptée.

— Par décrets, en date du 30 mai 1894, MM. les docteurs Lourties, sénateur, et Viger, député, sont nommés, le premier ministre du Commerce, de l'Industrie, des Postes et Télégraphes, et le second, ministre de l'Agriculture.

— Par décret, en date du 30 mai 1894, M. Quétand, médecin en chef des colonies, en retraite, est nommé médecin en chef dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décision ministérielle, en date du 28 mai 1894, sont inscrits d'office à la suite du tableau d'avancement établi pour 1894, savoir :

Pour le grade de médecin-major de première classe : M. Achard, médecin-major de deuxième classe (Dahomey);

Pour le grade de médecin-major de deuxième classe : M. Danjou, médecin aide-major de première classe (Dahomey).

— *Faculté de médecine de Paris.* — Réorganisation du stage dans les hôpitaux. — La Faculté rappelle aux étudiants le décret du 20 novembre 1893 (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1297) et donne, relativement au classement des stagiaires, les renseignements suivants :

Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours régulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourront pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; — l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de février à décembre inclus; l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devra durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Les règlements précédents recevront leur entière exécution dans l'année scolaire 1895-1896.

En 1894-95, ils ne seront appliqués qu'aux élèves de troisième et de quatrième année, dont la scolarité est soumise au stage médical et chirurgical.

Les listes des stagiaires, pour l'année scolaire 1894-1895, seront établies à la suite de l'inscription de juillet 1894. — En conséquence, le doyen invite MM. les étudiants à se mettre en cours régulier d'études avant la fin de la présente année scolaire.

— Chemin de fer d'Orléans. — Juin-septembre 1894. — *Saison thermale : Le Mont-Dore, La Bourboule, Royat, Néris-les-Bains, Évaux-les-Bains.* — A l'occasion de la saison thermale de 1894, la Compagnie du chemin de fer d'Orléans a organisé un double service direct de jour et de nuit, qui fonctionnera du 8 juin au 20 septembre inclus, entre Paris et la gare de Laqueuille, par Vierzon, Montluçon et Eygurande, pour desservir par la voie la plus directe et le trajet le plus rapide les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule.

Ces trains comprennent des voitures de toutes classes et, habituellement, des wagons à lits-toilette, au départ de Paris et de Laqueuille.

La durée totale du trajet, y compris le parcours de terre entre la gare de Laqueuille et les stations thermales du Mont-Dore et de La Bourboule, est de 11 heures à l'aller et au retour.

Prix des places, y compris le trajet dans le service de correspondance de Laqueuille au Mont-Dore, et *vice versâ* : 1re classe, 53 fr. 90; 2e classe, 36 fr. 85; 3e classe, 23 fr. 75.

Aux trains-express partant de Paris le matin et de Chamblet-Néris dans l'après-midi, il est affecté une voiture de 1re classe pour les voyageurs de ou pour Néris-les-Bains, qui effectuent ainsi le trajet entre Paris et la gare de Chamblet-Néris sans transbordement en 6 heures environ.

On trouve des omnibus de correspondance à tous les trains, à la gare de Chamblet-Néris pour Néris, et *vice versâ*.

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire, par M. le docteur Fort, professeur libre d'anatomie à l'École pratique de la Faculté. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte, par le docteur E. Barié, médecin de l'hôpital Tenon. Un joli volume in-12 relié, de 400 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 4 juin 1894.

M. Chaput rapporte à la Société médicale des hôpitaux (1er juin) une observation des plus intéressantes d'opération radicale d'une *tumeur maligne de l'estomac*, qu'il a présentée déjà récemment à la Société de chirurgie.

Un homme de soixante-quatre ans offre tous les signes d'un cancer de l'estomac : dyspepsie, cachexie, amaigrissement, vomissements noirs, tumeur épigastrique, pas de dilatation stomacale, pas de ganglions dans les autres régions. Le 10 avril, on fit la laparotomie, on ouvrit l'estomac et on trouva dans sa cavité une tumeur volumineuse (15 centimètres sur 8 à 10), pédiculée, légèrement lobulée ; elle fut enlevée. Le malade guérit rapidement, il a, depuis, engraissé de 6 kilogrammes, et son état général est parfait.

L'examen histologique de la tumeur a montré qu'il s'agissait d'un adénome plutôt que d'un véritable cancer de l'estomac.

Voilà une observation extrêmement intéressante et qui plaide vivement en faveur de l'intervention chirurgicale dans le cancer de l'estomac. Elle est malheureusement exceptionnelle. Le plus souvent, quand on incise la paroi abdominale pour une tumeur cancéreuse, on trouve une masse beaucoup plus considérable que ne l'avait fait penser l'exploration extérieure ; il y a des adhérences péritonéales, une propagation au voisinage, et l'opération devient très laborieuse, sinon même impossible. Les cas dans lesquels l'opéré a survécu à l'extirpation du néoplasme, ne sont guère favorables non plus à l'extirpation radicale ; sauf deux ou trois, tous les malades sont morts dans l'espace de quelques mois, aussi en est-on arrivé à préférer, dans bien des cas, l'abouchement de l'estomac avec l'intestin, au delà de la masse cancéreuse, à l'ablation totale de la tumeur. Ceci s'applique, du reste, surtout au cancer du pylore avec dilatation considérable de l'estomac.

Il est vrai de dire, comme le fait remarquer fort justement M. Chaput, que lorsqu'on a diagnostiqué : cancer de l'estomac, la laparotomie nous met quelquefois en présence, soit d'une lésion évidemment d'une autre nature, telle qu'un ulcère rond avec adhérences et bords indurés, soit d'une lésion de nature indéterminée. Il est arrivé à Billroth, la pièce en main, de ne pas savoir dire encore s'il s'agissait d'un cancer.

La conclusion de tout cela, c'est que, dans les cas qui paraissent favorables à l'intervention, il faut intervenir avec l'intention de se comporter suivant les circonstances : faire l'extirpation radicale dans quelques cas, dégager des adhérences en cas de lésions non cancéreuses, faire le plus souvent la gastro-entérostomie.

Il a été question bien des fois, depuis plusieurs années, des abcès stériles du foie. On sait que souvent le pus de ces abcès a été trouvé dépourvu de microbes, et complètement incapable d'ensemencement. Dans un cas que rapporte M. Rendu, il y avait, consécutivement à un abcès péricæcal, par appendicite, des abcès multiples du foie. Ces abcès étaient anciens déjà, avec des parois épaissies, sclérosées. Leur pus s'est montré stérile, rebelle à tout ensemencement. Cependant on y a trouvé au microscope d'assez nombreuses chaînettes de streptocoques. Il s'agissait évidemment de cadavres de microbes dépourvus de toute espèce de virulence qui, si le malade avait vécu plus longtemps, eussent sans doute complètement disparu.

Si les abcès du foie sont stérilisés, ce n'est donc pas parce que les microbes ne sont pas la cause de la suppuration ; mais parce que le pus a été ultérieurement stérilisé par un mécanisme qui paraît propre au foie.

La Société médicale, après ces deux communications, s'est formée en comité secret. Les médecins des hôpitaux, et plus particulièrement les médecins du Bureau central qui aspirent à être titulaires, s'étaient en effet émus d'apprendre qu'il était question de supprimer, à l'hôpital des Enfants, le service devenu vacant par la mort d'Ollivier. Cette suppression projetée était basée sur des raisons d'économie budgétaire.

Les services des enfants sont déjà trop chargés. Chacun des médecins, en outre d'une quarantaine de lits d'aigus, est chargé, à tour de rôle, d'un des services des contagieux et de la crèche. De plus, il doit faire une fois par semaine la consultation publique. Ainsi constitués, ces services sont déjà très lourds, et, franchement, ce qu'il faudrait, ce n'est pas diminuer le nombre des médecins, mais au contraire l'augmenter !

La Société médicale n'est pas allée jusqu'à demander la

création de nouvelles places, mais à l'unanimité des membres présents, elle a protesté contre la suppression de celle de M. Ollivier.

HOTEL-DIEU SAINT-ÉLOI DE MONTPELLIER

Un cas de tuberculose mammaire avec examen histologique et inoculation aux animaux.

Par H. Villar, interne des hôpitaux de Montpellier.

L'histoire de la tuberculose mammaire a passé par des phases diverses.

Dans une première phase, elle a été observée et décrite par des chirurgiens de grande valeur, tels que Gerdy, Astley-Cooper, Velpeau, etc., et, sous l'influence de leurs travaux, elle a été pendant longtemps admise sans conteste. Mais les recherches de ces différents auteurs, entreprises avec l'aide des méthodes imparfaites dont on disposait alors, manquent malheureusement de la précision scientifique que l'on est en droit d'exiger aujourd'hui. Aussi est-il à craindre qu'un certain nombre des observations, publiées sous l'étiquette de tuberculose mammaire, ne soient relatives, en réalité, à d'autres maladies chroniques du sein dans la genèse desquelles le bacille tuberculeux n'a joué aucun rôle. Nous trouvons un exemple de cette confusion regrettable dans un traité qui a eu son heure de vogue et qui a été classique, dans le *Traité de pathologie externe* de Vidal (de Cassis). Dans la cinquième édition de cet ouvrage, qui date de 1861, nous trouvons, en effet, cette phase, au chapitre de la tuberculose du sein : « Il est rare que la dégénérescence tuberculeuse soit seule; elle est presque toujours combinée avec une des formes du cancer et avec la dégénérescence fibreuse. »

Une telle confusion, une telle absence de précision, ne devaient pas tarder à entraîner une réaction énergique. Aussi, dans une deuxième période, voyons-nous la tuberculose mammaire rejetée du cadre de la pathologie externe, au nom de la clinique et de l'anatomie pathologique. Virchow nie son existence; MM. Cornil et Ranvier, dans la première édition de leur *Traité d'histologie pathologique*, déclarent ne l'avoir jamais observée.

Mais peu à peu cependant l'étude générale de la tuberculose réalise de nombreux et importants progrès. La marche histologique du processus tuberculeux fait l'objet de nombreux travaux et ne tarde pas à être bien connue; les inoculations aux animaux, tentées pour la première fois par Villemin, se généralisent et de nombreux chercheurs démontrent que c'est là un précieux moyen de diagnostic : c'est d'ailleurs, même depuis la découverte du bacille de Koch, encore le meilleur que nous ayons à notre disposition. Aussi, dès ce moment, et avec ces seules ressources, l'examen histologique et les inoculations aux animaux, on se trouve suffisamment outillé pour pouvoir affirmer la tuberculose dans un cas donné. L'étude des tuberculoses des différents organes, entre autres de la tuberculose mammaire, ne devait pas tarder à se ressentir de l'état plus approfondi de nos connaissances sur la tuberculose en général.

Le premier travail qui ouvre cette troisième phase, phase vraiment scientifique, est la thèse de Dubar qui date de 1881. Dans cette thèse, d'une très grande valeur, Dubar démontre, d'une façon absolument péremptoire, l'existence de la tuberculose mammaire, et cela en s'appuyant sur toutes les méthodes modernes d'investigation dont on disposait alors, méthodes très parfaites, amplement suffisantes, comme nous venons de le voir, et auxquelles on n'a ajouté que la recherche des bacilles de Koch, encore inconnus à cette époque.

A la suite de ces savantes recherches, la tuberculose mammaire, rajeunie et restaurée, est de nouveau réintégrée dans le cadre de la pathologie externe. Les cliniciens ne font plus de difficultés pour l'admettre; tous les anatomopathologistes eux-mêmes la reconnaissent et MM. Cornil et Ranvier, qui avaient nié son existence dans la première édition de leur *Traité d'histologie pathologique*, lui accordent droit de cité dans leur deuxième édition, et lui consacrent un court paragraphe (tome II, p. 736).

Depuis le travail de Dubar, d'assez nombreuses communications ont paru sur ce sujet, tant en France qu'à l'étranger. Mais cependant les observations publiées sont encore assez peu nombreuses, puisque M. Delbet, qui a rédigé l'article consacré à cette question dans le *Traité de chirurgie*, et qui, à cette occasion, a colligé tous les cas connus jusqu'en 1892, n'en a trouvé que 37. Il ressort donc de ce chiffre que la tuberculose mammaire doit être considérée comme relativement rare. D'ailleurs cette rareté deviendrait bien plus grande encore si l'on ne tenait compte que des cas dans lesquels on a fait à la fois l'examen histologique et des inoculations aux animaux, c'est-à-dire des seuls cas dont le diagnostic soit réellement et scientifiquement démontré.

C'est cette dernière considération qui nous a engagé à publier, à simple titre de document, l'observation suivante de tuberculose mammaire, recueillie dans le service de notre cher maître, M. le professeur Dubrueil, qui a déjà relaté un fait semblable dans la *Gazette médicale* (1888, n° 17).

Cette observation présente, croyons-nous, un certain intérêt; elle est, en tout cas, excessivement probante, puisque, d'une part, une inoculation positive a été faite à un cobaye, et puisque, d'autre part, l'examen histologique, fait par le professeur Kiener dont on connaît la grande compétence en anatomie pathologique, a démontré que la nature tuberculeuse n'était pas douteuse.

La nommée D... (Élisa), âgée de quarante-quatre ans, exerçant la profession de ménagère, est entrée le 9 février 1893, à l'Hôtel-Dieu Saint-Éloi de Montpellier, salle Jean-Louis Petit, n° 20, service de M. le professeur Dubrueil.

Issue de parents bien portants, elle a toujours joui elle-même d'une excellente santé jusqu'à l'âge de quarante et un ans; elle [illegible]mais eu d'adénite sous-maxillaire, jamais de trace de [illegible]atisme. Elle n'a jamais été sujette à s'enrhumer l'hive[illegible]Elle n'a pas eu d'enfant, quoique mariée depuis vingt-cinq ans.

Il y a trois ans, c'est-à-dire à l'âge de quarante et un ans, elle a eu, au niveau de la partie inférieure du sternum, une tumeur d'abord dure, qui s'est ensuite ramollie et qui a atteint le volume d'une mandarine. Un an environ après l'apparition de cette tumeur, elle fut opérée par M. Dubrueil (le 7 mai 1890). Notre maître constata un abcès froid, avec ostéite de la partie inférieure du sternum. Cet abcès froid fut ouvert, l'os fut gratté et cureté, on établit un drainage et la guérison fut assez rapide. En effet, au bout d'un mois, la malade sortit avec une toute petite fistule, qui se ferma spontanément deux mois après.

Au mois d'octobre 1892, notre malade découvrit par hasard qu'elle avait une tumeur au niveau du sein gauche. Cette tumeur, au début toute petite, a commencé à se développer dans la glande elle-même; elle s'est progressive-

ment développée, mais n'a pas été douloureuse au début. La douleur n'a apparu qu'au mois de décembre 1892, et elle siégeait dans l'aisselle gauche et non dans le sein qui n'a jamais fait souffrir la malade.

Lors de son entrée, le 9 février 1893, on note l'état suivant :

La malade est une femme assez forte, jouissant d'un bon état général, mangeant bien et ne se plaignant que du sein gauche. Le sein gauche n'est pas plus volumineux que le droit ; il n'y a pas de rétraction du mamelon. A la palpation, on sent une tumeur du volume d'une mandarine, siégeant à la partie interne de la glande, faisant corps avec le tissu glandulaire ; il n'y a pas d'adhérences à la peau, mais quand on fait contracter le muscle pectoral, elle est un peu immobilisée, ce qui indique qu'elle adhère profondément. Cette tumeur est douloureuse à la pression, elle est dure et résistante dans son ensemble, mais une palpation attentive permet à M. Dubrueil d'affirmer qu'elle est liquide à son centre. Il n'y a pas d'autres noyaux dans le sein.

Les ganglions lymphatiques de l'aisselle gauche sont augmentés de volume, durs, mobiles et douloureux à la pression. Il n'y a pas de traînée lymphatique visible reliant la tumeur mammaire et les ganglions axillaires.

Il existe, en outre, quelques ganglions sus-claviculaires du côté gauche.

Un peu au-dessus de l'appendice xyphoïde, on voit une cicatrice violacée, déprimée, adhérente, qui est la trace de l'ancien abcès froid. On ne sent pas de continuité entre cette ancienne ostéite et la tumeur du sein gauche.

Le sein droit ne présente rien d'anormal ; il y a quelques petits ganglions dans l'aisselle droite.

La malade ne tousse pas, n'a pas d'expectoration ; par la percussion et l'auscultation, on ne découvre absolument rien d'anormal du côté de l'appareil respiratoire. Rien au cœur.

Le 14 février, après avoir endormi la malade à l'éther et avoir pris les précautions antiseptiques ordinaires, on enlève le sein gauche ; on prolonge l'incision du côté de l'aisselle et on enlève en même temps tous les ganglions axillaires que l'on peut sentir. Pendant l'ablation du sein, on crève une poche qui donne issue à un pus d'aspect grumeleux.

Quand le sein est enlevé, on s'aperçoit que la tumeur mammaire communiquait par un cordon de tissu malade avec l'ancien foyer d'ostéite sternale. On réséque toute cette portion et l'on arrive jusqu'à l'ancienne cicatrice que l'on incise ; avec une forte curette, on gratte l'os soigneusement et l'on ne s'arrête que lorsqu'on pense être sur un os absolument sain.

Après avoir établi un drainage, on fait des sutures profondes au fil d'argent et des sutures superficielles au crin de Florence. Pansement.

La malade ne tarde pas à guérir de son intervention ; la plaie de l'ablation du sein est assez vite cicatrisée, mais il persiste une toute petite fistule au niveau de la partie inférieure du sternum. Un stylet introduit conduit sur un cartilage costal nécrosé. On en propose l'ablation à la malade, mais elle refuse et sort le 18 mars, complètement guérie de son opération sur le sein. Elle n'a pas été revue.

Le sein enlevé a été soumis à l'examen du professeur Kiener, qui nous a remis la note suivante :

« *Abcès tuberculeux de la mamelle et ganglions tuberculeux de l'aisselle.*

Le sein amputé qui nous est remis renferme une cavité du volume d'une petite mandarine, incisée et vidée. Cette cavité a une paroi composée de deux parties. La plus externe est fibreuse, blanche, d'une épaisseur de 2 à 3 millimètres. Elle adhère fortement aux tissus glandulaire et adipeux voisins, au milieu desquels elle se perd progressivement. La couche interne de la paroi a une consistance molle, une coloration rosée et un aspect mamelonné.

L'examen histologique montre que cette couche interne n'est autre chose qu'une membrane de bourgeons charnus fongueux renfermant des cellules géantes disséminées et beaucoup de vaisseaux, structure qu'on rencontre d'ordinaire dans la paroi des abcès froids tuberculeux. La couche externe est constituée par un tissu fibreux présentant les caractères de l'inflammation chronique.

Les ganglions de l'aisselle ont un volume variable, d'un gros pois à un haricot. Ils sont durs et montrent sur la coupe des masses tuberculeuses blanc jaunâtre, entourées d'une zone hémorragique. L'examen histologique y montre les lésions typiques de la tuberculose ganglionnaire. »

Le diagnostic clinique et anatomo-pathologique a été complété par l'inoculation à un cobaye du pus provenant de cet abcès froid mammaire.

Immédiatement après l'ablation du sein, en effet, on a injecté dans le péritoine d'un cobaye mâle, adulte et très vigoureux, une petite quantité du contenu de l'abcès, un cinquième environ du contenu d'une seringue de Pravaz.

Cette injection a été faite avec un grand luxe de précautions antiseptiques et aseptiques, afin d'éviter toute source étrangère d'infection. Le cobaye a très bien supporté cette inoculation et, pendant trois mois, a paru bien portant. Il a été placé dans une cage à part, hors du laboratoire, sur une terrasse de l'hôpital qui est en pleine campagne, afin d'éviter toute chance de contamination. Au bout de trois mois, il a commencé à maigrir et il est mort quatre mois environ après l'inoculation.

A l'autopsie, on a trouvé les cavités pleurales pleines de liquide, les poumons farcis de tubercules. Le foie est lui aussi bourré de tubercules ; la cavité péritonéale contient un abondant épanchement et, sur la séreuse viscérale, on voit de très nombreux tubercules.

Telle est l'observation qui a été le point de départ de cette publication. On voit, en somme, que la nature bacillaire de ce fait ne peut pas être mise en doute. La clinique, l'histologie pathologique, l'expérimentation sur les animaux, tout concorde pour nous démontrer la tuberculose, pour la rendre absolument évidente.

Mais nous tenons maintenant à revenir, en quelques lignes, sur l'exposé de notre observation afin de relever certains points intéressants et qui prêtent à la discussion.

Nous ferons, tout d'abord, remarquer que le fait que nous rapportons n'est pas un cas de tuberculose mammaire primitive, ainsi que cela s'observe dans la moitié des cas environ. En effet, si notre malade ne présentait aucun symptôme de tuberculose pulmonaire, elle avait été atteinte, quelques années avant l'apparition de la tumeur du sein, d'une tuberculose sternale qui avait été opérée par M. Dubrueil. La tuberculose mammaire pouvait donc être considérée comme consécutive à la tuberculose sternale, et l'amputation du sein a démontré l'exactitude de cette supposition, puisqu'on a trouvé une traînée de tissu malade unissant la lésion osseuse et l'abcès froid mammaire.

Le plus souvent ces abcès tuberculeux, consécutifs à des ostéites costales ou sternales, ne sont pas des abcès mammaires proprement dits ; ce sont des abcès sous-mammaires, par conséquent indépendants de la glande, la refoulant en avant, mais n'envahissant pas le tissu glandulaire lui-même ; mais dans notre cas nous avons eu affaire à un abcès tuberculeux de la glande elle-même, d'un abcès intra-mam-

maire, ainsi que l'examen anatomo-pathologique l'a démontré, puisque, sur une coupe du sein enlevé, la cavité de l'abcès était partout entourée de tissu glandulaire, quoique reliée par une traînée de tissu malade, avec le foyer tuberculeux osseux initial.

Nous ferons remarquer encore que notre malade avait quarante-quatre ans, et qu'à cet âge la tuberculose du sein est très rare, puisque, sur 32 femmes atteintes du tuberculose mammaire, on n'en a trouvé que 6 qui aient de quarante et un à cinquante ans. De plus notre observation vient à l'appui de l'opinion qui veut que la grossesse et l'allaitement soient le plus souvent sans influence sur le développement de cette tuberculose, puisque notre malade, non seulement n'avait jamais nourri, mais même n'avait jamais eu d'enfant.

La discussion des divers modes de traitement que l'on peut employer mérite de nous arrêter un instant.

Nous nous trouvions en somme en présence d'un abcès froid mammaire, et par conséquent nous pouvions mettre ici en usage les multiples traitements que l'on en a proposés pour tous les abcès froids.

Aurait-on pu se contenter de faire une ponction évacuatrice, suivie d'une injection d'éther iodoformé? Nous ne le croyons pas, car des foyers tuberculeux situés autour de l'abcès et non encore ramollis auraient persisté encore à coup sûr, et cette méthode, même suivie des injections sclérogènes de Lannelongue autour de la poche et dans les ganglions axillaires, aurait été longue, douloureuse et insuffisante : la récidive ne se serait pas fait attendre.

L'incision simple était aussi insuffisante, plus insuffisante peut-être que la méthode précédente.

L'incision de l'abcès, avec curetage, grattage et destruction de la paroi, de la membrane pyogénique, suivie, si cela avait été possible, de la réunion immédiate, aurait été préférable et de beaucoup, mais quelles que soient les précautions que l'on eût prises, quel que soit le soin que l'on eût mis à enlever tout ce qui paraissait malade, cette méthode n'aurait pas été sûre; elle aurait laissé probablement quelques noyaux tuberculeux excentriques, d'où récidive probable. D'ailleurs il n'aurait pas fallu se contenter de traiter l'abcès froid lui-même; il aurait fallu enlever, en même temps, et les ganglions axillaires et le trajet qui unissait ces ganglions axillaires avec les tubercules mammaires.

Les deux seules opérations rationnelles étaient, en somme, l'amputation cuniforme et l'amputation totale du sein. Mais l'amputation cunéiforme, même complétée par l'ablation des ganglions axillaires, aurait risqué d'être insuffisante, tout en étant presque aussi grave que l'amputation totale. Aussi l'ablation totale du sein, avec curage axillaire soigneux, a-t-elle été préférée par M. Dubrueil. On a procédé, en somme, comme si l'on se trouvait en présence d'une tumeur cancéreuse, et nous avons vu qu'on n'avait eu qu'à se louer de cette façon de faire, puisque la guérison avait été rapide et les résultats immédiats excellents. Nous n'avons pas pu suivre la malade, et nous ne savons pas, par conséquent, si la récidive ne s'est pas produite, mais en tout cas on a fait tout ce qui était possible et rationnel pour l'éviter.

LA THÉRAPEUTIQUE

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME (1)

II

M. Warfringe (de Stockholm) a essayé de traiter l'anémie pernicieuse et la leucémie par l'arsenic ; il a appliqué ce traitement dans 21 cas.

Dans aucun de ces cas l'effet ne fut nul, et s'il ne pouvait être question de guérison, l'amélioration était toujours des plus accusées. Ordinairement au bout de plusieurs mois de traitement, le nombre d'hématies remontait à 4 ou 5 millions par centimètre cube, la proportion d'hémoglobine à 80 ou 100 p. 100.

Dans 10 cas, la guérison fut définitive, en ce sens qu'il n'y eut pas de récidive après l'interruption du traitement : 8 autres furent perdus de vue, mais à un moment où rien ne faisait prévoir le retour de la maladie, 2 ont succombé à une maladie intercurrente.

Dans 11 autres cas on a eu à compter avec la récidive qui s'est manifestée de 2 mois à 4 ans après l'interruption du traitement ; 5 fois les malades ont définitivement guéri.

M. Cardarelli (de Naples), par contre, n'a obtenu aucun résultat des injections d'arsenic à haute dose dans un cas de leucémie grave. Il a envoyé le malade à la campagne et l'état général s'est beaucoup amélioré. Il croit qu'il y a plus à attendre dans la leucémie et la pseudo-leucémie des mesures d'hygiène que des moyens thérapeutiques.

M. G. di Lorenzo (de Rome) fait une communication ayant pour titre : **De l'efficacité et de l'innocuité des injections hypodermiques de mercure** (albuminate de mercure) **dans le traitement de la syphilis chez les adultes et chez les enfants.**

Le traitement mercuriel par la voie hypodermique dans la syphilis est encore *sub judice* pour ses véritables indications.

« J'ai été, dit l'orateur, un des promoteurs en Italie, et le premier à Naples, de cette méthode d'injections parenchymateuses que j'ai appris à connaître à Vienne, auprès d'Auspitz lui-même.

Je donne la préférence à l'albuminate de mercure, mais d'autres sels de mercure solubles, dilués avec de la glycérine, peuvent être employés, à condition de procéder avec une asepsie parfaite.

Les récidives ou les complications sont des plus rares. J'ai traité par ce moyen des malades en ville et à l'hôpital (aux Incurables, à l'Annonciation), des adultes et des enfants, et même des nouveau-nés atteints de syphilis héréditaire, et je me suis toujours loué du procédé.

Voici par quelles propositions je résumerai mon appréciation sur cette méthode :

Dans le traitement de la syphilis générale, surtout dans la forme grave et dans la forme héréditaire des enfants, le traitement mercuriel hypodermique ou parenchymateux mérite la préférence par la faculté de l'absorption et la rapidité de ses effets.

Pour ce traitement, les sels mercuriels solubles doivent être prescrits, mais, d'après mon expérience, le meilleur serait l'albuminate qui me paraît supérieur à l'hydrochlorate et même au succinamide mercuriel.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 598.

L'asepsie parfaite, la petite dose de la préparation (1 à 2 milligrammes, chez les enfants, 2 à 5 milligrammes, chez l'adulte) pour chaque seringue, avec l'addition de glycérine et d'un peu de chloral sont des précautions qui permettront d'éviter la douleur et les abcès au lieu de l'injection.

L'hydrargyrisme, le catarrhe des premières voies aériennes, et les autres complications sont assez rares avec cette méthode. La cure est complète au bout de 40 à 50 injections en moyenne, sauf à en faire quelques autres s'il y a récidive — mais c'est un fait exceptionnel.

L'usage interne des mercuriaux, les frictions, les bains, etc., indiqués plus particulièrement dans les formes chroniques et lentes de la syphilis, ne peuvent supplanter l'énergie et la rapidité d'action en certains cas de syphilis grave galopante, des injections hypodermiques et parenchymateuses de mercure. »

M. Garel (de Lyon) résume ainsi le diagnostic et le **traitement des abcès du sinus maxillaire** :

1° L'éclairage électrique par transparence est la meilleure preuve complémentaire, lorsqu'on soupçonne l'existence d'un empyème du sinus maxillaire d'après les symptômes ordinaires accusés par le malade ;

2° L'absence de perception lumineuse subjective du côté malade, constatée d'après notre méthode, tranche définitivement le diagnostic s'il reste encore quelques doutes dans l'appréciation de l'opacité de la joue ;

3° La preuve de l'existence du pus par la ponction exploratrice par le méat inférieur devient inutile pour confirmer le diagnostic ;

4° Cette preuve est ordinairement obtenue, dans la majorité des cas, au moyen du simple lavage par l'orifice naturel du sinus ;

5° Le lavage par l'orifice naturel est en même temps la méthode thérapeutique la plus expéditive et la première à tenter. La guérison s'obtient souvent en moins de huit jours ;

6° Dans le choix du procédé, il est inutile de chercher à pénétrer par la partie la plus déclive, puisque, d'après notre statistique, les cas rebelles au lavage par l'orifice naturel le sont également au lavage par des orifices artificiels pratiqués à la partie la plus déclive ;

7° Lorsque le cathétérisme par l'orifice naturel sera impossible, on aura recours à un orifice artificiel pour permettre au malade de se laver lui-même au besoin pendant plusieurs mois. Dans ce cas, on fixera son choix sur la ponction par le méat inférieur ;

8° L'ouverture alvéolaire ne doit être considérée que comme la dernière ressource, quand on ne peut se servir des autres méthodes. Nous en exceptons les cas peu fréquents dans lesquels une extraction dentaire s'impose avant toute autre intervention ;

9° Enfin, l'ouverture par la fosse canine et le curetage seront exclusivement réservés aux cas rebelles ayant résisté à tous les procédés de lavage ;

10° Quant à la nature du liquide à employer, nous ajouterons que l'eau boriquée suffit dans tous les cas, et que toutes autres substances : acide phénique, iodoforme, etc., ne nous ont jamais donné de résultat supérieur.

Depuis la communication que M. Moure (de Bordeaux) a faite au Congrès de Berlin et la brochure qu'il a publiée en collaboration avec le professeur Bergonié (de Bordeaux), sa manière de voir sur le **traitement électrolytique des déviations de la cloison nasale** ne s'est pas modifiée ; c'est toujours à la méthode bipolaire qu'il donne la préférence, recommandant les aiguilles en acier, qui nous ont semblé préférables à celles en platine. Il est plus facile de se les procurer, elles sont d'un prix modique et beaucoup plus résistantes, partant pouvant être enfoncées plus aisément.

Les aiguilles sont revêtues d'un mandrin en caoutchouc durci (bout de sonde uréthrale), qui non seulement les isole, mais permet encore de limiter exactement leur pénétration dans les tissus à électrolyser. Les aiguilles sont reliées à la batterie électrique en passant par un rhéostat et un ampèremètre.

Le rhéostat à immersion dont nous faisons usage permet de graduer lentement, sans secousse, l'intensité du courant et de la diminuer de même.

D'après l'épaisseur de la crête ou de la saillie à détruire, l'intensité du courant doit osciller entre 18 à 25 milliampères et la durée varier de douze à quinze minutes.

Les aiguilles doivent être enfoncées parallèlement au septum en suivant la partie saillante. La négative est placée au centre et la positive au-dessus et au-dessous de cette dernière. Les aiguilles ne doivent pas être implantées trop près de la base des éperons, pour ne pas produire de perforation de la cloison.

Pendant l'électrolyse, on doit surveiller par la fosse opposée le septum non dévié pour s'assurer qu'il ne s'échappe de ce côté aucun gaz indiquant que l'électrolyse agit au delà du point voulu.

Ce traitement convient à la plus grande partie des déviations, crêtes et éperons du septum. Il a l'avantage d'être assez rapide, d'agir en une seule fois s'il est bien appliqué, et de ne pas déterminer d'écoulement sanguin. Il est peu ou pas douloureux. Toutefois, l'orateur convient que la pointe gavanique bien maniée et quelques ostéotomes trouvent aussi leurs indications spéciales. Il préfère ces derniers moyens à la scie ou au drille, qui produisent parfois des hémorragies abondantes et nécessitent le tamponnement des fosses nasales.

Dans la section d'ophtalmologie, M. Lagrange (de Bordeaux) lit une communication sur **les avantages et les inconvénients de l'électrolyse dans le cas des rétrécissements des voies lacrymales.**

L'électrolyse mérite de prendre place à côté de la méthode de Bowmann dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales ; elle ne doit pas être employée seule, elle n'est bonne qu'à rendre la méthode de Bowmann plus complète et plus facile.

Pour utiliser judicieusement l'action mécanique de l'électrolyse, il faut employer de très faibles courants, seulement pendant deux ou trois minutes. Les courants qui dépassent six à huit milliampères entraînent des escharres produisant plus tard des rétrécissements invincibles, parfois une véritable occlusion des voies lacrymales. Les courants plus faibles ramollissent la muqueuse et rendent très facile l'introduction d'une sonde de gros calibre.

Pour les rétrécissements très étroits, plusieurs séances d'électrolyse sont nécessaires ; grâce à leur action sur la muqueuse des voies lacrymales, on peut, en quelques semaines, se rendre maître d'un rétrécissement invincible par la simple méthode de Bowmann.

En outre de cette action mécanique, l'électrolyse exerce sur les infections à staphylocoques ou à streptocoques du canal nasal une très énergique action antiseptique.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

57. M. TRUCHOT. Étude expérimentale de l'action de l'électrisation sur les combustions intra-organiques. — 58. M. BOUGUE. De la phlegmatia alba dolens dans la cachexie tuberculeuse. — 59. M. LABÈQUE. Contribution à l'étude des inflammations aiguës de l'amygdale linguale. — 60. M. COLLINET. Complications rénales dans les amygdalites aiguës. — 61. M. MOURIZ Y FERNANDEZ. Du suc gastrique; son rôle dans la pathogénie et le diagnostic de l'ulcère rond de l'estomac. — 62. M. AUGEREAU. Du dosage de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Critique des méthodes de Sjœqwist et de Winter. — 63. M. LABRUNIC. De l'épithélioma dendritique du sein. — 64. M. CREUZAN. Deux épidémies de fièvre typhoïde d'origine hydrique observées à Floirac (Gironde), pendant les années 1882 et 1891. — 65. M. MORAN. Considérations sur les abcès de la cloison des fosses nasales. De l'utilité de leur incision hâtive pour empêcher les déformations consécutives. — 66. M. DUBOURDIEU. Contribution à l'étude de l'automatisme ambulatoire. De la dromomanie des dégénérés. — 67. M. AUNIS. Contribution à l'étude du traitement chirurgical des anévrysmes des membres. — 68. M. DULAU. De la pylorectomie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 mai 1894, M. Guillemart, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire, est nommé médecin de deuxième classe dans la réserve de l'armée de mer.

— Par décret, en date du 2 juin 1894, M. le docteur Besnier, médecin de l'hôpital Saint-Louis, est promu au grade d'officier de la Légion d'honneur.

— Le concours pour deux places d'accoucheur des hôpitaux s'est terminé par la nomination de MM. Lepage et Varnier.

— Le concours pour une place de médecin-adjoint à l'hôpital civil d'Alger s'est terminé par la nomination de M. le docteur Reynaud.

— Par arrêté ministériel, en date du 2 juin 1894, la chaire de physiologie, la chaire de pathologie générale et pathologie interne et la chaire d'histologie de la Faculté de médecine de Nancy sont déclarées vacantes.

— Par arrêtés ministériels, les récompenses suivantes ont été accordées aux personnes ci-après désignées, qui se sont signalées par leur dévouement au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en France en 1893 :

Rappel de médaille d'or. — M. le docteur Vedel (de Lunel).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Bordone (de Frontignan) et Bosc (de Montpellier).

Rappel de médaille de vermeil. — M. le docteur Vigné, député, à Clermont-l'Hérault.

Médailles d'argent. — M. les docteurs Bazin et Revel (de Clermont-l'Hérault), Coulet (de Saint-Pargoire), Durand (de Marseillan), Espagne (de Montpellier), Gavaudan (de Vias), Mauzac (de Florensac), Pons (de Lunel) et Rouquette (de Lodève).

Rappel de médaille d'argent. — M. le docteur Scheydt, maire de Cette.

Médailles de bronze. — MM. les docteurs Houel, Jaussaud, Monestier (de Montpellier), Petit (de Cette), Pistre (de Villeveyrac); MM. les étudiants en médecine Auzillon, de Fajolle, Hugues, Rémignard, Rouch, Ronzier-Joly et Thenoz (de Montpellier), Lassalle, interne à l'hôpital de Cette;

Mme Carles, surveillante en chef à l'asile des aliénés de Montpellier.

Mentions honorables. — MM. Cadilhac, Chatinière, Magnol, internes des hôpitaux de Montpellier; Isenberg et Monteux, internes de l'hôpital de Cette; Cros et Malzac, étudiants en médecine à Montpellier;

MM. Daurès, infirmier; Desplas et Pailloix, surveillants; Mottet, surveillant en chef à l'asile des aliénés de Montpellier;

MMmes Aubert, surveillante, Prades, Puech, surveillantes sous-chefs, Lacombe, Pailloux, à l'asile des aliénés de Montpellier; sœur Marguerite (Dlle Sarrazin), de l'ordre de Saint-Vincent-de-Paul, infirmière à l'hôpital suburbain de Montpellier; les sœurs de Saint-Vincent-de-Paul à l'hospice de Cette.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Labrot (de Marsanne), Lionnet et Reliquet (de Paris), Trapenard (de Gannat) et de M. Jean Philipon, externe à l'hôpital civil d'Alger.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du système nerveux, scléroses systématiques de la moelle, tabes dorsalis et pseudo-tabes, maladie de Friedreich, tabes spasmodique et affections spasmo-paralytiques infantiles, conférences faites à l'hôpital Lariboisière pendant les années 1890-91-92-93 par le docteur F. RAYMOND, professeur de clinique des maladies du système nerveux à la Faculté de médecine de Paris, médecin de la Salpêtrière. 1 vol. in-8° de 435 pages avec 122 figures dans le texte. — Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

La femme et l'enfant, par le docteur Henri PINEAU. 2e édition 1 vol. in-12. — Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre, par le docteur GANDY. 1 vol. in-12 de 350 pages avec gravures hors texte. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le conseiller de la jeune femme; mères et nourrices, par le docteur Léon CASSINE. 1 vol. in-12 cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

La paralysie générale, par les docteurs MAGNAN, médecin de l'asile Sainte-Anne, membre de l'Académie de médecine, et Paul SÉRIEUX, médecin-adjoint de l'asile de Villejuif, membre de la Société médico-psychologique. Petit in-8. (*Encyclop. scient. des Aide-Mémoire.*) — Prix, broché : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Introduction à la psychologie expérimentale, par Alfred BINET, directeur adjoint du laboratoire de psychologie physiologique de la Sorbonne (École des Hautes-Études), avec la collaboration de MM. PHILIPPE, COURTIER et V. HENRI. 1 vol. in-12 de la « Bibliothèque de philosophie contemporaine ». — Prix : 2 fr. 50. — Paris, Félix Alcan.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. II, n° 5, mai 1894.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Panas a signalé à l'Académie un cas intéressant de gangrène sèche spontanée des membres inférieurs chez un homme de trente-cinq ans, sans aucune tare héréditaire ou personnelle pouvant expliquer la cause de cette gangrène. Si l'on n'est pas fixé sur l'origine de ces gangrènes, on est encore plus embarrassé sur les moyens de les guérir et de calmer les douleurs atroces qui les accompagnent. Dans le cas de M. Panas, l'amputation elle-même n'a pas suffi à mettre fin aux douleurs.

De la discussion qui a suivi la communication de M. Panas, il résulte que la pathogénie et la thérapeutique de ces gangrènes sont encore à l'étude et doivent fixer l'attention des anatomo-pathologistes. Parmi les nombreux médicaments employés dans ces cas, le salicylate de soude et l'aconitine paraissent seuls avoir donné quelques résultats.

M. Hervieux a fait un rapport sur les résultats obtenus par les instituteurs et institutrices au point de vue de la propagation de la vaccine dans les écoles. Il y a là un puissant élément de propagation qu'on ne saurait trop encourager.

On sait combien, en chirurgie, on a de la peine à obtenir une parfaite asepsie des fils non métalliques et en particulier du catgut, M. Repin semble avoir heureusement résolu cette difficulté. Son moyen de stérilisation et surtout le moyen de s'assurer de cette stérilisation sont fort ingénieux.

L'Académie a procédé à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et de chimie médicales. Son choix s'est porté sur M. Hanriot.

Elle s'est formée en comité secret pour entendre les conclusions du rapport de M. Dumontpallier sur le prix Portal.

HOPITAL NECKER. — M. LE DENTU.

Du spina bifida.

(Leçon recueillie par M. le docteur Henri BRODIER, chef de clinique.)

Vous savez qu'aux origines de la vie embryonnaire se développent, de chaque côté de la corde dorsale, des petites masses cellulaires dites protovertèbres. Ces plaques protovertébrales entourent bientôt la notocorde et envoient en arrière des prolongements qui marchent à la rencontre les uns des autres; ces prolongements constituent les lames vertébrales rudimentaires destinées à enserrer la moelle. Si les lames ne convergent pas, l'arc vertébral postérieur est incomplet, le spina bifida est produit. D'une façon générale, on peut définir le spina bifida : l'arrêt de développement et de convergence des lames dorsales de la colonne vertébrale. Le spina bifida est le plus souvent partiel, mais il peut être total, occuper toute l'étendue du rachis : on lui donne alors le nom de rachischisis. Outre le vice de conformation osseuse, on observe des lésions du côté de la moelle, mais ces lésions ne sont pas constantes ; de plus, elles sont variables, aussi ne sauraient-elles servir de base à la définition du spina bifida.

Tulpius (1672), Förster, Rokitansky pensaient que le spina bifida était causé par la rupture du canal central de la moelle, distendu par une grande quantité de liquide ; d'après eux, il y aurait eu d'abord dilatation du canal épendymaire, ensuite éclatement de la paroi postérieure du canal. Depuis Recklinghausen (1886), cette théorie est délaissée et l'on s'accorde actuellement à considérer l'arrêt de développement de la colonne vertébrale comme le vrai mode pathogénique du spina bifida.

Le spina bifida siège le plus souvent au niveau de la colonne lombaire ; viennent ensuite, par ordre de fréquence, la région lombo-sacrée, la région cervicale, la région dorsale et enfin la région sacrée.

L'orifice par lequel les méninges médullaires font saillie sous la peau est très variable ; l'arrêt de développement porte tantôt sur une seule vertèbre, tantôt sur deux, trois, quatre corps vertébraux. En général, les lésions médullaires sont d'autant plus étendues que la baie osseuse est plus large. Si la fissure vertébrale est petite, il s'agit, le plus souvent, d'une *méningocèle*, autrement dit d'une hernie simple des méninges rachidiennes. Si la gouttière osseuse est large, nous trouvons, dans le sac méningien, des élé-

ments nerveux plus ou moins éparpillés, d'où le terme employé de *myéloméningocèle*; dans ce dernier cas, on voit ordinairement au niveau de la partie la plus saillante de la tumeur, à la face interne du sac, un rudiment de pie-mère auquel aboutissent des éléments nerveux irréguliers; ce sont ces éléments qui, par leur insertion, déterminent la production d'une dépression ombiliquée bien signalée par Virchow.

A ces deux espèces de lésions, Recklinghausen a ajouté deux variétés spéciales auxquelles il donne les noms de *myélocystocèle* et de *myélocystoméningocèle* (hydrorachis interne de Cruveilhier, hydromyélocèle de Virchow). Dans la myélocystocèle pure, le kyste est formé par la dilatation du canal épendymaire; dans la myélocystoméningocèle, une méningocèle est superposée à une myélocystocèle.

L'étude du spina bifida a été faite consciencieusement dans un travail du docteur Muscatello (de Padoue), paru tout récemment dans les *Archives de chirurgie clinique*. Ce chirurgien a vu passer devant ses yeux un grand nombre d'enfants atteints de spina bifida et, dans vingt-deux cas, il est intervenu chirurgicalement.

Nous avons vu tout à l'heure que, le plus souvent, des éléments nerveux épars se rendaient de la moelle au sommet de la tumeur; parfois, on a trouvé un véritable tronçon médullaire, mais ces faits sont exceptionnels. Dans quelques cas, on a vu des branches postérieures des nerfs rachidiens traverser le spina bifida pour se rendre dans les parties molles avoisinantes.

Si nous étudions l'enveloppe du spina bifida au point de vue de sa constitution, nous voyons qu'elle présente des différences très grandes, selon qu'il s'agit d'une méningocèle ou d'une myéloméningocèle.

A. Dans la méningocèle, la peau recouvrant la tumeur est intacte et conserve ses caractères normaux; assez souvent se produit à ce niveau un développement exagéré du système pileux: cette hypertrichose est importante pour le diagnostic dans les cas de spina bifida latent, spina bifida occulta de Recklinghausen.

B. Dans la myéloméningocèle, on observe du côté des téguments des caractères très curieux, bien étudiés dans le mémoire de Recklinghausen; la face externe du spina bifida offre trois zones très distinctes:

1° Une zone excentrique commençant au niveau de la région d'où la tumeur s'élève au-dessus des parties voisines, *zona dermatica*, zone cutanée dans laquelle la peau conserve ses éléments physiologiques;

2° Une zone moyenne, située en dedans de la zone excentrique, *zona epithelo-serosa*, d'une coloration gris perle ou gris bleuté. Les téguments, très minces dans cette région, sont parfois sillonnés de tractus blanchâtres; assez souvent ils présentent un aspect cicatriciel blanc nacré; à leur face interne, se trouve une couche épithéliale formée par l'arachnoïde;

3° Une zone centrale, *area medullo-vasculosa*, d'aspect velouté et constituée par un lacis de vaisseaux: parfois cette zone présente un véritable tissu de granulation; elle a une grande tendance à l'ulcération, on y observe alors une couche de bourgeons charnus comme chez notre petite malade de la salle Lenoir. Le tissu conjonctif a, dans cette région, les caractères de la névroglie. Cette zone centrale, dans laquelle on rencontre des éléments nerveux, tels que filets nerveux et cellules ganglionnaires, est tapissée à sa face interne par la pie-mère.

Il est très important de reconnaître par le simple aspect macroscopique de la tumeur la variété de spina bifida, car les indications thérapeutiques ne sont pas les mêmes.

Dans la méningocèle pure ou presque telle, il existe rarement d'autres lésions: pas de pied-bot, pas de paralysie des membres inférieurs, hydrocéphalie très exceptionnelle. Ces lésions sont, au contraire, très fréquentes dans la myéloméningocèle; on observe souvent le pied-bot, le bec-de-lièvre, les divisions palatines, l'encéphalocèle, l'exstrophie de la vessie (9 fois sur 10, d'après Recklinghausen), et surtout l'hydrocéphalie.

L'hydrocéphalie est notée 41 fois sur 330 cas étudiés par M. Bellanger dans sa thèse (1891) et Muscatello dans son mémoire (*Arch. de chir. clin.*, t. XLVII) la cite comme très fréquente.

On a pu parfois rencontrer le pied-bot avec une myélocystocèle. Bref, d'une façon générale, on conçoit bien que les vices de conformation portant sur d'autres points que la colonne vertébrale, et l'hydrocéphalie en particulier, s'observent quand des éléments nerveux se trouvent associés aux méninges rachidiennes herniées.

Nous avons vu ensemble les principaux caractères des spina bifida; revenons maintenant à la description de la petite malade que vous avez vue dans nos salles.

Cette petite fille, âgée de trois mois, est dans un état de santé relativement bon; de constitution extérieure moyenne, elle pèse 12 livres et demie; la nutrition chez elle se fait bien, elle sourit quand on la regarde, son regard n'est pas dépourvu d'expression, elle ne semble donc pas idiote. La tête est assez développée, nous avons mesuré 38 centimètres de la glabelle à l'inion; le front est légèrement bombé, la fontanelle antérieure présente une étendue exceptionnelle, elle a 8 centimètres de long sur 4 centimètres de large; à ce niveau, on sent par la palpation une couche de liquide très abondante et on perçoit les battements cérébraux. Par la compression de la tumeur lombaire, la fontanelle antérieure se tend. Dans les cas ordinaires, la tension de la fontanelle n'existe que pendant la production d'efforts, de cris ou pendant l'expiration, pour cesser pendant l'inspiration; or, ici, la tension de la fontanelle est permanente, cette membrane est aussi tendue dans l'inspiration que dans l'expiration; ce qui prouve qu'une très grande quantité de liquide céphalo-rachidien baigne la moelle et le cerveau. Au spina bifida limité se surajoute un hydrorachis généralisé.

Un des membres inférieurs est atteint de pied-bot; l'autre offre un pied complètement inerte, la sensibilité est à peu près intacte, mais les muscles de la jambe proprement dite sont atrophiés, alors que ceux de la cuisse ont conservé leur volume physiologique, aussi le membre a-t-il, dans son ensemble, un aspect rappelant celui du gigot; comme on le voit, la paraplégie est incomplète.

La tumeur lombaire, du volume d'une mandarine, présente les trois zones décrites par Recklinghausen: au niveau du pédicule, qui est large, la peau garde ses caractères normaux; plus en dedans, se trouve une zone légèrement bleuâtre, de largeur inégale, très irrégulière dans son développement; au centre, nous trouvons une couche de bourgeons charnus, dont l'existence s'explique par l'ulcération de la zone centrale. L'ulcération qui, souvent, gagne en profondeur et rend menaçante la rupture de la poche a, chez cette petite fille, une tendance très nette à la cicatrisation, ce qui n'empêche pas le pronostic d'être assez grave.

Le pronostic du spina bifida varie suivant l'espèce. Le

rachischis entraîne la mort très rapidement ; l'enfant se nourrit mal, des complications graves peuvent éclater telles que : rupture précoce de la tumeur, avec écoulement rapide et incessant de liquide céphalo-rachidien ou avec méningite. Dans les cas de spina bifida partiel, s'il existe des vices de conformation multiples, si la nutrition est languissante, l'enfant meurt souvent dans le premier mois qui suit sa naissance, rarement il survit plusieurs mois. La mort s'échelonne dans un espace de temps qui ne va guère au delà d'un an. D'après M. Bellanger, 90 p. 100 des enfants atteints de spina bifida meurent avant la fin de la première année. Ceux qui résistent sont ceux qui sont atteints de méningocèle franche ou de myélocystocèle et ceux dont la peau reste intacte au niveau de la tuméfaction lombaire. L'abstention, comme vous le voyez, ne donne pas de résultats brillants, aussi les chirurgiens ont-ils tenté d'intervenir, surtout dans ces dernières années.

Nous passerons d'abord très rapidement en revue les méthodes de traitement tombées aujourd'hui en désuétude.

La compression a été le premier traitement employé, on le conçoit facilement; car cette idée d'une compression douce, méthodique, régulière et constante, vient pour ainsi dire instinctivement à l'esprit. La compression bien faite a surtout pour but d'empêcher la rupture de la poche. Ce traitement est encore recommandable dans des cas de spina bifida très peu marqué.

La ponction simple est souvent très dangereuse, nous nous rappelons avoir vu, il y a deux ans, un enfant de six mois, atteint d'une myéloméningocèle énorme, ayant les dimensions d'une tête d'adulte ; bien que la ponction fût faite avec un trocart très fin, il se fit un écoulement continu de liquide céphalo-rachidien, la diarrhée survint, l'enfant mourut quelques jours après. La ponction n'est donc pas absolument inoffensive.

La ponction suivie de la compression a, dans quelques cas, produit une amélioration sensible dans l'état de l'enfant.

La ligature simple, préconisée par Forestus, fut employée pour la première fois par Orth, ensuite par Frowbridge, enfin avec succès par Latil de Timécourt ; la ligature élastique fut tentée par Scarenzio, Vanzetti, Atkinson, Laroyenne, Mouchet (de Sens), Parona (1887). Ce procédé de la ligature est applicable seulement dans les cas de méningocèle à pédicule extrêmement grêle ; il réussit bien dans ces quelques cas où la poche formée par la méningocèle est devenue peu à peu distincte de l'enveloppe cutanée et forme un kyste complètement indépendant ; mais d'une façon générale, cette méthode est dangereuse.

Nous signalerons, en passant, d'autres procédés aussi aveugles que la ligature, tels que l'emploi du thermocautère, de l'anse galvanique [procédés de de Saint-Germain et de Grasso (d'Asti)], de la pince écrasante (procédé de Rizzoli) ; enfin la cure du spina bifida par l'électrolyse fut essayée, en 1850, par Nevermann de Plane.

Il nous reste à vous parler de trois méthodes actuellement employées ; deux d'entre elles peuvent être fusionnées en une seule : l'*excision*, l'autre s'éloigne beaucoup des deux premières, c'est la *méthode des injections intra-kystiques*.

Cette méthode des injections, recommandée par Velpeau, fut appliquée par Brainard (de Chicago), en 1817, qui employa la teinture d'iode. Debout (d'Orléans), en 1860, a bien réglé cette méthode et a obtenu de bons résultats ; il employait la teinture d'iode à 1/10 légèrement iodurée, il injectait v, x, xv gouttes de cette teinture dans l'intérieur de la tumeur; autrefois, on se servait de la seringue de Pravaz, aujourd'hui on se sert de la seringue de Roux ou de Straus, facilement stérilisable. M. Bellanger a réuni 38 cas de spina bifida traités par l'injection de teinture d'iode; sur ces 38 cas, il y eut 27 guérisons, 9 morts, 1 amélioration, 1 état stationnaire.

James Morton, en 1877, modifia légèrement l'injection Brainard-Velpeau, en employant la teinture d'iode diluée dans la glycérine (teinture d'iode 50 centigrammes, iodure de potassium 1gr50, glycérine 30 grammes); après avoir vidé légèrement la poche, il injectait de 2 à 8 grammes de solution iodo-glycérinée. Il obtint par ce procédé 80 p. 100 de guérisons; ce chiffre est intéressant à rapprocher de celui fourni par l'expectation, à savoir plus de 80 morts pour 100 en moins d'un an. Il paraît cependant exagéré, car sur 93 cas relatés par M. Bellanger, on relève 40 guérisons, 34 morts, 9 améliorations. Morton faisait usage d'un trocart assez volumineux, aussi cette méthode offrait-elle tous les dangers de la ponction.

La méthode de choix aujourd'hui doit être l'*excision*, pratiquée avec ou sans ouverture du sac. Sans ouverture du sac, le procédé est aveugle, il est vrai, mais on évite l'écoulement brusque et rapide du liquide céphalo-rachidien. Avec ouverture du sac, l'excision est une opération beaucoup plus délicate et il faut avoir soin, pendant la durée de l'exploration de la face interne du sac, d'empêcher autant que possible l'écoulement du liquide céphalo-rachidien.

Sur 22 cas d'excision avec ouverture du sac, pratiquée par Muscatello, il y eut 15 guérisons et 7 morts. A considérer cette statistique, l'avantage semble rester aux injections intra-kystiques, mais nous devons prendre garde que l'excision a dû être employée dans des cas où les injections ont paru dangereuses ou impossibles à pratiquer, il est donc difficile de comparer par des chiffres ces deux méthodes qui comprennent des cas très dissemblables.

M. Bellanger constate que l'excision sans ouverture du sac, faite depuis l'ère antiseptique de la chirurgie, donne des résultats à peu près semblables à ceux fournis par l'excision avec ouverture du sac, ce qui s'explique par la dégénérescence habituelle des éléments nerveux épars dans la poche; par suite leur ablation est ordinairement peu importante, comme le fait remarquer Muscatello.

Signalons enfin, à titre intéressant, les opérations ostéoplastiques, pratiquées par Dollinger le 25 novembre 1885 et Senenko (de Saint-Pétersbourg) le 22 juin 1889.

Quelles sont les indications et les contre-indications à l'opération? M. Bellanger conseille, d'une façon générale, l'intervention, il cite plusieurs observations où la paraplégie fut améliorée par l'opération. M. Bayer, en 1889, l'avait déjà préconisée. Muscatello, ayant dépouillé avec soin les observations des soi-disant améliorations, termine par montrer que les auteurs se sont souvent fait illusion. Quand on soupçonne l'existence d'une myélo-méningocèle, il vaut mieux s'abstenir. La paraplégie complète ou incomplète est une contre-indication à l'opération.

Avant d'intervenir nous recommandons de tenir compte :

1° De la largeur de l'orifice de communication du spina bifida;

2° De l'étendue et de la profondeur des lésions cutanées;

3° De l'existence de vices de conformation multiples et surtout de l'*hydrocéphalie*. Toutes les fois, dit Muscatello, que l'hydrocéphalie existe à un degré quelconque, quel-

que faible qu'elle soit, elle constitue une contre-indication absolue à l'opération. M. Bellanger, sur 330 observations, a relevé 41 fois l'hydrocéphalie; sur ces 41 cas, 14 existaient chez des enfants ayant été opérés, mais M. Bellanger ne nous donne pas le nombre des cas d'hydrocéphalie consécutive à l'intervention. Giraldes l'avait vue souvent survenir après l'opération.

Pour notre part, nous sommes très disposé à nous rallier à l'opinion de Muscatello. Aussi, chez l'enfant de la salle Lenoir, en raison de la paraplégie, du pied-bot, de la large ouverture rachidienne, de l'existence d'une plaie au sommet de la tumeur et vu l'hydrocéphalie énorme, après avoir hésité pendant quelques jours, nous avons conclu à l'abstention chirurgicale, du moins momentanée. Nous reverrons l'enfant dans quelques mois, alors si la plaie se cicatrise, si l'hydrocéphalie diminue et tend à disparaître, nous songerons à revenir sur notre détermination actuelle.

THÉRAPEUTIQUE

Les prétendus inconvénients de la médication bromurée. Leurs causes et les moyens d'y parer.

Par M. le docteur J.-M. Hambrye.

L'efficacité de l'emploi du bromure de potassium dans le traitement des maladies convulsives n'est plus à démontrer. Nous n'avons donc pas l'intention de passer en revue tous les cas pathologiques dans lesquels le bromure peut être employé avec succès. L'opinion est aujourd'hui fixée à cet égard, grâce aux observations de Lasègue, Legrand du Saulle, Voisin, Charcot, Brown-Séquard, G. Ballet, Ch. Féré et bien d'autres. Récemment le professeur Seeligmuller (1) constatait encore que, parmi les nombreux remèdes nouveaux préconisés contre l'épilepsie, ce sont les bromures qui occupent toujours le premier rang.

On a quelquefois attribué au médicament certains inconvénients qui sont le résultat d'une administration maladroite ou le plus souvent encore de l'emploi d'une mauvaise préparation du sel bromique. C'est ainsi qu'on a parlé de l'infidélité du médicament, des rechutes des troubles nerveux, d'anémie bromique et de phénomènes pathologiques divers du côté de la peau, de l'intelligence, de la sensibilité ou du mouvement.

En apportant ici le contingent d'une longue expérimentation, nous voudrions prémunir le praticien contre ces excès en sens opposé.

Le bromure de potassium n'a point d'effets physiologiques vraiment fâcheux lorsque ce sel est d'une irréprochable *pureté chimique*, et que son emploi est attentivement surveillé par un médecin, tous les quinze jours par exemple. J'ai des malades qui en prennent une certaine dose — de 4 à 8 grammes — tous les jours, et cela depuis très longtemps et dont la santé est bien loin d'être altérée.

On a eu raison sans doute de signaler la céphalalgie frontale, l'enchifrènement, le larmoiement, l'excitation gastrique, l'abattement des forces, l'engourdissement des mouvements, l'acné, l'abolition partielle de la sensibilité générale, l'indifférence, l'apathie, la somnolence, l'obtusion intellectuelle, la stupeur, la constipation et surtout l'amaigrissement; mais ces effets ne se produisent que quand le médicament est d'une qualité douteuse ou qu'il a été mal administré. Si l'on se place dans de bonnes conditions d'expérimentation, on ne tarde pas à reconnaître que le bromure de potassium peut devenir le pain quotidien du malade et que, loin de déterminer de l'amaigrissement, il favorise plutôt l'embonpoint. Il faut que l'on sache bien cependant que, même avec le sel le plus pur, dès que l'on s'approche de la dose de 4 grammes par jour, la sensibilité réflexe de l'arrière-gorge, de la base de la langue et de l'épiglotte, est considérablement diminuée ou abolie et que le sens génital s'amortit sensiblement.

C'est également vers cette même dose que débute l'acné.

Les phénomènes qui se passent du côté de la peau sont sans influence sur l'issue de la névrose, sans action significative sur le pronostic. On a cru pouvoir considérer l'intensité de l'éruption comme un indice favorable, mais je ne partage pas cette manière de voir. Dans quelques cas très heureux, je n'ai eu aucune apparition cutanée. D'ailleurs, à un âge avancé de la vie, l'acné bromique se montre à peine ou manque tout à fait, même quand l'affection convulsive s'amende de la manière la plus notable.

En ville, et même dans quelques services des hôpitaux, le bromure de potassium n'est pas encore administré classiquement et on arrive, par une progression croissante, infiniment trop rapide, à fatiguer les malades et à déterminer chez eux des troubles gastriques, de l'hébétude et de l'adynamie. On a même parlé d'accidents sérieux survenus et observés; mais comment, dans l'espèce, le médicament a-t-il été donné? On a débuté par la dose de 2 grammes et l'on a augmenté de 2 grammes tous les cinq jours. Il s'est produit du bromisme, mais ceci ne doit pas surprendre.

« A Bicêtre, ou en ville, dit Legrand du Saulle, je débute par 1gr50 ou par 2 grammes, et, selon les cas, j'augmente de 50 centigrammes ou de 1 gramme tous les quinze jours ou tous les mois. Je gravis lentement les degrés de l'échelle thérapeutique. Ma moyenne chez les hommes oscille entre 6 et 9 grammes, mais il me faut de trois à six mois pour parvenir à ce que j'appellerai volontiers la dose maximum la plus habituelle. Un seul de mes malades a pris jusqu'à 14gr50 de bromure, mais au bout de vingt-six mois de traitement. Il tombait jadis plusieurs fois par jour, et, lorsque je l'ai perdu de vue, au moment de la guerre, il ne tombait plus du tout. Je suis toutefois obligé de convenir que ce malade avait sensiblement pâli. »

On a dit que l'on n'obtenait aucun effet thérapeutique vraiment efficace, à moins de 4 ou 5 grammes de bromure de potassium. Cette opinion est vraie et fausse à la fois. Elle est vraie, si l'on n'emploie le médicament que chez des hommes; mais elle est fausse, s'il s'agit des femmes. J'ai obtenu une action très marquée et certainement suffisante chez des jeunes filles et des femmes avec des doses de sel bromique qui oscillaient entre 3 et 4 grammes et demi.

Dans les cas encore si nombreux d'insuccès, lorsque le sel bromique n'éloigne pas manifestement les attaques, il abat du moins les secousses, les soubresauts, l'état nerveux, le délire maniaque et les impulsions des épileptiques. Il calme sans jamais exciter.

Si le mode d'administration du médicament doit être attentivement surveillé par le médecin pour éviter les accidents qui ont été plus haut signalés, *la qualité du médicament* n'est-elle pas une condition plus difficile à réaliser?

M. Gilbert Ballet disait ici-même : « La première condition à réaliser, lorsqu'on doit recourir à la médication bromurée, c'est de se procurer un bromure parfaitement pur. »

« Il doit être employé pur, c'est-à-dire ne pas contenir d'éléments étrangers, principalement pas d'iodure et surtout de chlorure de potassium, de sulfate et de carbonate de potasse » (Ch. Féré).

« Trop souvent, dit encore M. Ballet, le bromure de potassium est mélangé à d'autres sels de potasse; il en résulte certains inconvénients qu'on évitera en ayant recours à un bromure bien préparé. »

(1) Seeligmuller. *Deuts. Med. Wochens.*, 1894, nº 2.

De toutes les préparations auxquelles on a jusqu'ici eu recours, le sirop de Henry Mure est celle qui offre le plus de ressources. En procurant au médecin traitant une entière sécurité touchant la pureté du bromure qu'elle contient, elle simplifie utilement son ordonnance par la contenance fixe et absolument invariable de chaque cuillerée (2 grammes par cuillerée à bouche). Le sirop de Henry Mure, au bromure de potassium, est exempt d'iodure et de chlorure. L'incorporation du sel bromique dans un excellent sirop d'écorces d'oranges amères rend facile au malade l'ingestion du remède ; elle dissimule, sous un parfum inoffensif, la saveur un peu désagréable du bromure.

Cette étude serait incomplète si nous ne signalions une des conséquences de la médication bromurée à haute dose, et si nous n'indiquions le moyen rationnel de parer aux inconvénients que peut entraîner le traitement prolongé. Beaucoup de sujets jeunes faisant usage du bromure de potassium ont tout à coup un assez grand nombre de boutons sur la face et notamment au front, sur le devant de la poitrine ou entre les deux épaules.

Ces inconvénients sont mal supportés par les jeunes gens et surtout par les jeunes filles. Le médicament, dans ce cas, au lieu de s'éliminer par les urines, s'accumule sous la peau. Il importe alors d'augmenter, d'une façon assez sensible, la quantité de liquides confiés à l'économie. Disons que les médecins traitent, en général, cette acné, soit par l'administration de médicaments capables d'entraver l'action du bromure de potassium, soit par l'envoi des malades à des stations thermales sulfureuses. Or ce qu'il faut, avant toute chose, c'est favoriser l'élimination du bromure par les voies naturelles et faire uriner davantage.

Les moyens les plus rationnels et les plus simples sont les meilleurs.

M. Henry Mure, sur la demande et sur les conseils de plusieurs membres de l'Académie de médecine, est parvenu à composer une boisson agréable, très facilement digestible, pouvant se prendre à n'importe quelle heure de la journée ou de la nuit, avant ou après le repas, et qui se combine à merveille avec l'action chimique du sel bromique. Elle rend les urines très abondantes et limpides. Elle est composée uniquement, dans des proportions déterminées, de plantes inoffensives, diurétiques, anti-nerveuses et calmantes, et elle n'a ni les inconvénients des tisanes désagréables et inertes, ni les effets fâcheux et irritants de certaines eaux minérales.

Cette tisane spéciale est connue sous le nom de *Thé diurétique de France*.

Selon l'abondance des boutons, les médecins en prescrivent généralement de deux à cinq tasses dans les vingt-quatre heures. Dans l'espèce, c'est le bon sens qui a conduit à la pratique que je recommande.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 5 juin 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend une lettre du ministre des travaux publics demandant la rédaction d'instructions sur les soins à donner en cas de foudroiement par l'électricité industrielle. (Commission : MM. Bouchard, d'Arsonval, Gariel et Laborde.)

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de physique et chimie médicales.

Au premier tour de scrutin; M. Hanriot est élu par 41 voix contre 31 données à M. G. Pouchet, 1 à M. Regnard et 1 bulletin blanc, sur 74 votants.

COMMUNICATIONS

Gangrène sèche spontanée des membres inférieurs. — M. PANAS communique l'observation d'un homme de trente-cinq ans, nerveux, fils d'un père goutteux et d'une mère hystérique, ayant eu six frères et sœurs, dont trois nerveux, qui il y a six ans, sans syphilis ni autre cause appréciable, éprouva des douleurs lancinantes dans les membres supérieurs. Ces douleurs cessèrent assez vite. Bientôt apparurent des douleurs analogues aux membres inférieurs, accompagnées de plaques rouges sur la jambe gauche.

Après deux mois, les douleurs ont disparu et le calme a duré jusqu'en 1893. A ce moment, les douleurs reparurent dans le membre inférieur gauche ; il s'y produisit des veinosités cutanées. Puis bientôt apparurent des plaques de gangrène aux orteils gauches. A partir de l'apparition de ces plaques, les douleurs devinrent intolérables, sans que rien pût les calmer. La gangrène s'étendit et il fallut pratiquer l'amputation de la jambe gauche au tiers supérieur. Les résultats au point de vue opératoire furent parfaits et la réunion se fit par première intention.

Mais les douleurs spontanées, bien qu'un peu amendées, persistèrent. Tous les moyens analgésiques ordinaires : morphine, bromure, choral, antipyrine, employés soit ensemble, soit séparément, échouèrent. Un seul médicament calma les douleurs, qui ne paraissent plus que rarement dans le membre amputé, c'est le salicylate de soude à la dose de 3 grammes par jour.

Un fait qui a frappé pendant l'amputation, c'est l'absence de toute hémorragie artérielle ; seule l'artère tibiale postérieure, très réduite de volume, a nécessité une ligature. Par contre, les veines saphènes étaient gorgées de sang noir qui s'est écoulé abondamment au moment où elles furent sectionnées.

L'examen macroscopique a montré les artères et les veines profondes oblitérées et réduites de volume, sans le moindre caillot obturateur.

Histologiquement, la lésion réside dans la prolifération de leur gaine endothéliale qui, çà et là, renferme des globules sanguins altérés et transformés, pour la plupart, en grains de pigments hématiques.

La lésion se réduit en une endovasculite à peu près pure, soit primitive, soit consécutive à une lésion nerveuse.

En faveur de cette dernière origine, on pourrait invoquer la longue période douloureuse ayant précédé de six ans l'apparition de la gangrène sèche du pied.

Le nervosisme du malade est exempt du reste de toute tare hystérique, d'alcoolisme comme aussi de syphilis, ainsi que MM. Raymond et Fournier ont pu s'en assurer. Les urines n'ont rien présenté d'anormal.

Le nerf tibial antérieur était altéré dans un grand nombre de ses fibres.

En admettant l'origine nerveuse de la gangrène, il resterait à savoir à quelle affection il faut au juste la rattacher, et si celle-ci doit être envisagée comme spinale ou périphérique.

M. VERNEUIL reconnaît que nous sommes loin d'être fixés sur la pathogénie des gangrènes chirurgicales. Il a vu un malade atteint d'une gangrène de la jambe qui éprouvait d'épouvantables douleurs. M. Quénu sectionna le nerf sciatique ; les douleurs disparurent, la gangrène se limita, le membre fut sectionné au-dessus, et la guérison se fit sans encombre.

M. Verneuil a vu, par contre, une de ces gangrènes douloureuses qui ne fut améliorée ni par l'amputation, ni par la section successive de tous les nerfs de la région. Les

douleurs disparurent sous l'influence de l'administration de l'hyosciamine.

M. LABORDE rappelle que l'on néglige peut-être trop souvent le traitement médical dans ces névralgies rebelles, pour lesquelles les opérations les plus graves ont été pratiquées.

C'est ainsi qu'en ce qui concerne la névralgie du trijumeau, il considère l'aconitine comme un excellent médicament. Il donne toutes les cinq heures un quart de milligramme d'azotate d'aconitine cristallisée.

M. LAVERAN a observé un malade analogue à celui de M. Panas. L'endartérite était des plus nettes, et la membrane interne des veines présentait des lésions analogues à celles constatées sur les artères. Par contre, les nerfs ne présentaient aucune lésion.

Le malade avait eu des fièvres paludéennes, mais il en était complètement guéri ; sa rate n'était plus augmentée de volume.

M. VERNEUIL rappelle avoir publié, avec L.-H. Petit, des cas de gangrène dus manifestement au paludisme.

M. FOURNIER dit que l'endartérite est de règle dans les cas analogues à celui de M. Panas, mais ce qui est plus difficile à apprécier, c'est la cause de ces endartérites. Chez le malade de M. Panas, il pensait à la syphilis et le malade a été soigné en conséquence, mais inutilement.

En ce qui concerne le traitement de la douleur, l'emploi du salicylate de soude peut rendre de très grands services.

Le salicylate de soude est un excellent calmant des douleurs fulgurantes du tabes.

Propagation de la vaccine. — M. HERVIEUX communique à l'Académie le rapport sur les instituteurs et institutrices publics et privés qui, par leurs efforts, ont contribué le plus activement à la propagation de la vaccine dans les écoles. Ce rapport comprend : 1° un exposé des résultats obtenus par une première application de la circulaire ministérielle relative aux récompenses ; 2° les desiderata de cette application ; 3° les avantages considérables qu'on pourrait retirer d'une application rigoureuse de la circulaire.

Résultats. — Effort d'un grand nombre d'instituteurs ou institutrices pour vaincre la résistance que l'apathie, l'insouciance, les préjugés, l'ignorance, etc., opposent aux vaccinations et surtout aux revaccinations. Augmentation notable du nombre de ces opérations dans les écoles.

Desiderata. — Nombre trop minime des états de vaccination adressés au ministre par les préfets. Quelques départements même n'ont rien envoyé. A l'exception d'un seul département qui désigne pour les récompenses proposées les instituteurs et institutrices tant publics que privés, tous les autres départements ne mentionnent que ceux qui appartiennent aux écoles publiques, ou s'ils signalent les autres, c'est en omettant leur qualification de privés.

Avantages. — L'application de la circulaire ministérielle a permis de constater : 1° que, dans la grande majorité des écoles communales, les enfants ne sont ni vaccinés ni revaccinés ; 2° que le nombre des médecins inspecteurs est insuffisant ; 3° que, dans les campagnes, la gratuité des opérations vaccinales étant indispensable pour triompher de toutes les résistances, les frais de ces opérations devraient être inscrits au budget des communes ; 4° que les prescriptions ministérielles, en exigeant la surveillance des écoles privées et publiques, faciliteront l'exécution de toutes les lois de l'hygiène dans les écoles.

Stérilisation des fils employés en chirurgie. — M. PERIER fait connaître un moyen de stérilisation des fils.

M. Repin a stérilisé du catgut par la vapeur d'alcool surchauffée jusqu'à 120 degrés. La stérilisation vérifiée expérimentalement est parfaite ; la conservation du fil est excellente.

Pour être certain que la stérilisation reste parfaite, les fils stérilisés sont conservés dans des tubes contenant un bouillon de culture. Si la stérilisation n'a pas été parfaite, le bouillon se trouble, et les fils contenus dans ce tube doivent être rejetés. Si le liquide reste limpide, on a la preuve matérielle que le contenu du tube est aseptique.

Quand on connaît les difficultés que rencontrent les commissions de l'assistance publique, chargées de la réception des objets de pansement, il est facile de se rendre compte de l'avantage résultant pour elles de l'emploi systématique de ce procédé de contrôle.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Académie des sciences a élu, avant-hier lundi, M. d'Arsonval comme membre titulaire dans la section de médecine et de chirurgie, en remplacement de M. Brown-Séquard.

— Le concours de l'adjuvat vient de se terminer par les nominations suivantes :

Titulaires : MM. Robineau, Marion, Baudet, Baraduc et Savariaud.
Provisoires : MM. Courtillier et Bois.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris a désigné, dans sa séance du 9 mai, M. le docteur Billon, ancien président de la Société, comme son délégué au Congrès national d'assistance publique à Lyon.

Les médecins des bureaux de bienfaisance de Lyon se sont empressés de se mettre en rapport avec notre distingué confrère et, afin de faciliter l'accomplissement de sa mission, ils se sont mis à sa disposition de la manière la plus confraternelle.

De plus, ils ont décidé, à l'unanimité, d'offrir un banquet au représentant de la Société médicale des bureaux de bienfaisance.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 67. — SAMEDI 9 JUIN 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 9 JUIN 1894. — N° 67.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement local du lupus vulgaire.

Par le docteur Georges THIBIERGE,
Médecin des hôpitaux de Paris.

Le lupus vulgaire, lupus de Willan ou lupus tuberculeux, est caractérisé par le développement, sur la peau ou sur les muqueuses, de nodosités ou tubercules, dans le sens dermatologique du mot, de coloration rouge jaunâtre rappelant celle de la gelée de pommes ou du sucre d'orge, de consistance molle, de dimensions variables, faisant une saillie également variable au-dessus du tégument. Ces tubercules lupiques peuvent persister en cet état pendant un temps assez long ou subir diverses transformations : ils peuvent se scléroser ou se résorber, laissant à leur suite une dépression cicatricielle; plus souvent ils s'ulcèrent, se recouvrent de croûtes d'épaisseur et d'aspect variables; l'ulcération peut atteindre les tissus sous-jacents, détruisant les os, mutilant plus ou moins profondément les parties atteintes et donnant lieu à des difformités souvent hideuses.

Produit par le bacille de Koch, il constitue la forme la plus fréquente des tuberculoses cutanées, la plus désespérante peut-être par ses récidives multiples presque indéfinies, qui rendent son traitement difficile et laborieux au suprême degré. Sa localisation fréquente au visage rend plus délicate encore l'intervention thérapeutique qui doit non seulement guérir les lésions, mais les guérir avec le minimum de délabrements et de déformation, au besoin même réparer les désordres matériels produits par la maladie. Si cette considération esthétique ne doit pas arrêter le médecin dans l'emploi des moyens curatifs, elle en modère singulièrement dans la pratique l'énergie et entre pour une part importante dans les décisions thérapeutiques.

Nous n'envisagerons dans cette Revue que le traitement local du lupus. Ce n'est pas à dire que le traitement général ne joue un grand rôle dans cette affection, non pour la guérir radicalement — c'est, du consentement unanime des dermatologistes, lui demander plus qu'il ne peut tenir — mais pour soutenir les forces du malade, empêcher l'envahissement de l'économie par l'infection tuberculeuse qui la menace, modérer même l'extension du processus lupique à la surface du tégument. Ce traitement, à la fois médicamenteux, diététique et hygiénique, est celui des tuberculoses en général, des tuberculoses locales en particulier, de la scrofule telle que la comprenaient nos prédécesseurs. Il ne présente, chez les lupiques, aucun mode spécial d'intervention, aucune indication particulière, et nous pouvons le supposer connu.

Le traitement local du lupus est, par contre, de ceux qui ne s'improvisent pas ; il faut, pour le mettre fructueusement en pratique, en connaître tous les détails, toutes les ressources, et c'est à peine si, en quelques colonnes, nous lui pourrons donner les développements qu'il mérite.

Malgré ses richesses, ce traitement ne donnera souvent que des résultats assez imparfaits, et surtout il sera désespérant par la lenteur de son action. Sans prétendre, comme on l'a dit, que plus lente est l'action d'un traitement du lupus, plus sûre est son efficacité, il est certain que la durée du traitement le mieux conduit dépasse de beaucoup ce que l'on pourrait croire en présence des lésions. Il est certain aussi que, lorsqu'on voit survenir une amélioration, la guérison est encore lointaine : pour voir disparaître toute trace des lésions, il faudra encore des semaines, sinon des mois d'intervention continue, et, lorsqu'on aura obtenu une cicatrice vierge de toute lésion lupique, on devra s'attendre à voir reparaître dans celle-ci, pendant une longue série d'années, des nodules qu'il faudra encore détruire. Il y a loin de ces principes, dont l'observation clinique montrera peut-être encore longtemps l'exactitude, aux prétentions des novateurs qui, ignorant la marche du lupus, prétendent le guérir en quelques jours, quand ce n'est pas en quelques heures : il est vrai qu'ils confondent cicatrisation des ulcérations lupiques et guérison du lupus ; ils ont fait comme un restaurateur de tableaux qui aurait verni un tableau sans y réappliquer les fragments détachés par la vétusté et se féliciterait de son travail.

I

PANSEMENTS ANTISEPTIQUES. — L'antisepsie joue dans le traitement du lupus un rôle beaucoup plus considérable qu'on ne l'admet généralement. Elle a pour but, moins d'agir directement sur l'agent pathologique du lupus, si difficile à atteindre dans les tissus, que d'empêcher l'accès,

la pullulation des agents d'infections secondaires qui viennent aggraver l'infection primaire et parfois produisent des accidents infectieux à distance.

Si le terrain joue un rôle dans l'évolution du tubercule lupique, dans son ramollissement et son ulcération, celui des agents pyogènes d'origine externe est plus grand encore. La bactériologie le démontre surabondamment (Leloir), et j'en ai plus d'une fois obtenu la preuve clinique en obtenant par les seules applications antiseptiques la cicatrisation d'ulcérations lupiques anciennes et rebelles. Les cicatrisations rapides survenues après les scarifications dans les lupus végétaux et ulcérés sont dues, ce me semble, en partie aux pratiques antiseptiques qu'on leur associe plus ou moins consciemment et trop parcimonieusement en général.

Le premier soin d'un médecin, en présence d'une ulcération lupique recouverte de croûtes, doit être de faire tomber celles-ci : il pourra alors seulement être renseigné sur la disposition réelle des lésions, sur leur étendue, leur profondeur, les caractères de l'ulcération.

Si les croûtes sont peu épaisses et peu étendues, la curette ou le racloir de Vidal suffisent. Si elles sont épaisses et cachent de larges surfaces, il faut d'abord les ramollir au moyen de cataplasmes de fécule de pommes de terre, et mieux encore, au moyen de pulvérisations tièdes de liquides légèrement antiseptiques (eau boriquée, solution de sublimé à 1/4000, solution de phéno-salyl à 1/500, etc.) prolongées pendant dix à quinze minutes, répétées matin et soir et suivies d'applications de pansements humides. Au bout de deux ou trois pulvérisations, les croûtes sont tombées et on peut poser les indications du traitement.

La plupart des dermatologistes commencent alors le traitement actif, chirurgical du lupus. Sauf exception, par exemple dans des lupus à marche rapide, risquant d'envahir des organes importants et contre lesquels il convient de lutter de suite, ou chez des malades qui exigent un traitement immédiat, je pense qu'il y a avantage à attendre quelques jours au moins avant d'intervenir chirurgicalement. Très fréquemment, sous l'influence de pansements antiseptiques humides, les bourgeons s'affaissent, l'ulcération se restreint, quelques points de sa surface se cicatrisent, la limitation du champ d'action chirurgicale compense largement cette temporisation.

Ces pansements antiseptiques ne doivent pas être irritants, sous peine d'aller à l'encontre de leur but : nous donnons la préférence au sublimé, à l'acide borique, au phéno-salyl, à la condition qu'ils soient tolérés ; parfois nous nous contentons d'eau bouillie ou d'infusion de camomille.

Le pansement doit être renouvelé deux fois par jour et précédé d'un lavage des surfaces suppurantes avec une solution antiseptique, fait avec précaution. Il est complété par un morceau de taffetas gommé ou de gutta-percha, de forme appropriée, suffisamment large pour empêcher sa dessiccation et son adhérence à la peau ; c'est là le point le plus difficile à obtenir des malades, lorsque le lupus siège à la face et que le pansement couvre les yeux ou gêne les mouvements de la bouche; mais il faut l'exiger. Il faut également exiger que ce pansement soit conservé constamment.

Si les ulcérations sont peu étendues, ce pansement suffira souvent à leur cicatrisation, surtout si on aide son action par des attouchements au nitrate d'argent.

A toutes les périodes du traitement du lupus, la cicatrisation complète des surfaces malades dans l'intervalle des interventions actives est le but que doit d'abord se proposer le médecin, parce que c'est le moyen le plus sûr de mettre à l'abri contre les infections pyogènes exogènes. C'est également le moyen d'avoir toujours à la surface des lésions cautérisées et scarifiées, le plus possible de ces îlots épidermiques qui facilitent la production de cicatrices lisses.

Les pansements humides ont parfois, lorsqu'ils sont appliqués longtemps sans interruption, l'inconvénient de macérer l'épiderme, de le rendre friable et de retarder la cicatrisation ; en pareil cas, il convient de les suspendre et de recourir à l'emploi des pommades antiseptiques, ou mieux, et surtout lorsque les ulcérations sont peu étendues, au pansement sec avec des poudres antiseptiques ou absorbantes : iodoforme, salol, aristol, dermatol, sous-nitrate de bismuth, sous-carbonate de fer, etc., qu'on emploie incorporées à la gaze, ou qu'on maintient avec un pansement ouaté ou avec des emplâtres adhésifs. De la sorte, on arrive, avec un peu de tact ou quelques tâtonnements, à faire cicatriser un plus grand nombre d'ulcérations des surfaces lupiques.

Il y a cependant des ulcérations rebelles, bel et bien lupiques, c'est-à-dire tuberculeuses et uniquement tuberculeuses, contre lesquelles ces topiques sont insuffisants et qu'il faut attaquer par des méthodes plus actives.

Les emplâtres adhésifs sont fréquemment employés pour le pansement des ulcérations lupiques. Nous les considérons comme très inférieurs aux pansements humides. Ils entretiennent la suppuration, sans avantage autre que celui de s'opposer très imparfaitement à l'accès des germes extérieurs. Ils peuvent cependant être tolérés chez les sujets auxquels leurs occupations ne permettent pas de conserver un pansement plus correct, mais à la condition d'être renouvelés au moins une fois par jour après lavage de la surface avec une solution antiseptique, de préférence la liqueur de Van Swieten.

Lorsque le lupus n'est pas ouvert, l'antisepsie cutanée n'a pas perdu tous ses droits. Les lavages quotidiens avec une solution antiseptique, faiblement alcoolisée, permettent de maintenir l'épiderme à l'abri des infections exogènes.

II

Topiques et caustiques. — Une innombrable série de *pommades* variées a été proposée contre le lupus. Aucune, on peut le déclarer sans crainte, n'a jamais produit la guérison, même temporaire, d'un seul cas de lupus. Je m'asbtiendrai donc de les signaler, ne voulant pas éveiller, dans l'esprit du lecteur, l'idée qu'elles peuvent avoir quelque utilité.

Je serais presque tenté d'en dire autant des *emplâtres*, si des auteurs considérables ne les avait recommandés récemment encore. Certains de ces emplâtres, en vertu des substances irritantes qui entrent dans leur composition comme les emplâtres à l'acide pyrogallique, à la créosote, à l'acide salicylique, etc., peuvent cependant provoquer une exfoliation épidermique, arriver au contact des éléments lupiques, et en produire l'élimination, mais toujours, lorsqu'ils sont assez actifs pour atteindre ce résultat, ils donnent lieu à des ulcérations se cicatrisant d'une façon plus ou moins vicieuse;

la guérison, si elle se produit, est acquise au prix de difformités souvent considérables.

En réalité, sauf l'antisepsie cutanée, qui provoque la cicatrisation des ulcérations sans guérir le lupus, il n'y a d'espoir à fonder que sur l'emploi des caustiques et des procédés chirurgicaux.

Les *caustiques chimiques* ont longtemps constitué la base du traitement local actif du lupus et sont encore employés par un certain nombre de dermatologistes. Pour la plupart des auteurs, cependant, leur rôle est très restreint et se réduit presque à celui d'adjuvants du traitement chirurgical dans certaines conditions déterminées.

Les caustiques les plus divers ont été tour à tour employés : pâte de Vienne, caustiques arsenicaux, chlorure de zinc, acides azotique, chlorhydrique, lactique, acétique, pyrogallique, chrysophanique, naphtol camphré, mercuriaux, etc.

Les pâtes caustiques sont aujourd'hui à peu près unanimement rejetées : détruisant indistinctement (même celles auxquelles on attribue plus ou moins gratuitement des propriétés électives) et profondément les tissus sains et morbides, elles laissent des cicatrices irrégulières, difformes et sont bien inférieures aux caustiques liquides.

Parmi les acides, on n'emploie plus guère que l'acide lactique qui agit moins efficacement dans le lupus vulgaire que dans d'autres formes de tuberculose cutanée, mais qui est très utile dans le lupus des muqueuses.

L'acide pyrogallique, vanté par Schwimmer (de Buda-Pesth) peut être employé soit en pommades, à 10 p. 100, soit en emplâtres à 10 p. 100 additionnés d'acide salicylique, soit en solution éthérée concentrée qu'on laisse évaporer et dont on recouvre le résidu avec une couche de traumatinine (Besnier) ; il semble avoir une action élective sur les tissus lupiques, mais il est assez douloureux et laisse à sa suite des cicatrices difformes, alors même qu'on surveille attentivement la réparation des pertes de substance.

Le naphtol camphré peut servir de topique sur des surfaces lupiques ulcérées, mais ne nous a pas paru préférable à d'autres substances.

Le chlorure de zinc pur ou étendu de son volume d'eau est un bon caustique agissant sur les tissus morbides, et respectant à peu près complètement la peau saine à condition de ne le laisser agir que pendant une heure ou deux, de le remplacer, après lavage soigneux, par un pansement humide ; mais il a comme les autres caustiques l'inconvénient de produire des cicatrices irrégulières, moins bridées cependant que la plupart de ses congénères. Il constitue à notre avis le meilleur caustique adjuvant des interventions sanglantes par la curette.

Les caustiques ont, sur les méthodes sanglantes, l'exérèse exceptée, l'avantage de détruire vite des portions étendues de tissus lupiques et d'en amener dans un temps assez court la cicatrisation. Les cicatrices vicieuses qui leur succèdent ne sont pas sans inconvénient sur les régions découvertes, de sorte que leur emploi se limite presque au lupus des membres. A la face, il est des régions comme le voisinage de l'œil, où ils sont absolument proscrits; sur d'autres régions du visage, ils peuvent cependant rendre des services ; certains sujets indociles ou très sensibles se livrent, à l'approche du scarificateur ou du cautère, à des mouvements désordonnés qui risquent de porter l'instrument sur des parties du visage qu'il doit respecter ; les liquides caustiques sont mieux supportés et peuvent être appliqués méthodiquement ; il est vrai que la douleur intense et prolongée qui accompagne leur action dépasse de beaucoup celle provoquée par les moyens chirurgicaux, mais il n'y a plus alors à craindre qu'elle fasse dévier la main de l'opérateur.

Le nitrate d'argent rend de grands services dans le traitement du lupus ; son action étant trop superficielle pour détruire les tubercules lupiques, il complète la destruction des tubercules cautérisés avec le feu ou extirpés par la curette et surtout modère le développement des bourgeons charnus après ces interventions. A ce titre, ainsi que M. Besnier y insiste particulièrement, il aide à obtenir des cicatrices régulières ; les crayons mitigés de nitrate d'argent peuvent être taillés en pointe fine pour pénétrer dans toutes les anfractuosité d'un tubercules mis à nu, ou promenés sur la plaie. Le passage immédiat d'un crayon de zinc métallique, qui au contact de la couche de sel d'argent met son acide en liberté et fait agir celui-ci à l'état naissant sur les bourgeons charnus, renforce son action caustique.

III

TRAITEMENT CHIRURGICAL. — *L'extirpation* serait incontestablement le procédé de choix si elle était applicable au lupus vulgaire, comme elle l'est à nombre d'épithéliomas cutanés ; mais il est loin d'en être ainsi : les lésions lupiques s'étendent au delà des points où elles se révèlent par des signes macroscopiques ; en outre, elles siègent fréquemment dans des régions où on ne peut songer à faire une large perte de substance laissant après elle une cicatrice étendue, qui en modifie l'aspect. Aussi, l'extirpation n'est-elle applicable qu'aux lupus circonscrits des régions couvertes ; et encore doit-elle être assez large pour en dépasser les limites en tous sens, surface et profondeur, et si considérable qu'ait été le traumatisme opératoire, n'est-on pas toujours à l'abri d'une récidive locale.

Pour pallier aux inconvénients d'une exérèse étendue, on a eu recours aux greffes de Thiersch. Ce procédé, appliqué au traitement du lupus par Senger, Eisselberg, Roux, Hahn, Baur, Schiff, etc., leur a donné, paraît-il, des résultats remarquables. Voici, d'après M. Castex (1) qui a pu constater son efficacité, le manuel opératoire de cette intervention : après chloroformisation, on enlève au bistouri un lambeau de peau lupique d'une étendue de sept à huit centimètres carrés comprenant le tissu cellulaire sous-cutané ; l'hémostase est obtenue par le pincement des artères et par l'application sur les surfaces cruentées d'une couche épaisse de gaze aseptique que l'on comprime fortement pendant un quart d'heure avec le plat de la main et, quand elle est complète, on enlève, par des mouvements de zig-zag, au moyen d'un grand rasoir plat sur l'une des faces, légèrement concave sur l'autre, des lambeaux épidermiques de 2 centimètres de large sur 10 de long, sur le devant de la cuisse ; ces bandelettes sont plissées sur le rasoir : on les dépose ainsi, puis on les déploie à la place du lambeau lupique excisé, et on recouvre ainsi totalement la perte de substance, puis on applique une couche de protective et un pansement humide à la gaze aseptique imbibée d'eau stérilisée, que l'on renouvelle tous les jours et que l'on rem-

(1) CASTEX. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, sept. 1891.

place au cinquième jour par une couche d'huile aseptique recouverte de gaze. L'absence de suppuration est une condition pour le succès. La greffe se soude peu à peu, la peau prend d'abord un aspect peu satisfaisant, rugueux et grisâtre ; mais dans la suite, au bout d'un temps assez long, elle reprend un aspect normal. L'extirpation d'un lupus se fait en cinq ou six opérations semblables.

Reste à savoir s'il ne survient pas de récidives, quelque large qu'ait été l'ablation des tissus lupiques. Nous ne croyons pas, pour notre part, que cette méthode soit applicable aux lupus de la face et, pour les lupus larges des membres, elle ne nous paraît pas sensiblement supérieure aux autres modes d'intervention.

Le *râclage* a été introduit dans la thérapeutique du lupus par Volkmann, et a eu pendant un certain temps une vogue considérable.

Volkmann se servait des curettes arrondies ou ovalaires de 1 centimètre 1/2 à 2 centimètres de diamètre, qui portent son nom, avec lesquelles il extirpait tous les tissus lupiques et ruginait énergiquement les surfaces malades. L'emploi des petites curettes de B. Squire, des curettes perforées de M. Besnier, plus faciles à vider, du râcloir de Vidal a permis d'étendre les applications du râclage et de l'adapter au traitement des lupus plus étendus, à l'extirpation des tubercules lupiques disséminés auxquels la curette de Volkmann était inapplicable.

De là sont nés deux procédés de râclage appliqués au traitement du lupus, qui peuvent être désignés sous le nom de rugination et de curetage (E. Besnier).

La *rugination*, encore très en honneur en Allemagne, se pratique avec la curette tranchante de Volkmann, tenue fermement dans la main, maniée perpendiculairement à la surface tranchante de la curette avec laquelle on extirpe tous les tissus morbides ; la résistance du derme sain empêche l'instrument de le pénétrer, et avec un peu d'habileté on évite toute destruction inutile de la peau normale. L'hémorragie en nappe, souvent abondante, qui se produit alors, s'arrête facilement sous l'influence d'une compression légère avec des tampons d'ouate hydrophile trempés dans une solution antiseptique ou passés à l'autoclave (l'ouate hydrophile sèche laisse sur la plaie des filaments adhérents, difficiles à arracher complètement). Lorsque l'hémorragie est arrêtée, on complète le râclage soit avec une grosse curette, soit avec un instrument moins volumineux, et on extirpe les tubercules qui ont échappé à la rugination ; c'est surtout sur les bords de la plaque que cette rugination secondaire, de perfectionnement, doit être pratiquée avec soin ; puis, après une nouvelle hémostase avec l'ouate, on badigeonne toute la surface cruentée soit avec une solution de nitrate d'argent au 50e, soit avec une solution de chlorure de zinc au 10e, afin de détruire les tubercules lupiques que le grattage a incomplètement détruits ou laissé persister dans la plaie. Un pansement à la gaze salolée ou iodoformée, complété par une épaisse couche d'ouate, est appliqué sur la région opérée et remplacé au bout de trois ou quatre jours par un pansement semblable qu'on renouvelle ensuite tous les jours ou tous les deux jours et à chaque changement de pansement on cautérise au nitrate d'argent les bourgeons charnus exubérants.

La rugination, ainsi comprise, est une véritable opération chirurgicale, qui nécessite presque toujours l'anesthésie du malade, quoique nous l'ayons faite sans chloroformisation pour des lésions limitées chez quelques sujets exceptionnellement courageux. La cautérisation qui la suit provoque des douleurs vives persistant pendant plusieurs heures.

Les résultats immédiats sont des plus remarquables : de larges surfaces, recouvertes de tubercules lupiques confluents, sont remplacées, dans l'espace de douze à quinze jours, par une cicatrice d'autant plus belle qu'on en a mieux surveillé la formation et sur laquelle on ne voit pas de traces de tubercules lupiques.

Ce mode d'intervention est cependant loin de donner des résultats parfaits et d'être applicables à tous les cas de lupus.

En premier lieu, la cicatrice qui lui succède, même dans les cas les plus favorables, est lisse, unie, décolorée, ne donne pas l'illusion d'une peau saine, elle est trop régulière et déparerait singulièrement le visage, de sorte que cette opération doit être réservée presque exclusivement aux lupus des membres.

En second lieu, cette cicatrice, au bout d'un temps plus ou moins long et d'autant plus court que la rugination a été moins énergique, est envahie par de nouveaux tubercules lupiques : d'abord peu volumineux et disséminés, développés surtout sur les bords, ils se multiplient ensuite et finissent par recouvrir toute la surface précédemment atteinte par le lupus et, si on ne les détruisait au fur et à mesure de leur développement, le bénéfice de l'opération ne tarderait pas beaucoup à être entièrement perdu.

Malgré ces derniers inconvénients, que la rugination partage d'ailleurs avec les autres modes de traitement du lupus, cette opération nous semble mériter plus de confiance qu'on ne lui en accorde généralement en France ; elle nous a donné, comme à M. A. Broca (1), des résultats immédiats trop beaux pour que nous puissons nous en priver. Mais il ne faut pas lui demander plus qu'elle ne peut donner : elle constitue un moyen d'obtenir, en une seule séance, la disparition temporaire de lésions lupiques étendues, saillantes ou non, scléreuses ou non, de provoquer la cicatrisation régulière d'altérations que les autres procédés, même maniés énergiquement sous le chloroforme, n'auraient jamais améliorées rapidement. C'est une opération brillante comme résultats initiaux, ce n'est pas un mode de traitement radical du lupus.

Le *curetage* a moins de prétentions que la rugination : s'effectuant avec des instruments de moindres dimensions, il ne cherche guère qu'à atteindre les petits tubercules lupiques disséminés dans la peau saine et dans des cicatrices anciennes. Au moyen d'une curette de B. Squire ou d'une curette fenêtrée de Besnier, on pénètre dans la logette occupée par le tubercule qu'on fouille en tous sens et dont on extirpe le contenu : on cautérise ensuite, soit avec une solution de nitrate d'argent, soit avec une solution de chlorure de zinc, soit mieux encore avec un crayon de nitrate d'argent mince et pointu, ou bien on promène sur les parois de la cavité une pointe fine de galvano-cautère, puis on recouvre d'un pansement antiseptique ou d'une rondelle d'emplâtre de Vigo, ou d'emplâtre adhésif quelconque, qu'on renouvelle chaque jour en ayant soin de modérer le bourgeonnement par des attouchements avec le crayon de nitrate d'argent.

Pour les très petits tubercules enchâssés dans les cicatrices de lupus, on peut se servir d'une curette oblongue, de 2 millimètres de long, sur 1 millimètre de large, que

(1) A. Broca. Soc. franç. de dermat., 10 déc. 1891.

M. Dubreuilh (1) fait monter sur un manche mince taillé à huit pans égaux et que l'on peut encore monter sur un manche métallique mince, à cannelures superficielles : en tenant ce manche entre le pouce et l'index, on lui imprime un mouvement de rotation qui le fait agir à la façon d'un drille : ainsi maniée, la curette pénètre facilement à travers l'épiderme qui recouvre un tubercule lupique, dilacère ce dernier et pénètre dans tous ses prolongements.

Le curetage, ainsi limité dans ses applications, peut parfois suppléer la rugination pour enlever des tubercules lupiques exubérants, et préparer la mise en œuvre d'autres moyens de traitement, et surtout pour extirper de petits nodules disséminés; mais ses applications sont en somme très limitées. Lorsqu'on considère que le curetage, opération sanglante, nécessite presque les mêmes précautions antiseptiques que la rugination complète pour détruire des portions de tissus très peu volumineuses, que la cautérisation ignée donne des résultats à peu de chose près identiques avec une rapidité plus grande et une douleur certainement moindre, que de plus il provoque fréquemment la formation de saillies cicatricielles, dures, on est amené à restreindre singulièrement son emploi et, pour notre part, nous le trouvons de beaucoup inférieur à la cautérisation ponctuée.

Les *scarifications*, pratiquées d'abord par Volkmann qui, avec une aiguille à cataracte, dilacérait isolément chacun des tubercules lupiques (scarification ponctuée), sont entrées dans la thérapeutique courante du lupus depuis que Balmanno Squire proposa de remplacer le procédé de Volkmann par des scarifications étendues et parallèles. La méthode de B. Squire, bientôt régularisée et perfectionnée par E. Vidal et par M. Besnier, était, il y a quelque douze ans, employée sur une large échelle à l'hôpital Saint-Louis. Aujourd'hui encore, quoique sa vogue ait diminué, et que les cautérisations ignées proposées par M. Besnier aient singulièrement restreint le champ de ses applications, elle est encore, pour certains dermatologistes, la méthode de choix dans le plus grand nombre des cas de cette affection.

Le scarificateur à lames tranchantes multiples parallèles de B. Squire, abandonné, a été remplacé par l'aiguille à scarifier de Vidal. Celle-ci est constituée par une lame de 25 millimètres de long sur 2 de large, terminée par une pointe triangulaire de 2 millimètres de longueur; la lame, tranchante sur ses deux côtés comme la pointe, est fixée sur un manche métallique aussi léger que possible.

L'instrument doit être maintenu en parfait état de propreté, ses bords doivent être absolument réguliers et leur tranchant parfaitement coupant. Il sera rendu aseptique, soit par le passage à l'étuve, soit par immersion dans une solution phéniquée fort ou dans une solution d'oxycyanure de mercure à 1/200. On devra avoir à portée de la main une quantité suffisante de tampons d'ouate hydrophile sèche, et mieux encore, passés à l'autoclave.

Le malade doit, autant que possible, être couché sur un lit ou sur un canapé résistant, placé bien en face du jour. Quelques dermatologistes opèrent le malade assis : cette pratique nous paraît à la fois gênante pour le médecin, qui est beaucoup moins à l'aise, et auquel le patient risque d'échapper s'il n'est pas solidement maintenu par un aide, et pour le malade qui, pour peu qu'il soit pusillanime, est plus exposé à la syncope ou aux vomissements.

(1) Dubreuilh. *Journ. de méd. de Bordeaux*, 13 sept. 1891, p. 66.

L'anesthésie nous paraît absolument inutile : l'anesthésie générale est, comme le fait observer M. Besnier, trop dangereuse pour pouvoir être employée dans une opération qu'il faut répéter un nombre considérable de fois. L'anesthésie par congélation a l'inconvénient de donner aux surfaces à attaquer une coloration et une consistance uniformes qui ne permettent plus de distinguer les nodules lupiques de la peau saine. La cocaïne est insuffisante (en badigeonnages), dangereuse (en injections sous-cutanées), son emploi complique trop une opération à laquelle les malades se soumettent facilement.

L'opérateur, après avoir procédé à la désinfection de ses mains par les moyens appropriés, désinfecte également le champ opératoire au moyen d'un lavage avec de l'eau savonneuse, puis avec l'alcool boriqué ou salolé, et finalement avec la liqueur de Van Swieten, en laissant en place un tampon d'ouate imbibé de cette solution jusqu'au moment où il va procéder à la scarification. Ces précautions, trop souvent négligées, sont pour nous de rigueur absolue ; la scarification est une opération chirurgicale, et elle doit être exécutée avec toutes les précautions dont s'entourent les chirurgiens, cela, sous peine de voir survenir des accidents, des complications inflammatoires locales, d'ordre microbien, plus fréquentes qu'on ne le pense généralement et qui, pour être souvent légères au point de passer inaperçues ou d'être mises sur le compte de la seule incision des téguments, n'en doivent pas moins être évitées.

La présence d'un aide n'est pas indispensable pour les scarifications; elle est cependant souvent utile; pendant que l'opérateur scarifie une région, l'aide, qui préalablement aura eu soin de se désinfecter les mains, tend les téguments avec ses doigts, ce qui, en diminuant la congestion vasculaire, permet à l'opérateur de discerner plus exactement les tubercules lupiques, souvent noyés dans une surface érythémateuse, et, en outre, diminue dans des proportions très notables l'hémorragie consécutive aux sections de la peau ; en outre, dans certaines régions où la peau est mobile, la tension leur donnera une résistance qui facilitera l'acte opératoire.

La région à scarifier étant entourée de morceaux d'ouate hydrophile sèche, destinés à absorber le sang qui s'écoule des incisions et à l'empêcher de souiller la peau et les vêtements du patient, l'opérateur tient l'instrument entre les doigts à la manière d'une plume à écrire, et, par des mouvements qui se passent exclusivement dans le poignet, le coude et l'avant-bras restant immobiles, exécute sur la surface malade des incisions parallèles les unes aux autres, disposées comme les hachures d'un dessin (E. Besnier). Lorsqu'il a fait une série d'incisions parallèles les unes aux autres, il complète l'opération par une nouvelle série de scarifications croisant les premières à angle aigu, de façon à couvrir la surface malade d'une sorte de quadrillage analogue à celui qui représente les ombres dans un dessin.

En règle générale, on doit commencer les scarifications par les parties les plus déclives, de façon à ne pas être gêné par le sang qui s'écoule des incisions précédentes. Lorsque la surface à scarifier offre une certaine étendue, on procédera par fractions mesurant quelques centimètres carrés de superficie, sur lesquelles on exécutera successivement les deux séries de scarifications qui forment le quadrillage, puis on recouvrira la partie scarifiée d'un tampon d'ouate hydrophile pendant qu'on scarifiera une nouvelle fraction de cette surface. Si les lésions sont très étendues, il y a

avantage à scarifier d'abord leur bordure tout entière, en procédant par fractions de 4 ou 5 centimètres sur lesquelles on exécute des scarifications quadrillées et serrées, puis on attaque la partie centrale où les hachures peuvent être moins rapprochées que sur la bordure.

Il faut toujours avoir soin de manier le scarificateur perpendiculairement à la surface de la peau, ainsi que l'enseigne M. Besnier; de la sorte, on respecte l'épiderme qui recouvre le sommet des papilles et les vallons interpapillaires, et la cicatrisation des incisions, aidée par l'intégrité de cet épiderme, se fait sans laisser aucune trace de l'opération.

La profondeur à laquelle doit pénétrer l'aiguille peut être facilement appréciée, grâce à la résistance différente du tissu lupique et du derme normal : on sent très bien, avec les doigts qui tiennent le scarificateur, si sa pointe est engagée dans un nodule lupique de consistance mollasse ou si elle rencontre le derme sain qui lui oppose une résistance appréciable : dans le premier cas, il faut pénétrer jusqu'à la partie profonde du nodule; dans le second, on ne doit pas chercher à forcer la résistance. C'est dans cette règle, bien facile à comprendre lorsqu'on a l'instrument en main, que se résume presque toute la pratique des scarifications.

L'intervalle à mettre entre les scarifications varie suivant les cas : il doit être d'autant moindre que les tubercules lupiques sont plus rapprochés. S'ils sont confluents, très mous, les scarifications seront très rapprochées, et parfois on pourra les dilacérer avec l'aiguille que l'on fera jouer dans différents sens, combinant ainsi la scarification ponctuée de Volkmann avec la scarification linéaire de B. Squire; s'ils sont plus espacés, on pourra écarter les scarifications. D'une façon générale, l'intervalle des incisions variera entre 1 et 2 millimètres au plus; d'une façon générale, il sera moindre dans la première série de scarifications que dans la série de scarifications obliques aux premières; d'une façon générale aussi, on les rapprochera plus vers les bords des placards qu'à leur centre. La pratique des scarifications apprendra plus d'ailleurs à ce sujet qu'une longue description.

Une fois les scarifications terminées, on enlèvera les tampons d'ouate qui ont été appliqués successivement pendant le cours de l'opération et qui sont imprégnés de sang, on les remplacera par un ou plusieurs tampons d'ouate hydrophile sèche qui seront maintenus avec la main exerçant une légère compression; au bout de quelques minutes, l'hémostase étant assurée par ce moyen, on lavera avec précaution toute la surface opérée au moyen de tampons d'ouate imprégnés de liqueur de Van Swieten. Il ne restera plus qu'à faire un pansement.

Toutes les fois que cela sera possible, le meilleur pansement sera le pansement antiseptique humide, fait avec des compresses ou de l'ouate trempées dans l'eau boriquée, dans une solution de phéno-salyl à 1/500, ou mieux encore, si elle est supportée, dans la liqueur de Van Swieten étendue de moitié ou 2/3 d'eau bouillie; le pansement sera complété par un morceau de taffetas gommé, plus large que les pièces sous-jacentes, puis par de l'ouate et maintenu en place par un bandage approprié. En trois ou quatre jours, la cicatrisation est complète, et on évite tout phénomène inflammatoire et toute complication septique.

Mais, pour des malades non hospitalisés, ce pansement est gênant; ne fût-ce que pour rentrer à leur domicile, ils demandent un appareil moins compliqué, et on est bien obligé de se départir quelque peu des précautions précédentes, d'autant que les séances de scarification doivent être souvent répétées. Les emplâtres rendent alors de grands services : l'emplâtre de Vigo, mince, souple et récemment préparé, lorsqu'il est supporté, et, en cas contraire, l'emplâtre rouge de Vidal, ou mieux l'emplâtre adhésif boriqué, peuvent être appliqués sur les surfaces scarifiées après lavage à la liqueur de Van Swieten et assèchement à l'ouate. Mais, lorsque le sujet est de retour chez lui, il doit appliquer un pansement humide et le conserver pendant la journée de l'opération; les jours suivants, on peut l'autoriser à appliquer de nouveau l'emplâtre pendant le jour, mais pendant les deux nuits suivantes, il doit revenir au pansement humide antiseptique. Ces règles, un peu différentes de la pratique de la plupart des dermatologistes, sont pour nous absolues et peuvent seules mettre à l'abri, à la condition que les pansements soient bien exécutés, contre les complications inflammatoires et septiques.

Si la cicatrisation ne se faisait pas régulièrement, si la plaie se recouvrait de bourgeons charnus exubérants, on aurait recours aux attouchements avec le crayon de nitrate d'argent; mais cette pratique ne devient nécessaire que lorsque la scarification a été faite sur des lupus ulcérés, auxquels, sauf exceptions très rares, cette méthode ne nous semble pas convenir.

Lorsque la cicatrisation est complète, les malades doivent continuer les lavages à la liqueur de Van Swieten pure ou coupée d'eau. Les emplâtres, dont plusieurs dermatologistes vantent l'emploi dans l'intervalle des scarifications, peuvent alors être appliqués, à la condition qu'ils n'irritent pas les téguments et ne provoquent pas leur suppuration; mais, dans le plus grand nombre des cas, leur emploi sera sans utilité.

Les séances de scarification peuvent être répétées dès que les plaies sont cicatrisées, c'est-à-dire au bout de cinq à six jours; lorsqu'on applique cette méthode à des lupus étendus et très actifs, il y a lieu de scarifier toutes les semaines; le résultat est d'autant plus rapide que les séances sont plus rapprochées; dans les lupus moins actifs, lorsque les tubercules sont isolés, on peut les espacer un peu plus.

Les scarifications sectionnent les vaisseaux et après cicatrisation, le calibre de ceux-ci est diminué, la nutrition des nodules lupiques est ainsi modifiée, ils cessent de s'accroître et diminuent de volume; en répétant les séances de scarifications, on finit par avoir une cicatrice remarquablement belle et lisse, de beaucoup supérieure à celles produites par tous les caustiques chimiques.

Un pareil résultat n'est cependant obtenu qu'après un nombre de séances de scarifications souvent considérable et si les scarifications produisent ces résultats définitifs beaucoup plus parfaits que d'autres procédés, elles les font payer par une durée extraordinairement longue du traitement. Les malades qui s'y soumettent doivent donc savoir que le nombre des séances de scarifications est *illimité*.

Cet inconvénient n'est pas le seul, ni surtout le plus grave, du traitement du lupus par les scarifications.

Il en est un autre, sur lequel M. Besnier a tout spécialement insisté, c'est la possibilité de l'infection sanguine par le fait de l'ouverture des vaisseaux et la possibilité d'une généralisation de la tuberculose. On a taxé cette crainte de théorique : quand cela serait, la théorie est assez ration-

nelle pour qu'on lui accorde quelque créance. Pour ma part, je crois que la preuve est faite, et j'ai vu des cas dans lesquels une généralisation à forme de tuberculose miliaire aiguë a paru succéder à des séances de scarification, de même qu'on la voit survenir à la suite du râclage d'une articulation tuberculeuse ou d'un abcès froid. Ces faits me paraissent suffisants pour condamner la pratique des scarifications dans les lupus étendus, avec tubercules volumineux, et surtout dans les lupus végétants.

Ce n'est pas à dire pour cela que la scarification doive disparaître de la thérapeutique du lupus vulgaire. Elle est peu dangereuse, si elle l'est, dans les lupus à nodules disséminés, dans les cicatrices parsemées de petits nodules lupiques, et peut encore, en pareil cas, rendre des services pour compléter une cure commencée par d'autres procédés, alors que l'action de ceux-ci semble s'affaiblir.

Mais sa principale indication est dans les cicatrices vicieuses du lupus : quelques séances de scarifications suffisent à faire disparaître les brides d'apparence chéloïdienne produites par les applications de caustiques et d'emplâtres irritants et à rendre les cicatrices presque aussi belles que celles obtenues à grands frais de temps par les scarifications seules.

Il en est de même lorsque les cicatrices sont vascularisées, de teinte rouge diffuse ou parcourues par des dilatations vasculaires irrégulièrement réparties.

Les scarifications doivent donc être considérées comme un procédé de perfectionnement (Besnier), plutôt que comme un procédé de traitement du lupus vulgaire. Elles s'appliquent surtout, sinon uniquement, au lupus de la face, la localisation aux membres et au tronc ne réclamant pas une cicatrice à beaucoup près aussi parfaite.

La *cautérisation* ignée avait été parfois employée pour détruire extemporanément des tubercules lupiques plus ou moins volumineux, lorsque M. Besnier, en 1882, reprit l'étude de cette méthode et donna bientôt une technique à la fois perfectionnée et pratique des cautérisations ignées dans le lupus, et établit les indications de leur emploi. Au lieu de la méthode brutale qui consistait à cautériser en masse le lupus avec une figure volumineuse, comme le couteau du thermocautère Paquelin, produisant une cicatrice apparente et souvent vicieuse, il fit connaître l'emploi des figures de petites dimensions et surtout des pointes fines du galvano-cautère, grâce auxquelles la destruction porte isolément sur les tubercules lupiques, respectant la peau saine et laissant à sa suite des cicatrices peu étendues, non difformes, pourvu que l'instrument ait été manié avec la modération et la dextérité voulues.

La cautérisation par la méthode de M. Besnier peut s'exécuter avec une pointe fine de thermocautère, de préférence avec la pointe recourbée qu'emploient les oculistes; mais le rayonnement considérable de l'instrument provoque la formation d'une eschare plus étendue que le point d'application, et c'est seulement à défaut du galvano-cautère qu'on doit recourir à l'instrument de Paquelin.

Le manche sur lequel on fixe les cautères doit être léger, en bois ou en caoutchouc durci, et muni d'un verrou pour pouvoir interrompre à volonté le courant.

Les figures de cautères employées par M. Besnier sont, les unes munies d'une seule pointe, les autres (grilles galvano-caustiques) munies de plusieurs pointes se terminant toutes au même niveau et disposées suivant une ligne droite ou en cercles. Les plus utiles sont la pointe simple et les grilles à deux et à cinq pointes espacées de 2 à 3 millimètres.

Pour pratiquer la cautérisation, les figures sont portées au rouge sombre : une température plus élevée risquant de faire fondre le cautère et surtout de provoquer des hémorragies. Néanmoins, même avec le cautère au rouge sombre, on peut avoir des hémorragies en nappe, généralement peu abondantes, lorsqu'on cautérise des lupus mous et fongueux et surtout lorsque le malade fait un effort violent et se livre à des mouvements désordonnés. Aussi doit-on toujours avoir sous la main quelques tampons d'ouate hydrophile sèche pour arrêter cet écoulement sanguin.

Les précautions antiseptiques sont moins nécessaires pour les cautérisations ignées que pour les scarifications : néanmoins il est bon de faire tomber ces croûtes au moyen d'une curette et de recouvrir pendant quelques minutes la surface ulcérée d'un tampon d'ouate imprégnée de liqueur de Van Swieten et même, dans les lupus non ulcérés, de laver la peau comme pour les scarifications : si la cautérisation n'est pas susceptible de faire pénétrer dans les tissus les agents pyogènes existant à la surface de la peau, la chute des eschares laisse des pertes de substance que les parties voisines pourront infecter et il y a tout avantage à les rendre aussi aseptiques que possible.

Le malade étant couché comme pour les scarifications, l'opérateur attaque avec la pointe du cautère les nodules lupiques, en évitant de faire une perte de substance large qui laisserait une cicatrice étendue, déprimée ou vicieuse. Lorsque les tubercules sont confluents, on devra toujours laisser un intervalle de un demi-millimètre au moins entre les bords des cautérisations : les ponts épidermiques ainsi ménagés constituent de petites greffes en miniature (Besnier) qui favorisent la cicatrisation. Lorsque les tubercules lupiques ulcérés forment une surface étendue et bourgeonnante, sans mélange de tissus sains, il n'y a aucun inconvénient à les détruire en totalité, soit par des ponctions répétées avec une pointe unique, soit plus rapidement avec une grille plus ou moins large. Les grilles retrouvent encore leur emploi sur le bord des placards lupiques, sur lesquels on peut les promener perpendiculairement à ce bord sur une étendue de un centimètre environ, en dépassant un peu le bord, dans le but d'atteindre les tubercules lupiques en voie de développement.

La profondeur à laquelle on doit pénétrer est indiquée par la résistance du derme normal : cette résistance est parfaitement perçue, malgré ce que l'on pourrait croire au premier abord, à la condition cependant de manier l'instrument avec une certaine légèreté. Si on ne se laissait pas guider par elle, on risquerait de traverser la peau et d'atteindre le tissu cellulaire sous-cutané dans lequel la pointe s'enfonce sans la moindre résistance et de provoquer des cicatrices très vicieuses.

La cautérisation ponctuée provoque certainement une douleur plus vive que la scarification, cette douleur est cependant supportable, elle est suivie d'une sensation d'ardeur qui se prolonge pendant quelques minutes seulement; elle n'est pas suffisante pour justifier l'anesthésie générale, d'autant que les séances de cautérisation doivent être répétées un nombre assez considérable de fois et qu'on ne peut s'exposer aussi fréquemment aux accidents de la chloroformisation (Besnier). Nous croyons cependant et nous avons mis ce précepte plus d'une fois en pratique

qu'il est parfois nécessaire et légitime d'anesthésier les sujets pusillanimes atteints de lésions lupiques étendues, on peut ainsi, en une seule séance, pratiquer des cautérisations nombreuses, suffisamment profondes, que l'on aurait à grand'peine réussi à faire tolérer en un grand nombre de séances successives; mais cette pratique n'est que l'exception et doit être réservée à des cas bien définis.

L'anesthésie locale, contrairement à ce que nous avons dit plus haut à propos des scarifications, peut être un utile auxiliaire de la cautérisation; inapplicable dans tous les cas de lupus de la face, elle peut être employée dans des lupus des extrémités avec productions papillomateuses dont le reliefindique la place exacte des lésions, alors même que celles-ci sont congelées : c'est au chlorure de méthyle appliqué au moyen de pinceaux de charpie qu'on aura recours pour la produire. Il faut bien savoir que, si l'anesthésie facilite l'opération et permet de la pratiquer sans douleur, la réapparition de la sensibilité est suivie de douleurs extrêmement violentes, persistant pendant plusieurs heures.

Les surfaces cautérisées doivent être, comme les surfaces scarifiées, recouvertes d'un pansement humide et antiseptique ; pendant les premières heures, ce pansement est de beaucoup préférable aux emplâtres qui sont soulevés et décollés par l'exsudation séreuse consécutive à la cautérisation : force est cependant de tolérer ceux-ci pour les malades qui doivent se rendre chez eux en quittant le médecin; mais ils devront être remplacés le plus tôt possible par un pansement humide continué jusqu'à cicatrisation complète. Lorsque l'inflammation provoquée par les cautérisations est vive, on la peut calmer par des cataplasmes de fécule de pommes de terre préparés à l'eau boriquée, appliqués pendant la nuit.

La cicatrisation doit être surveillée de près : les bourgeons charnus exubérants sont cautérisés au nitrate d'argent tous les jours ou tous les deux jours, à partir du troisième jour.

Grâce à ces soins, la cicatrisation est complète et régulière dans l'espace de cinq à six jours, si la cautérisation n'a porté que sur des tubercules isolés, un peu plus tardivement si elle a détruit des tubercules agglomérés. En règle générale, on peut faire une nouvelle séance de cautérisation au bout d'une semaine.

Après quelques séances de cautérisation, une surface couverte de tubercules confluents est transformée en une cicatrice parsemée de nodules déterminés et peu volumineux. Mais bientôt les progrès deviennent alors plus lents, moins appréciables. Avec de la persévérance, on parvient néanmoins à obtenir, dans un temps qui varie suivant l'étendue des lésions et qui n'est presque jamais inférieur à plusieurs mois, une cicatrice uniforme dans laquelle on ne constate plus la présence de tubercules lupiques. Ce n'est pas à dire que la maladie soit guérie définitivement; comme avec tous les procédés de traitement, la cicatrice sera ultérieurement le siège de récidives, qu'on devra combattre aussi près que possible de leur début.

Cette cicatrice, et c'est là un point essentiel, varie beaucoup d'aspect suivant l'habileté avec laquelle le traitement a été fait; mais on peut dire, qu'avec une attention suffisante, tout médecin qui a quelque habitude du galvanocautère obtient une cicatrice régulière, qui, en quelques mois, devient aussi lisse et aussi souple que celle produite par les scarifications, à la condition que la réparation des surfaces cautérisées ait été surveillée attentivement. S'il nous fallait choisir une méthode exclusive de traitement du lupus, c'est incontestablement la cautérisation ignée que nous prendrions.

Il est des cas cependant où, après un certain nombre de séances de cautérisations, le processus de guérison semble se ralentir; on ne constate plus de tendance à l'amélioration. Il convient alors d'associer les scarifications à l'emploi du galvano-cautère, ou de remplacer pendant quelques semaines ce dernier par des séances de scarification, quitte à revenir ultérieurement à la cautérisation : de la sorte, on active la guérison et on la mène bien plus rapidement que si l'on s'était borné à la mise en œuvre d'un traitement uniforme; mais il ne faut recourir à cette méthode mixte, dont M. Brocq a fait voir toute la valeur, que si les tubercules lupiques sont déjà peu nombreux, et, par conséquent, les chances d'infection sanguine réduites au minimum.

Parfois aussi, mais plus rarement, on associera le curetage aux cautérisations : c'est lorsqu'on voit des tubercules de petit volume persister indéfiniment aux mêmes points et qu'on est amené à se demander si ces taches minimes ne correspondent pas à des tubercules poussant des prolongements profonds que la cicatrice dissimule et que le cautère ne peut atteindre; en pareil cas, la curette fine de M. Dubreuilh permet d'aller à la recherche de ces petites fusées lupiques et de les extirper.

L'*électrolyse* a été appliquée au traitement du lupus vulgaire par plusieurs dermatologistes étrangers, notamment Gartner, Lustgarten, Hardaway, G.-T. Jackson (1), Bowen (2). La plupart de ces auteurs recommandent d'introduire dans les tubercules lupiques des aiguilles ou de placer sur les taches lupiques une électrode métallique reliée au pôle négatif d'une pile à laquelle on fait fournir un courant de 5 à 10 milliampères et de faire passer ce courant pendant cinq à dix minutes. Lorsqu'on emploie les plaques, l'action de l'électricité respecte les parties saines de la peau. On obtiendrait ainsi de fort belles cicatrices, moins sujettes aux récidives que celles obtenues par les autres méthodes. Dans les quelques essais de ce genre que nous avons tentés, l'opération ne nous a pas paru aussi peu douloureuse que le déclarent quelques-uns de ses partisans; la longueur des séances a bientôt rebuté la patience des malades, qui ont demandé à revenir aux traitements antérieurs. Nous ne saurions donc formuler sur cette méthode une opinion personnelle; mais, jusqu'à nouvel ordre, nous ne pouvons la recommander.

Il resterait encore à préciser les indications particulières qui résultent du siège du lupus sur les diverses régions et de sa forme clinique : les éléments de ces indications se trouvent dans la critique que nous avons faite de chacun des procédés de traitement. Si on y ajoute les notions que fournissent les traités de chirurgie sur les opérations plastiques propres à réparer les difformités engendrées par le lupus, on aura toutes les données nécessaires pour traiter un cas de lupus. L'exposé que nous pourrions en faire nous entraînerait hors des bornes d'une simple Revue.

(1) Jackson. *Journ. of cutaneous and genito-urinary diseases*, 1890, p. 416.

(2) Bowen. *Boston Med. and Surg. Journ.*, 28 juillet 1892.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 6 juin 1894. — Présidence de M. Championnière.

RAPPORTS

Trépanation secondaire au deuxième mois après une fracture étendue du crâne. — M. Segond fait un rapport sur une observation de M. Verchère. Il s'agissait d'un enfant de six ans qui, deux mois auparavant, avait été atteint d'un coup de pied de cheval au niveau de la région temporale droite. La perte de connaissance fut immédiate et complète. Elle dura deux heures. Quatre heures après survinrent des vomissements. Dès ce moment, on a constaté la paralysie de la jambe et du bras gauches. Chute la paupière droite. Le bras droit était agité de mouvements de flexion rythmiques. La connaissance complète ne revint qu'au bout de quatre à cinq jours. A ce moment, le côté droit était atteint de véritables convulsions. Les attaques duraient environ une heure et se répétaient plusieurs fois par jour. Peu à peu, les attaques spontanées cessent. — Ces renseignements sont donnés par les docteurs Lemonnier (de Flers) et Bonnet, qui soignaient l'enfant à ce moment. Deux mois après, on trouve l'enfant complètement paralysé du côté gauche. Les doigts sont fermés dans la main et on perçoit une certaine difficulté pour les étendre. Pas de contracture dans le membre inférieur. Mais si l'on soulève la jambe et qu'on redresse brusquement le pied, on provoque une crise de trépidation jacksonnienne.

En examinant le malade, on trouve une large dépression s'étendant depuis la partie moyenne du sourcil droit jusqu'au niveau de l'oreille, sur une ligne horizontale située à trois travers de doigt à peu près au-dessus de l'oreille. On sent, sur toute la moitié antérieure, une saillie formée par un chevauchement de la lèvre inférieure de la fracture sur la supérieure. La moitié postérieure est fermée par une surface irrégulière, formée de saillies et de dépressions.

La trépanation est faite avec l'aide des docteurs Lemonnier et Bonnet, le 28 octobre 1892. L'incision de la peau montre un chevauchement de toute l'extrémité antérieure de la fracture. Avec la pince coupante, M. Verchère enlève à peu près 1 centimètre tout autour de la dépression. Au-dessous, on trouve un fragment se présentant par sa tranche, situé perpendiculairement à la ligne de fracture, qui ne peut être extrait qu'après avoir agrandi la trépanation. Le fragment, long de 3 centimètres et large de 1, était enfoncé dans la substance cérébrale.

Pendant la régularisation des bords de la perte de substance osseuse, la méningée moyenne est blessée par la pince coupante. Une hémorragie immédiate et abondante se produit. Impossibilité absolue de saisir l'artère. Après diverses tentatives, il fallut se résoudre à se contenter d'un tamponnement sur la base du crâne avec de la gaze iodoformée. L'hémorragie s'arrête. Pansement.

Les suites furent extrêmement simples. L'enfant guérit sans réaction aucune. Au douzième jour, le docteur Lemonnier enleva le tamponnement. La gaze avait adhéré au cerveau et un fragment de substance cérébrale dut être réséqué au moment de l'ablation de cette gaze. La cicatrisation par première intention était complète, sauf au niveau du point où fut retiré le tampon.

Au moment où le petit malade se réveilla, on put constater que les mouvements étaient possibles dans le membre supérieur. Au troisième jour, la jambe avait retrouvé des mouvements.

Les crises d'épilepsie n'ont plus reparu. Peu à peu, la paralysie disparut et le petit malade, présenté à la Société de chirurgie quinze jours après, avait retrouvé l'usage de ses membres. Il a été revu, il y a quelques jours, et la guérison reste complète, sans accidents tardifs.

Deux points peuvent être relevés dans cette observation. D'une part, la nécessité d'intervenir comme l'a conseillé récemment M. Gérard Marchant dès l'accident. Ici le malade ne fut opéré que deux mois après l'accident, c'était déjà tard et l'on doit d'autant plus se féliciter du résultat obtenu.

D'autre part la difficulté d'arrêter une hémorragie due à la section de la méningée moyenne, qui a entraîné la nécessité d'avoir recours à un tamponnement qui a dû être laissé douze jours en place.

Les faits d'esquilles enfoncées dans la substance cérébrale et trouvées immédiatement après l'accident ne sont pas extrêmement rares, mais ce qui, dans le cas particulier, donne un intérêt à l'observation de M. Verchère, c'est le séjour prolongé, deux mois, de cette esquille, séjour qui n'a entraîné aucun trouble consécutif après l'ablation qui en a été faite.

M. Routier cite le cas d'un homme tombé dans une cave et qui fut dans le coma deux ou trois heures après. Pensant à une compression lente, il fit la trépanation primitive.

Il trouva et enleva un fragment enfoncé dans la substance cérébrale. Mais la méningée moyenne a été sectionnée. Ne pouvant ni pincer, ni lier l'artère, M. Routier eut recours au tamponnement. Le malade guérit.

M. M. Sée s'explique difficilement les phénomènes paralytiques présentés par le malade de M. Verchère, le fragment ne semblant pas s'être enfoncé au niveau des centres moteurs situés autour de la scissure de Rolando.

M. Lucas-Championnière dit que, dans le cas de M. Verchère, l'opération a été faite deux mois trop tard. Il ne doute pas que, si M. Verchère avait été appelé immédiatement après l'accident, il eût fait la trépanation primitive. Le tamponnement contre l'hémorragie artérielle est parfois rendu nécessaire. Il peut en être de même pour les hémorragies veineuses. La gaze iodoformée peut rendre de grands services. Cependant M. Championnière préfère le tamponnement préconisé par Lister au moyen du catgut, dont on n'a plus à se préoccuper et qui reste en place.

L'enfant a été présenté après quinze mois. Il paraît donc à l'abri des accidents tardifs. Au reste, l'enfant supporte mieux que l'adulte les traumatismes cérébraux.

Dans les relevés de la guerre de Sécession, on a constaté que les sujets ayant ultérieurement des accidents de sclérose tardifs étaient ceux qui avaient été opérés tardivement. Ceux opérés primitivement ne semblaient pas avoir présenté aussi souvent ces accidents.

M. Schwartz admet avec M. Championnière que la trépanation, dans la grande majorité des cas de fracture compliquée du crâne, doit être primitive.

Relativement à la difficulté d'arrêter les hémorragies, il a eu l'occasion, chez un malade qui présentait une blessure du sinus longitudinal, d'avoir recours au tamponnement et il l'a fait avec du catgut, lequel a donné le meilleur résultat.

M. Segond croit que la localisation n'a pu être constatée au moment de l'intervention par M. Verchère. Cependant les phénomènes de paralysies et de contractures peuvent se comprendre assez facilement, étant donné l'étendue de la fracture qui présentait une longueur de 5 à 6 centimètres, au niveau de la région antéro-latérale.

Quant au tamponnement, c'est une méthode de nécessité dans les hémorragies au moment de la trépanation, mais à laquelle on est forcé d'avoir recours devant l'impossibilité où l'on est de placer une ligature ou une pince sur le vaisseau qui donne du sang.

Traitement des anus contre nature et des fistules stercorales. — M. Chaput. M. le docteur Mordret (du Mans) a envoyé à la Société une très intéressante observation d'anus

crural consécutif à une hernie gangrenée, qu'il a traité et guéri par la suture par abrasion.

Voici le résumé de cette observation : il s'agit d'une femme de cinquante ans, à qui M. le docteur Gougaud a fait, il y a dix ans, un anus contre nature pour une hernie crurale droite étranglée et gangrenée. Quelques mois plus tard, M. le docteur Gougaud appliqua l'entérotome et fit ensuite l'avivement et la suture de l'orifice. A la suite de cette opération, la fistule resta complètement fermée pendant une vingtaine de jours, puis une fistule s'établit, qui s'agrandit de plus en plus jusqu'à reproduction de l'état primitif.

Une seconde tentative, précédée également d'une application d'entérotome, échoua dans les mêmes conditions.

Depuis quelques mois, l'orifice s'est agrandi et la malade est obligée de porter une pelote pour empêcher, dans la mesure du possible, l'écoulement des matières ; par l'anus vrai, la malade rend chaque jour des matières et des gaz.

Au moment de l'examen de M. Mordret, la malade présentait, dans la région crurale droite, un orifice bordé de muqueuse, mesurant le diamètre d'une pièce de 2 francs. La peau voisine est convertie en tissu de cicatrice dans une zone de 5 centimètres tout autour de la fistule.

Le doigt introduit a quelque peine à sentir les restes de l'éperon et à s'engager dans les deux bouts ; une sonde œsophagienne pénètre profondément dans les bouts supérieur et inférieur.

Après avoir soumis la malade au régime lacté pendant plusieurs jours, à des lavages de la fistule à l'eau boriquée et lui avoir donné du naphtol (1 gramme par jour), M. Mordret procède à l'opération le 4 décembre 1893.

La malade est anesthésiée à la cocaïne (solution à 1/100 en injections, à 1/20 pour les attouchements). M. Mordret exécute alors une incision circulaire à 4 centimètres de l'orifice ; il décolle la peau et libère l'intestin dans une étendue de 1 centimètre et demi. Il avive largement les bords de l'intestin, décolle la muqueuse, l'invagine en dedans et la fixe dans cette position par des sutures à la soie fine. Il suture ensuite, face interne contre face interne, les musculeuses avivées ; un drain de sûreté est placé dans l'intestin à la partie externe ; la peau est suturée aux crins, un autre drain est placé sous la peau à la partie interne. La malade est mise à la diète absolue pendant la première journée ; on lui administre aussi de l'opium. Pendant la nuit, on lui permet quelques gorgées d'eau. A partir du deuxième jour, alimentation lactée. Le sixième jour, calomel et lavements. Le dixième, ablation des fils.

Dès le lendemain, on trouvait dans le pansement quelques matières qui s'étaient écoulées par le drain externe et le drain interne était supprimé.

Le drain intestinal fut peu à peu diminué, puis supprimé au bout d'une quinzaine de jours ; le trajet fistuleux, après quelques cautérisations au nitrate d'argent, se ferma complètement.

Elle revint chez elle, le 6 janvier, complètement guérie ; M. Mordret a appris depuis qu'elle avait éliminé encore un point de suture et qu'il s'était écoulé un peu de matières, mais que cette fistulette s'était rapidement fermée sous l'influence des cautérisations argentiques.

Cette observation est très intéressante et vient à l'appui de la doctrine qu'il soutient, c'est-à-dire que les anus cruraux sont plutôt justiciables de l'entéro-anastomose que des méthodes anciennes ; en effet, la difficulté de détruire l'éperon, les applications successives d'entérotome, les opérations répétées, constituent de graves inconvénients qui ne vont pas sans des risques considérables. De fait, chez cette malade, on a fait deux applications d'entérotome et trois opérations réparatrices pour fermer la fistule et la malade a vécu dix ans avec son infirmité. Combien eût été plus avantageuse une entéro-anastomose qui l'eût guérie en une séance et sans plus de risques !

L'opération de la suture par abrasion a été conduite par M. Mordret avec une correction parfaite ; la tendance aux fistules paraît avoir été avantageusement combattue par l'emploi du drain intestinal qu'il a recommandé.

A propos de cette observation, M. Chaput indique en passant quelques légères modifications qu'il a fait subir à la technique de l'opération de l'abrasion.

Il conseille de libérer l'intestin, de la paroi dans l'étendue de 2 centimètres, de disséquer la muqueuse sur une hauteur de 1 centimètre, de la rabattre en dedans et de suturer ensemble ses bords par des sutures perforantes hémostatiques, au lieu des sutures non perforantes de Denonvilliers. Il réunit ensuite les musculeuses face à face avec des fils perforants, place un drain intestinal et, sur les conseils de M. Schwartz, ne fait pas de suture de la paroi ; il bourre seulement la plaie à l'iodoforme.

PRÉSENTATION

Résection du cæcum. — M. ROUTIER présente un cæcum qu'il a réséqué pour une affection tuberculeuse.

Opération de Kraske. — M. POZZI présente une malade à laquelle il a fait cette opération pour un cancer du rectum très haut situé. La malade, opérée depuis dix-huit mois, se porte très bien et ne présente aucune trace de récidive.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 2 juin 1894, M. Guillet, professeur à l'École de médecine de Caen, a été nommé officier d'Académie.

— M. le docteur Doillon, adjoint au maire de Vesoul, est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Vesoul.

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 10 juin 1894, aux Abattoirs, rue de Flandre, à neuf heures et demie très précises du matin.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Statistique et observations de chirurgie hospitalière, par le docteur POLAILLON, chirurgien de l'Hôtel-Dieu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris. 1 vol. in-8° de 415 pages avec figures. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

L'art de formuler, par le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ, membre de l'Académie de médecine et du Conseil d'hygiène et de la salubrité de la Seine, médecin de l'hôpital Cochin. Un joli volume in-12 relié de 280 pages. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Examen et séméiotique du cœur. Signes physiques, par le docteur Pierre MERKLEN, médecin de l'hôpital Saint-Antoine. Petit in-8. (*Encyclop. scient. des Aide-Mémoire.*) — Prix : broché : 2 fr. 50. — Paris, G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 68. — MARDI 12 JUIN 1894. 67e ANNÉE. MARDI 12 JUIN 1894. — N° 68.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

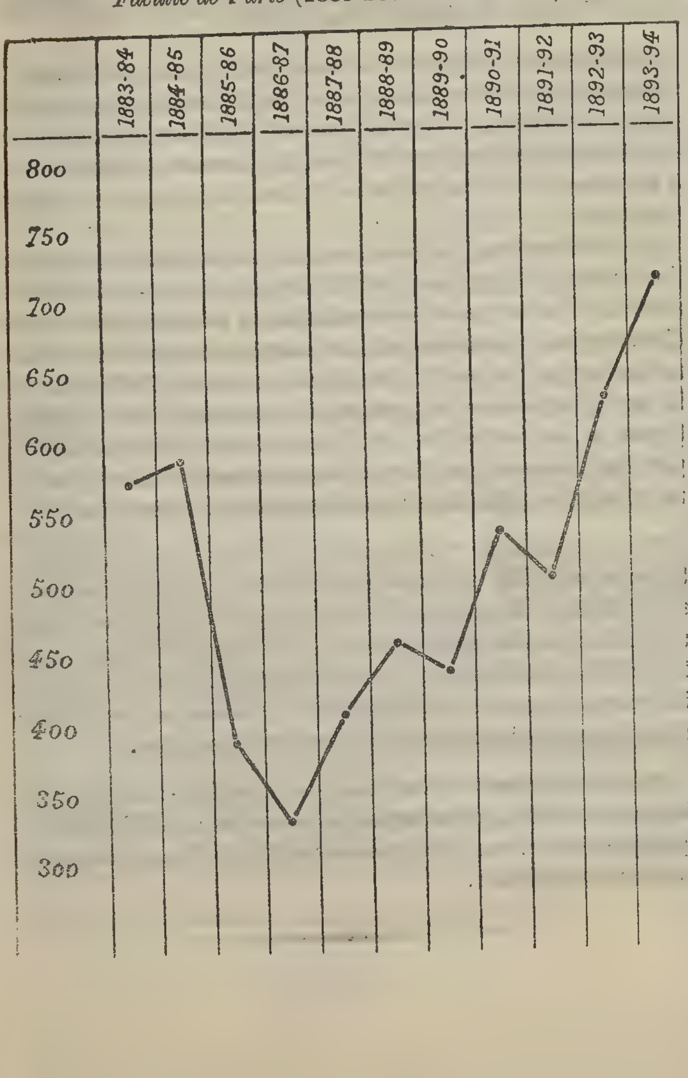
AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 11 juin 1894.

Nous avons déjà, et à plusieurs reprises, attiré l'attention sur l'augmentation progressive du nombre des étudiants en médecine inscrits à la Faculté de Paris. Nous publions aujourd'hui la statistique exacte du chiffre des inscriptions prises chaque année, depuis 1882, ainsi que le nombre des examens subis.

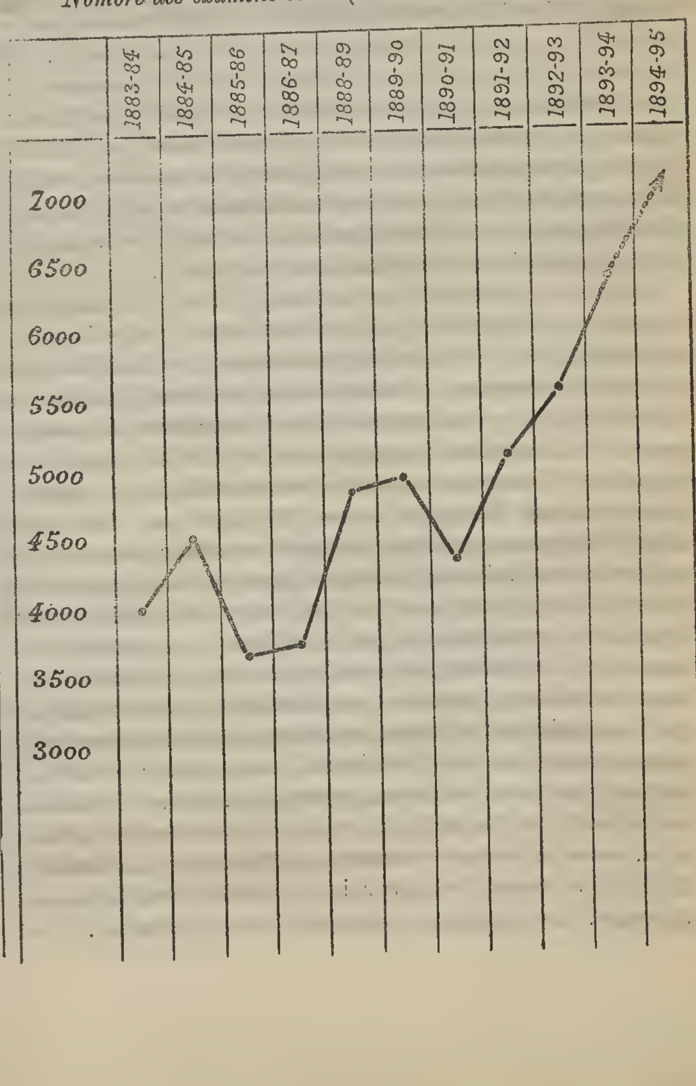
Statistique des élèves ayant pris leur première inscription à la Faculté de Paris (1883-1884 à 1893-1894).



Élèves ayant pris leur première inscription de 1883 *à ce jour et nombre des examens subis pendant cette période.*

Années scolaires.	Nombre d'élèves ayant pris leur 1re inscription.	Nombre des examens subis.
1883-1884.	557	4126
1884-1885.	575	4529
1885-1886.	384	3747
1886-1887.	337	3782
1887-1888.	404	4807
1888-1889.	453	4923
1889-1890.	441	4403
1890-1891.	537	5073
1891-1892.	515	5541
1892-1893.	613	6392
1893-1894.	719	4372 pr le 1er semestre.

Nombre des examens subis (1883-1884 à 1893-1894).



Ces chiffres sont suffisamment éloquents. Cette poussée des étudiants vers notre Faculté est tout à son honneur, et tient, à n'en pas douter, au grand renom et à la haute science des maîtres qui y donnent l'enseignement. Mais pour que la Faculté reste à la hauteur de sa réputation, il est nécessaire qu'elle augmente son personnel enseignant proportionnellement au nombre des étudiants à instruire. Si le nombre des examens à subir chaque année a plus que doublé, depuis dix ans, par contre, le personnel enseignant n'a que peu ou pas augmenté. Les recettes augmentent avec le nombre des inscriptions, mais, en administrateur économe, le ministère n'augmente pas les dépenses, et ce siècle se finira sans qu'il y ait à notre Faculté, ni un professeur, ni un agrégé de plus. Notre école pratique d'anatomie, qui fut quelque temps la première du monde, est en voie de perdre sa belle réputation. On n'y peut plus travailler, les cadavres sont rares, étant donné le nombre des travailleurs. Mais, chose bizarre et moins facile à comprendre, les instructeurs y sont également rares. Le nombre des prosecteurs est trop restreint et il est des pavillons où l'on doit faire appel à l'assistance d'aides de bonne volonté pour donner l'enseignement, et où, pour assister le prosecteur, il n'y a pas un seul aide d'anatomie titulaire, il n'y a que des aides d'anatomie *bénévoles*, pleins de bonne volonté, le titre le prouve, ne demandant qu'à s'instruire et à instruire les autres, mais, n'émargeant pas au budget; et l'on dit tout bas, qu'aux yeux de cette faculté, qui dépense 90000 francs pour son chauffage, cette petite question d'économie n'est pas sans avoir son importance.

Pour assurer le service de plus en plus pénible qui incombe aux agrégés, il y aurait un moyen, qui paraît simple, et qui consisterait à augmenter leur nombre proportionnellement aux nécessités de la situation. Ce moyen on le repousse, en haut lieu; sans prendre en considération que le service des agrégés devient de plus en plus chargé. Le règlement porte qu'un jury d'examen doit être composé de deux professeurs et d'un agrégé. Or, la Faculté de Paris a obtenu, ce que les Facultés de province n'ont pu obtenir, que les jurys pourraient se composer d'un professeur et de deux agrégés. C'est ce qui est maintenant la règle. Le service des agrégés a été ainsi doublé de ce fait; il est vrai que, par compensation, on a réduit leur traitement.

Lorsqu'un professeur est en congé, il est remplacé par un agrégé en exercice qui, pendant cette année de remplacement, fait fonction de professeur. Le nombre des agrégés en exercice, se trouve donc diminué d'autant de titulaires qu'il y a d'agrégés faisant fonctions de professeurs, et il paraîtrait logique que le vide fût comblé en rappelant à l'exercice pendant l'année entière, un nombre correspondant d'agrégés libres. Il n'en est rien. Aux moment de presse, pendant quelques semaines, on rappelle, en service exceptionnel, quelques agrégés. Mais pendant le reste du temps, sept mois sur dix, le service se fait comme il peut. On le voit, il n'y a pas, à la Faculté, de petites économies, et, cependant, les recettes ont dû être bonnes, car, dans ces milliers d'examens qui s'étalent sur les statistiques que nous publions, il y en a peut-être un millier ayant trait à des officiers de santé, subissant, pour obtenir le titre de docteur, leur cinq examens probatoires. Or, ne l'oublions pas, ces officiers de santé ont, avant d'être autorisés à s'inscrire, versé la modeste somme de 1260 francs. La nouvelle loi crée un corps de chirurgiens dentistes officiellement diplômés. Ces examens abondent en ce moment. C'est encore une nouvelle charge, une nouvelle corvée, et si les ressources augmentent de ce côté, car il est à supposer que les examens des dentistes ne sont pas gratuits, on ne crée cependant pas de nouveaux emplois à la Faculté, on se contentera d'encaisser et de répartir la besogne nouvelle.

Il est de la dignité de notre Faculté d'augmenter son personnel enseignant, petit et grand, si elle veut rester à la hauteur de sa réputation, et d'en finir avec ces petites économies indignes d'elles et des trop nombreux étudiants qui viennent se confier à son enseignement.

M. Edgard Hirtz (Société médicale des hôpitaux, séance du 8 juin) a vu à plusieurs reprises la phlébite survenir au début de la tuberculose, et même comme accident prémonitoire de l'infection bacillaire. Ce n'est pas qu'on ne connaisse depuis longtemps la phlegmatia alba dolens, au cours de la phtisie, mais c'est généralement aux phases avancées à la période cachectique, qu'on l'a signalée et qu'on la rencontre. Les observations de M. Hirtz tendent à démontrer que la phlébite peut survenir aussi à la phase initiale. Il est à remarquer que la tuberculose a toujours présenté alors une marche rapide; cela va bien avec les conclusions de Weigert qui tendait à expliquer la tuberculose miliaire par la pénétration de l'élément tuberculeux dans les veines, et, par elles, dans le cœur droit.

La phlébite du début de la tuberculose aurait une évolution plus rapide que la phlegmatia alba dolens cachectique.

M. Hirtz pense qu'il faut se défier de la phlegmatia alba dolens chez les chlorotiques; elle pourrait bien quelquefois n'être que la première manifestation d'une infection bacillaire, dont les manifestations ultérieures pourront suivre, à délai en général assez rapide.

M. Gilles de la Tourette a fait le relevé des cas étiquetés, ulcère simple de l'estomac dans les divers services hospitaliers de Paris, il en a trouvé 18, correspondant à 4,703 malades. Sur ces 18 cas, il y aurait 13 femmes et 5 hommes; 10 de ces malades étaient alcooliques et 6 hystériques.

Ces chiffres sont, il nous semble, inférieurs à ceux que l'on aurait pu supposer *à priori*. On sera peut-être étonné aussi de trouver parmi ces malades un nombre aussi élevé d'hystériques. Toutefois cela ne surprendra qu'à moitié les médecins qui ont eu l'occasion de constater l'influence de la névropathie sur la genèse des derniers états dyspeptiques, et, en particulier de l'hyperchlorhydrie que la plupart des auteurs considèrent actuellement comme jouant un rôle primordial dans la pathogénie de l'ulcère simple.

M. Giraudeau a vu, chez une malade, une ulcération tuberculeuse des gencives atteindre le maxillaire inférieur et déterminer sa carie sur une assez grande étendue. Cette ulcération parfaitement indolore, fournissait un pus rempli de bacilles tuberculeux. Cette ulcération, d'allures tout à fait exceptionnelles, est évidemment l'analogue des ulcérations linguales beaucoup plus souvent observées.

M. Sollier rapporte un cas de morphio-cocaïnomanie datant de six ans, dans lequel la guérison a été obtenue en quelques jours, par suppression rapide de l'usage des deux substances toxiques.

LA THÉRAPEUTIQUE

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME (1)

III.

M. A. Murre (de Bologne) proteste contre l'**abus de l'eau froide dans la cure de la chlorose.** D'après ce confrère, la plupart des chlorotiques se trouveraient très mal du froid, et leur état serait toujours plus grave en hiver qu'en été. Les bains froids prolongés amènent une diminution notable des hématies et de l'hémoglobine. Il en est de même de la fatigue et des exercices musculaires exagérés. D'où le précepte de condamner les chlorotiques au repos, au décubitus même. Le froid est nuisible aux chlorotiques parce qu'il abaisse leur température, supprime l'excrétion des glandes cutanées, paralyse les vaisseaux périphériques, et amène l'asphyxie et la syncope locales. Il y a accumulation du sang dans les organes internes, et ischémie à la surface du corps. Les troubles vaso-moteurs sont déjà très marqués dans la chlorose, et le froid ne fait que les accentuer. Sans doute, les perturbations circulatoires déterminées par le froid sont incontestables, mais il est difficile de comprendre comment ces perturbations agissent pour nuire aux chlorotiques. Il est possible que l'action du froid détermine une destruction de globules rouges, plus ou moins importante suivant les cas. Malgré les constatations faites sur la mauvaise influence du froid, en général, et d'une atmosphère froide, en particulier, l'auteur en arrive à préférer, dans la thérapeutique de la chlorose, l'hydrothérapie froide aux agents pharmaceutiques ordinaires à condition que celle-ci soit prudemment maniée. Cette conclusion, imprévue pour le lecteur et paradoxale, montre que les théories doivent céder le pas à l'empirisme.

D'après M. Robert (de Barcelone) le **délire pneumonique** reconnaît plusieurs causes et, suivant cet auteur, il y a lieu d'admettre un délire par hyperhémie active cérébrale, un délire par hyperhémie passive, un délire par anémie cérébrale.

La première forme est surtout caractérisée par une agitation notable et une insomnie complète. La face est rouge, les sclérotiques injectées, il existe du myosis, le pouls est, en général, fréquent et très fort.

Dans la deuxième forme, on observe surtout un délire tranquille incohérent, alternant avec des périodes de somnolence; l'état général du malade est absolument celui d'un typhique.

La troisième forme s'affirme par un délire raisonnant, loquace, alternant parfois avec des hallucinations gaies ou terrifiantes.

Dans le premier cas, l'usage des antipyrétiques, les anémiants de l'encéphale, la saignée sont indiqués; dans le second, il emploie surtout les stimulants du cœur et de l'encéphale; dans le troisième, il recommande l'usage de l'opium, de l'alcool et des analeptiques.

M. Tison pense que l'azotate d'aconitine cristallisée est efficace dans le traitement de l'**érysipèle de la face**, dont il abrège la durée, diminue la douleur et prévient les complications. Il est également efficace dans la névralgie faciale et quelques autres névralgies, et il réussit très bien aussi dans l'aphonie et les laryngites.

L'azotate d'aconitine cristallisée chimiquement pur est un médicament facile à administrer. On le donne à la dose quotidienne de 1 milligramme par fractions d'un dixième de milligramme.

M. Fasano (de Naples) fait l'historique des méthodes à l'aide desquelles on a cherché, par le passé, à traiter l'**obésité**; il démontre, avec les données de la physiologie et de l'observation clinique, que le traitement de Banting, les régimes alimentaires de Vogel, d'Ebstein, etc., ne répondent pas aux indications d'une thérapie rationnelle parce que si, d'un côté, la graisse accumulée dans le corps se réduit beaucoup, d'un autre côté, il n'en est pas moins vrai que le malade, sous l'influence de ce traitement, se trouve exposé aux périls inhérents, aux désordres gastro-entériques qui, dans presque tous les cas, vont se produire. Et pour ce qui concerne le traitement de la substruction de liquide par les injections de pilocarpine ou bien par les bains russes, etc., l'auteur démontre que même ce traitement ne répond pas à l'idéal d'une thérapie rationnelle, parce que l'affaiblissement de l'économie, qui en est la conséquence, peut parvenir à un degré périlleux. Seulement, la méthode du professeur Oertel semble à l'auteur répondre aux postulata d'une véritable thérapie rationnelle, parce que, sachant bien la traduire en pratique, selon les indications du cas concret, on peut réduire l'énorme quantité de la graisse accumulée dans l'économie, et, en même temps, fortifier le myocarde et tonifier l'organisme.

Enfin, viennent une série de communications sur la sérothérapie, méthode qui a eu son heure de grand succès, mais qui commence à perdre la faveur dont ses débuts ont été entourés.

Depuis de longues années, M. von Ziemssen (de Munich) applique la **transfusion** du sang aux anémies graves. La méthode qu'il préconise n'a d'autre inconvénient que d'exiger un certain nombre d'assistants au courant du procédé. Il s'agit de transfusion de sang non défibriné par la voie veineuse et de bras à bras, au moyen d'un appareil à la fois aspirant et foulant.

Il croit que, dans les cas où il est difficile ou même impossible d'appliquer sa méthode, il est avantageux de faire des injections sous-cutanées de sang non défibriné, qui ne nécessitent pas une technique aussi complexe, mais qui doivent être suivies d'un massage pratiqué sous le chloroforme, à cause des douleurs très intenses qu'il provoque. Même dans ces cas, les effets sont excellents et s'affirment assez rapidement chez le malade par une série de symptômes précis, tels que la réapparition de l'incarnat des joues, la sensation d'un état de bien-être et de vigueur accusé d'une façon pour ainsi dire immédiate par le malade lui-même. L'augmentation de la quantité d'hémoglobine, du nombre des globules rouges, qu'il a toujours pu constater, ne paraît pas, la plupart du temps, proportionnelle à la quantité de sang injectée. L'auteur ajoute même que, dans les anémies chroniques, elle paraît moins en rapport avec la quantité de sang transfusée qu'avec la fréquente répétition d'injections à doses fractionnées.

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 598.

VARIÉTÉS

Une excursion hydrologique aux États-Unis et dans le Far-West américain (1).

Par Marcel BAUDOUIN,
Chargé de Mission aux États-Unis et à l'Exposition de Chicago.

Le médecin qui s'avance jusqu'à Denver ne peut s'arrêter en si bonne voie : il doit pousser plus loin, sur la *Burlington Route*, non pas seulement pour satisfaire ses désirs de touriste compétent, non pas seulement pour avoir le plaisir de traverser les *Rocky Mountains* et ses villes minières, de courir des jours entiers au fond des cañons grandioses de l'Arkansas, de traverser la *Royal Gorg*, mais pour rendre visite au *Grand Lac Salé*, qui, par plus d'un côté, rentre dans le domaine de la science médicale. Il s'arrêtra d'abord à Sattle Lake City, la ville fameuse des classiques Mormons, où il aura quelque peine à trouver des documents sérieux sur les effets de la polygamie, presque disparue et bien peu caractéristique; puis, de là, il gagnera soit Garfield Beach, soit mieux Saltair Beach (Fig. 1), station de bains toute récente, sur les rives du *Great Salt Lake*, où des installations grandioses se sont élevées comme par enchantement.

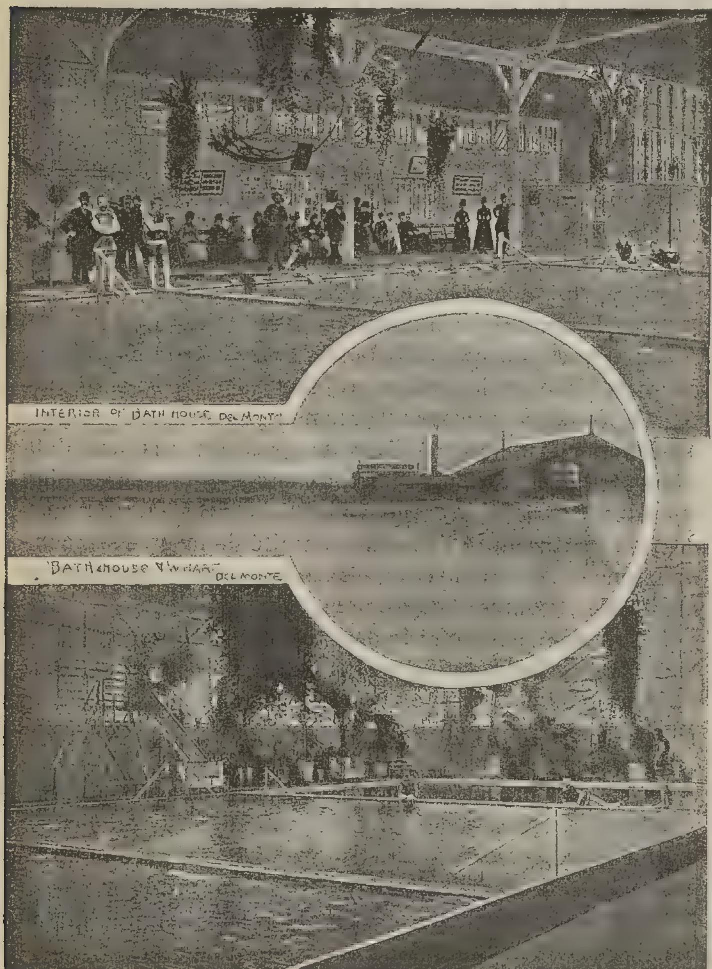


FIG. 2. — Établissement de bains de l'*Hôtel del Monte*, à Montery (Californie).

Et, dans l'un ou l'autre de ces établissements considérables, que les industriels du pays ont construits sur pilotis au milieu des eaux, il prendra le bain traditionnel et trouvera, comme le premier *globe-trotter* venu, l'eau un peu salée pour ses conjonctives. Il y a, en effet, 22 p. 100 de sel pur, alors que l'Océan n'en possède que 3 p. 100 environ, et constatera sans peine que, s'il est difficile de s'y noyer, il n'est guère plus facile de s'y abandonner aux charmes de la natation. On est soulevé par l'eau à un tel point qu'on ne peut nager qu'avec une grande peine.

De l'établissement de bains du *Grand Lac Salé*, on me pardonnera de rapprocher de suite quelques stations balnéaires, célèbres sur les bords du Pacifique, et par les attraits qu'elles présentent aux désœuvrés californiens et par les qualités spéciales d'un climat d'une clémence vraiment remarquable. J'ai visité certaines d'entre elles, en particulier celles qui avoisinent Santa Cruz et Monterey, excursion qu'il faut faire quand on a poussé jusqu'à San Francisco.

Le médecin visitera en effet, avec un réel intérêt, la merveilleuse installation, dans un antique bois de chênes verts et de sapins géants, du grand *Hotel del Monte*, que vantent à bon droit tous les habitants du Far-West et qui est une véritable station climatérique à l'usage du *high life* de la reine du Pacifique. Il n'oubliera pas de jeter un coup d'œil sur l'établissement de bains (Fig. 2), situé sur le rivage, à un demi-mille de l'hôtel.

Citons encore, beaucoup plus bas, à côté de San Diego, Coronado Beach, dont l'hôtel et les bains sont aussi très dignes d'attention. Le climat de la région est très incomparable pour sa douceur. Voici les moyennes de température en degrés Réaumur : hiver, 9 degrés ; printemps, 12 degrés; été, 16 degrés ; automne, 14°5. Les variations de température ne dépassent jamais 10 degrés. Pluie, par an : 25 centimètres; il pleut au maximum 34 jours chaque année. Les eaux minérales qu'on trouve à Coronado Beach sont actuellement très appréciées dans les affections du foie et des reins, et les bains connus dans la région.

C'est surtout entre Denver et San Francisco, sur la *Burlington Route*, qu'on rencontre en chemin d'intéressantes sources minérales; leur importance m'engage à les mentionner. Les plus célèbres d'entre elles se trouvent à *Glenwood Springs*, dont les eaux jaillissantes ont une tempéra-



FIG. 1. — L'établissement de bains du *Grand Lac Salé*, à Saltair Beach.

(1) Extrait d'un Rapport adressé à M. le Ministre du Commerce : *La Médecine transatlantique*, par Marcel BAUDOUIN. — 1 vol., 346 pages, avec 115 figures.

ture de 39 à 48 degrés Réaumur. Elles sont très recommandées dans le traitement de la goutte, des affections rhumatismales, des maladies du sang et de la peau.

Colorado Springs est plutôt une station climatérique, comparable à Davos ; elle est très fréquentée par les tuberculeux, les neurasthéniques, les convalescents. De septembre à avril, il n'y pleut jamais et n'y tombe pas de neige. En tous cas, la ville présente une situation admirable et il faut s'y arrêter quelques jours. Le nom de Colorado Springs vient de ce que non loin de là se trouvent les sources ferrugineuses et carbonatées sodiques du mont Manitou (*Navajo, Manitou, Shoshone, Little Chief* et *Ironspring*), employées surtout dans les affections de l'estomac et des reins.

A citer aussi, loin de là, sur le *Northern Pacific*, les sources chaudes d'*Heléna* (Montana) et son bel établissement thermal, *The Broadwater Hotel*. Si l'on s'arrête un instant dans cette ville, célèbre par ses mines d'or et d'argent, et par ses conserves de langue de bœuf, on visitera avec intérêt le *Natatorium* de

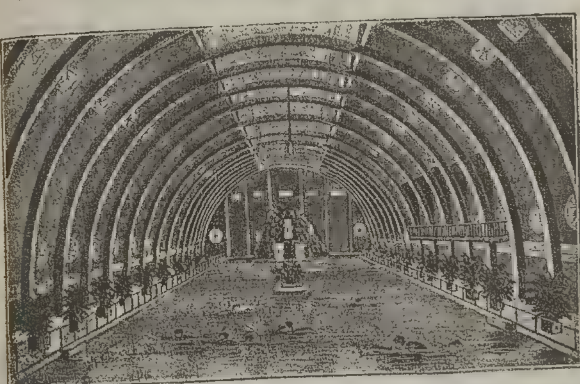


Fig. 3. — Le *Natatorium* de the *Broadwater Hôtel*, à Helena (Montana).

cet hôtel (Fig. 3), qui a 120 mètres de long et 45 mètres de large et qui est alimenté par une source chaude dont la température, à sa sortie du sol, est de 57 degrés Réaumur, et de 30 degrés dans la piscine. Ces eaux sont très utilisées dans la région pour les douleurs rhumatismales.

De même, sur le *Southern Pacific*, de Portland à San Francisco, dans la Sierra Nevada, des sources qui, dans quelques années, seront aussi célèbres, sont exploitées depuis quelque temps par la *Mont Shasta Mineral Company*. Elles sortent du sol, au pied même du mont Shasta, ce superbe volcan éteint, aujourd'hui simple pic de 4400 mètres, couvert de neiges éternelles, autour duquel la voie ferrée tourne et retourne pendant toute une journée. Elles contiennent surtout des carbonates de chaux et de magnésie et du chlorure de sodium.

D'ailleurs toute la Californie est d'une richesse inouïe en eaux susceptibles de devenir un jour de puissants moyens thérapeutiques et ceux que cette intéressante question passionne trouveront dans le travail de M. Winslow Anderson (1), tous les documents désirables. Au cours de mon passage à travers cette merveilleuse contrée, je me suis étonné seulement de voir que ces mines d'or d'un nouveau genre n'avaient pas encore tenté l'esprit d'entreprise des Américains de l'Ouest et n'avaient pas encore été mises en action par les millionnaires propriétaires des chemins de fer californiens.

Des Montagnes Rocheuses à Chicago, ce ne sont point les

(1) *Mineral Springs and Health Resorts of California.*

ressources hydrologiques qui font défaut ; malheureusement, jusqu'à présent, bien peu sont exploitées. Je cite seulement pour mémoire les eaux chaudes, calcaires et siliceuses des merveilleuses formations geyseriennes du Yellowstone National Park, dont l'abondance et les caractères sont connus de tous ceux qui s'intéressent à l'Amérique et que j'ai longuement décrits ailleurs (1). Je me borne à mentionner, au centre de la Grande Prairie, et non loin des Grands Lacs, une station importante, pleine d'avenir (2), fréquentée durant tout l'été par la haute société du Wisconsin, qui s'y donne rendez-vous : *Waukesha*, située sur la ligne de Chicago à Saint-Paul-Minnéapolis par le Wisconsin Central Railroad. Cette ville a été, pendant quelques années, le lieu principal de villégiature des Américains du Sud. Les eaux de la source « Bethesda » sont utilisées, dans tous les États-Unis et même en Europe, dans le diabète et le mal de Bright.

Au retour de ces lointaines contrées, on fera bien de s'arrêter aussi dans certaines régions de l'Est qui renferment, de même, de riches sources minérales, exploitées de la même façon qu'en Europe ; par exemple à *Bedford's Springs* en Pensylvanie, où les eaux sont employées depuis le XVII[e] siècle pour les affections de l'estomac, du foie et des reins.

Les villes d'eaux ont d'ailleurs atteint dans l'Est de l'Amérique un développement analogue à celui de nos stations thermales européennes et cela avec une rapidité tout à fait comparable à celle des cités les plus industrielles. Quelques exemples entre mille.

Telle *Poland Springs*, station très appréciée de l'intérieur du Maine, située à 5 milles de Danville-Junction, station du *Grand Trunk Railway*, entre Portland (M[e]) et Montréal. On s'y rend aujourd'hui en *coaches*, attelés à six chevaux,



Fig. 4. — Le développement d'une station thermale en Amérique : trois étapes de *Poland Springs house* (1859, 1876, 1893).

comme le montre la Figure 4, et en 1859 ce n'était qu'une bourgade ! A l'hôtel de *Poland Springs house*, il y a aujourd'hui plus de 500 chambres ! Les sources sont alcalines et diurétiques et utilisées dans les affections des reins et de la vessie.

Telle surtout, sur la route de New-York à Montréal, *Saratoga*, dont le Grand Union Hotel, une merveille, possède plus de 2000 chambres et dont la population estivale rappelle si bien celle de Carlsbad, de Vichy ou d'Aix-les-Bains !

(1) Marcel Baudouin. — Le « Yelloswtone National Park » ; in *Revue scientifique*, 24 février et 3 mars 1894.

(2) On l'appelle désormais *The Saratoga of the West*, le « Saratoga de l'Ouest » (voir pourquoi plus bas).

Les sources étaient connues des Indiens et Jacques Cartier, dès 1535, en avait entendu parler. A l'heure actuelle, pendant la saison, il y séjourne chaque année plus de 20000 étrangers et les deux caravansérails, qui y sont si à la mode, sont en effet les deux plus grands hôtels du monde.

A Saratoga, il y a environ une trentaine de sources, dont l'eau est très agréable à boire, en raison de sa température (environ 10 degrés centigrades) et est très recherchée par les malades atteints d'affections gastriques, hépatiques ou rénales. Inutile d'ajouter qu'on consomme sur place une grande quantité d'eau et qu'on en expédie dans tous les États-Unis et même en Europe un nombre considérable de bouteilles. Les principes qui y dominent sont le fer, l'iode et les sels calcaires; mais il y a des sources où les sels de magnésie dominent, par exemple *Congress Spring*, la plus célèbre de la ville avec *Columbian Spring*, très chargée en fer. La plupart ont leurs analogues en Europe : d'où les noms de *Saratoga Vichy Spring*, *Saratoga Kissingen Spring*, *Carlsbad Spring*, etc.

Les personnes qui fréquentent ces stations ont les mêmes habitudes, les mêmes besoins, les mêmes caractères que les habitués de nos villes d'eaux françaises. N'est-il pas vraiment curieux de retrouver là, de l'autre côté de l'Atlantique, en ce pays si actif et si acharné aux affaires, toute l'aristocratie de la contrée et même du Far-West (1). N'est-il point piquant de revoir tout ce monde, si occupé d'ordinaire par ses *business*, flânant des semaines entières au pied des sources jaillissantes, sous les ombrages du Woodland Park, ou sur les bords du Saratoga Lake?

(1) Quand, de San Francisco, je suis revenu d'une seule traite à Paris, j'ai fait le voyage des bords du Pacifique à Saratoga (cinq jours et cinq nuits au moins) avec le fils d'un millionnaire de Californie, qui allait jouer quelques dollars aux courses de l'endroit...

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

La Faculté de médecine de Paris a dressé, comme suit, sa liste de présentation à la chaire de clinique chirurgicale.

En première ligne : M. Paul Berger, à l'unanimité; en deuxième ligne : MM. Monod, 16 voix, Reclus, 14 voix, 1 bulletin blanc; en troisième ligne : MM. Reclus, 22 voix; Pozzi, 5 voix; Richelot, 4 voix.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Rousseau, suppléant, est nommé chef des travaux physiologiques (emploi nouveau).

— A l'Université de Strasbourg, 913 étudiants se sont fait immatriculer pour le semestre d'été. Ce chiffre se décompose comme suit : théologie 108, droit 239, médecine 292, philosophie 119, mathématiques 115. Les Alsaciens sont au nombre de 423, dont 312 originaires de la Basse-Alsace, 51 de la Haute-Alsace, 60 Lorrains. La Prusse fournit 244 étudiants, le grand-duché de Bade 39, Brême 9, la Saxe 8, Hambourg 7, Saxe-Meiningen 5, Oldenbourg et Saxe-Weimar 4, Lippe 2, Anhalt 1. Les étrangers sont au nombre de 85, soit 30 Suisses, 8 Autrichiens, 6 Luxembourgeois, 5 Russes, 4 Anglais, 2 Belges, 2 Bulgares, 2 Italiens, 1 Danois et 2 Hollandais, 20 Américains, 2 Japonais et 2 Africains.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Aristide Brunet, ancien interne à l'asile de Maréville, décédé à l'âge de quarante-quatre ans.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Mai-octobre 1894.* — *Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Luchon, Salies-de-Béarn.* — *Tarif spécial G. V. N° 106 (Orléans).* — Des billets d'aller et retour de famille, de première et de deuxième classe, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie du Chemin de fer d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations balnéaires et thermales du réseau du Midi : Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Lamalou-les-Bains, Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie, Pau, Pierrefitte-Nestalas (Cauterets), Prades (le Vernet et Molitg), Saint-Girons, Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat les-Bains.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres : Pour une famille de deux personnes, 20 p. 100; pour une famille de trois personnes, 25 p. 100; pour une famille de quatre personnes, 30 p. 100; pour une famille de cinq personnes, 35 p. 100; pour une famille de six personnes ou plus, 40 p. 100.

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de trente jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet de famille.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

— *Excursions en Auvergne et dans le Limousin, avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.* — La Compagnie d'Orléans délivre du 1er juin au 30 septembre, au départ de Paris, des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin, valables pendant 30 jours, aux prix réduits ci-après, comportant les itinéraires A et B ci-dessous.

Itinéraire A (1re classe, 98 francs; 2e classe, 73 francs). — Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (Bains de Néris), Évaux (Bains d'Évaux), Eygurande, Laqueuille (Bains du Mont-Dore et de la Bourboule), Royat (Bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Ussel, Limoges (par Tulle, Brive et Saint-Yrieix, ou par Eymoutiers, Vierzon, Paris.

Itinéraire B (1re classe, 120 francs; 2e classe, 90 francs). — Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (Bains de Néris). Évaux (Bains d'Évaux), Eygurande, Laqueuille (Bains du Mont-Dore et de la Bourboule), Royat (Bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Vic-sur-Cère, Arvant, Figeac, Rodez, Decazeville, Rocamadour, Brive, Limoges (par Saint-Yrieix ou par Uzerche), Vierzon, Paris.

La durée de validité de ces billets (30 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Avis essentiel. — Les prix ci-dessus ne comprennent pas le parcours de terre dans les services de correspondance avec le chemin de fer.

Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Layet (de Bordeaux) a fait connaître à l'Académie deux cas de horse-pox spontané qu'il a observés sur deux juments. M. Layet a vacciné des génisses avec le produit des pustules buccales, et il a obtenu une magnifique éruption vaccinale. Ainsi que l'a fait justement observer M. Trasbot à propos de ces faits, les vaccinateurs y trouveront, plus souvent qu'on ne le croit généralement, l'occasion de renouveler la source de la lymphe vaccinale. On ne saurait donc trop insister sur l'intérêt qu'il peut y avoir à porter ces faits à la connaissance des praticiens.

A propos de ces deux cas, M. Layet a fait connaître le résultat de ses recherches sur l'utilité des revaccinations. Son étude porte sur près de 2000 observations, et elle confirme pleinement ce que nous savions déjà sur l'importance des revaccinations, même jusqu'à un âge avancé, car on ne saurait se flatter de posséder une immunité certaine par ce fait qu'on est resté indemne fort longtemps.

En sa qualité de directeur de l'Institut vaccinal de Bordeaux, M. Layet a imaginé un procédé de préparation de lymphe vaccinale aseptique qui paraît présenter de grands avantages au point de vue de la sécurité et de l'efficacité du vaccin.

M. Laborde a lu une note sur les indications et l'application à l'homme de la respiration artificielle expérimentale par insufflation. Nos lecteurs la trouveront plus loin *in extenso*.

HOTEL-DIEU DE SENS

Issue d'un ascaride lombricoïde par une fistule lombaire onze mois après l'incision d'un phlegmon périnéphrétique. — Cicatrisation rapide de la fistule.

Par le docteur Mouchet,
Chirurgien de l'Hôtel-Dieu de Sens,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

La sortie des lombrics hors du tube digestif par une perforation de ce conduit a été signalée de tout temps dans des régions toujours à peu près les mêmes. Nous ne pensons pas que l'on en ait trouvé dans un abcès périnéphrétique sans communication primitive avec l'intestin.

L'observation suivante nous a donc paru, en raison de sa rareté, présenter quelque intérêt :

Mlle X..., âgée de 26 ans, ouvrière, bien réglée, bien portante ordinairement, sans antécédents héréditaires, est prise, en septembre 1891, à la suite, dit-elle, d'une violente émotion, d'une vive douleur dans le flanc gauche. Jusqu'en novembre, elle continue à travailler, mais la douleur augmentant, elle s'alite complètement.

L'appétit diminue, l'amaigrissement fait de rapides progrès et le côté gauche devient le siège d'un gonflement très notable. Les urines coulent librement, mais elles sont troubles. Cet état se prolonge jusqu'en février avec des alternatives de rémission et d'aggravation. La fièvre survient, le ventre est tendu et douloureux à la pression, surtout à gauche. C'est à ce moment que nous sommes appelé pour donner notre avis sur la nature de la maladie et l'opportunité d'une intervention.

Mlle X... a de la peine à se maintenir dans son lit, tant la douleur est intense. Le flanc gauche est fortement bombé. La matité s'étend de la crête iliaque à la septième côte et dans la région lombaire. La fluctuation est manifeste en avant et en arrière.

L'examen des organes thoraciques est négatif. L'exploration du rein droit ne provoque aucune douleur et ne révèle pas une augmentation de volume de l'organe. Les urines sont rares (500 grammes environ par 24 heures) et purulentes. Enfin la fièvre est continue avec exacerbation vespérale, l'état général des plus mauvais. Il existe un peu de diarrhée, mais aucune trace de pus dans les selles.

Nous diagnostiquons, selon toute probabilité, une pyélonéphrite suppurée avec vaste collection purulente périrénale, d'origine calculeuse ou blennorragique, et proposons, d'accord avec mon confrère, une opération qui aurait pour but de vider cette énorme poche, de vérifier l'état du rein et de l'enlever au besoin.

La malade, transportée à l'hôpital, est opérée le lendemain: incision de dix centimètres sur le bord externe du carré des lombes; issue d'une quantité considérable de pus, bien lié, sans odeur. Les doigts, introduits dans la plaie, trouvent le rein très volumineux et présentant sur son bord convexe deux ouvertures superposées, permettant l'introduction de l'index et communiquant avec le bassinet vide de tout corps étranger. Le rein est attiré doucement vers la plaie cutanée pour être examiné avec soin; son volume est presque doublé; sa surface est rouge avec îlots blanchâtres.

Nous n'osons pas l'enlever en raison du mauvais état de la malade et de l'incertitude où nous sommes sur le bon fonctionnement du rein droit. Une incision réunit les fistules et, après un lavage abondant dans tout le foyer purulent, nous introduisons deux drains, l'un dans le rein, l'autre en dehors. Quelques points de suture ferment la plus grande partie de la plaie.

Le soulagement est immédiat, la fièvre tombe le soir même. Les urines augmentent les jours suivants et deviennent plus claires. La malade s'alimente et reprend des forces. La suppuration diminue. A aucun moment nous n'avons vu d'urine sortir par la plaie. Les fils sont enlevés le huitième jour et le quinzième le drain rénal est retiré, l'autre est remplacé par un plus petit.

M[lle] X... ne put se lever que le quarante-cinquième jour, tant la faiblesse était grande. Avant l'intervention, elle avait perdu, affirme-t-elle, 20 kilogrammes de son poids qui était de 65 kilogrammes avant sa maladie.

Chaque mois, le drain est diminué et la suppuration est si peu abondante que les pansements ne sont plus faits que tous les quatre, puis tous les huit jours seulement. Vers le dixième mois, le tube est retiré et la fistule, réduite à une très petite ouverture déprimée, permettant à peine l'introduction d'une sonde cannelée, donne quelques gouttes de pus chaque jour.

Nous ne voyons plus notre malade qui a repris ses occupations habituelles que tous les mois; lorsque, nous trouvant un jour dans une maison voisine, on nous demande en toute hâte. En faisant le pansement, la mère venait de remarquer dans la fistule comme un corps étranger. Avec une pince, nous extrayons, à notre grande surprise, un ver ayant toutes les apparences d'un lombric. Il était mort mais ne présentait aucune trace de décomposition. Trois semaines après, la fistule se fermait spontanément et aujourd'hui la malade est en parfaite santé.

Ce fait, au moins très rare, de l'issue par une fistule lombaire d'un ver qui habite l'intestin, nous a paru intéressant à signaler. Malgré son apparente ressemblance avec le strongle, il s'agissait bien d'un ascaride. M. le professeur agrégé Blanchard, auquel il a été présenté, a reconnu un ascaride lombricoïde mâle.

D'après Davaine, ces vers renfermés dans le tube digestif peuvent en sortir par des voies accidentelles, sphacèle de la paroi de l'intestin, ulcération simple, tuberculeuse, cancéreuse, ou de toute autre nature. Ils peuvent, par pression de leur extrémité céphalique sur une partie ramollie ou amincie du tube digestif, pratiquer une issue.

Le sujet de cette observation n'a présenté, avant la maladie, aucun symptôme d'entérite ou de fièvre typhoïde.

Les abcès vermineux suivis de fistule paraissent, toujours d'après Davaine, se former consécutivement à quelques lésions intestinales, inflammation, ulcération, gangrène. Leur siège le plus ordinaire est l'aîne ou l'ombilic; ce qui fait présumer que l'étranglement intestinal en est la cause la plus fréquente. Il se produit une ulcération dans la poche de l'intestin adhérente à la paroi abdominale.

On a observé quelques abcès dans la région pubienne, dans l'hypocondre, la partie inférieure du thorax, sur la ligne blanche, dans un sac herniaire et dans des abcès par congestion de la région péri-rénale et sacrée.

Nous ne pouvons guère ici admettre l'hypothèse d'après laquelle le ver serait sorti par une fistule intestinale dans le foyer péri-rénal. Notre malade n'a jamais présenté de troubles intestinaux. La collection péri-néphrétique que nous avons ouverte était manifestement d'origine rénale, puisque la capsule même du rein était perforée et faisait communiquer la collection avec une autre située dans le parenchyme rénal lui-même.

Avant comme après notre intervention les selles n'ont jamais été purulentes. D'autre part, si l'ascaride avait été le point de départ de l'abcès, il aurait été expulsé au moment de l'incision ou peu de temns après par les lavages abondants pratiqués dans le foyer.

Enfin dans les cas où on a signalé des ascarides dans les voies urinaires, ces vers s'y étaient introduits par une communication accidentelle entre l'intestin et la vessie. Dans ces cas les observations mentionnent que l'expulsion se faisait par l'urèthre.

Nous pensons que, par le fait d'adhérences entre l'intestin et la capsule du rein au moment de la formation de l'abcès, le ver aura perforé longtemps après un point aminci de la paroi intestinale et aura cheminé peu à peu sans déterminer ni réaction inflammatoire ni issue de matières fécales vers l'orifice cutané de la fistule.

Quant à l'origine de la pyélo-néphrite, cause de tous les accidents, nous pensons qu'en l'absence de calculs du rein, on doit l'attribuer à une infection des voies urinaires inférieures bien que la preuve n'en ait pas été faite.

NOTE

SUR LES INDICATIONS ET L'APPLICATION PRATIQUE A L'HOMME DE LA RESPIRATION ARTIFICIELLE EXPÉRIMENTALE PAR INSUFFLATION

Par M. J.-V. Laborde,
Membre de l'Académie de médecine.

Depuis quelque temps, on peut dire depuis quelques années, certaines maladies épidémiques qui ont pris fortement racine sur notre sol, notamment les affections dites *grippales*, influenza avec détermination ou complication bronchiques ou broncho-pulmonaires, revêtent un caractère particulier de gravité, que l'on a coutume d'attribuer à la forme *infectieuse*, qui entraîne nécessairement l'idée et la doctrine microbiennes.

Que dans un grand nombre, et peut-être dans la plupart des cas, ce caractère véritablement infectieux, d'origine microbienne, existe, et domine la scène morbide, cela ne semble pas faire de doute, et il est permis et possible au clinicien, par une recherche appropriée, dont la culture bacillaire et l'inoculation expérimentale font la base, d'affirmer la nature de la maladie.

Mais il est des cas dans lesquels, malgré les apparences symptomatiques les plus trompeuses et la gravité inhérente, d'emblée, à l'affection, le caractère *infectieux* proprement dit n'existe pas, du moins en tant que résidant dans la présence et l'intervention microbiennes.

C'est alors un *processus asphyxique* lent, mais fatal, qui domine et constitue le fond de la marche plus ou moins rapide de la maladie vers l'inévitable dénouement : dyspnée et angoisse respiratoires traduisant une difficulté, un trouble profond de la fonction hématosique; cyanose progressive, généralisée, marquée surtout aux extrémités; fléchissement, irrégularités, intermittences du cœur, avec phénomènes concomitants et solidaires du pouls, qui fuit et se retire de plus en plus; — avec cela, presque pas de toux, un peu d'hypersécrétion muqueuse et filante, sans crachats sanglants, ni rouillés; — pas de signes physiques appréciables du côté des poumons, ni à la percussion, ni à l'aus-

cultation, à part un certain degré d'*atélectasie*, s'accentuant surtout vers la partie ultime ; et — point capital — absence presque complète du micro-organisme pathogène supposé et incriminé, à la suite de la recherche la plus minutieuse et la plus compétente : à peine un ou deux pneumocoques perdus dans la sécrétion bronchique, même après culture appropriée, et c'est tout.

Et cependant le processus asphyxique marche son train, la cyanose se prononce, les défaillances cardiaques s'accentuent, et la fin, à laquelle assiste le malade lui-même, avec les terribles angoisses de la conscience qui survit, arrive par une syncope terminale et irrémédiable.

Le tableau, que je viens de tracer n'est pas imaginaire : c'est exactement, et en raccourci, celui auquel nous avons eu la douleur d'assister auprès d'un de nos infortunés collègues et amis.

Eh bien, en présence de cette situation, que font la thérapeute et la thérapeutique actuels ?

Ils font, assurément, tout ce qu'ils peuvent, et tout ce qu'ils doivent ; et jamais — il nous est permis de l'affirmer — cela n'a été fait avec plus de science, d'empressement et de dévouement, que dans le cas dont il s'agit et qui est l'occasion de cette communication.

Mais remplit-on les véritables indications avec les ressources usuelles de la pratique actuelle ?

Nous ne le pensons pas ; et c'est pourquoi, nous avons voulu essayer de tirer de l'exemple qui précède un enseignement, auquel certaines notions expérimentales, rapprochées de l'observation clinique, peuvent donner un caractère d'application pratique d'une certaine importance.

Nous sommes en présence de ce fait capital, dominant :

Le trouble, presque d'emblée, le défaut de la fonction hématosique, ou cardio-respiratoire (en concevant la fonction respiratoire dans toute son ampleur, son étendue fonctionnelles, de *respiration des tissus*) : c'est, plus prochainement, l'*asphyxie du globule sanguin*, dont le processus asphyxique consécutif n'est que l'expression générale. Or, il se passe ici ce que nous observons dans certaines intoxications — spontanées ou expérimentales — telles que, pour citer celle qui est le plus d'actualité, l'*intoxication oxy-carbonée*, les intoxications *curarique*, *aconitique*, voire *strychnique* et tétanique (en supposant même l'origine toxique, aujourd'hui admise, des produits de sécrétion microbienne) : le mécanisme asphyxique constitue, alors, le véritable mécanisme de la mort ; et c'est à le combattre, et à le conjurer que gît l'indication véritablement rationnelle.

Or, cette indication, comment, par quel moyen réellement approprié, et efficace, peut-elle être remplie ?

Par le rétablissement, autant que possible, de la respiration, de la fonction hématosique normale, autrement dit par la *respiration artificielle*.

Eh bien ! je l'ai démontré ici, à propos des accidents chloroformiques, de nature essentiellement asphyxique, le mode de respiration le plus puissant et réellement efficace, c'est celui qui est mis en œuvre dans nos laboratoires, et qui, malheureusement pour la pratique, n'en est pas encore sorti jusqu'à présent : l'*insufflation directe par le soufflet*.

Lorsque, sur le terrain expérimental, nous voulons conjurer les effets mortels certains d'une intoxication, par le curare ou par l'aconitine, par exemple, que faisons-nous ?

En même temps que nous inoculons, à l'animal, la dose du toxique qui doit le tuer en un temps donné (et il est facile d'opérer avec un témoin, pour rendre l'expérience plus démonstrative), nous le plaçons sous la respiration artificielle qui, grâce à nos moteurs automatiques, peut se continuer d'elle-même, en quelque sorte, durant un temps indéterminé. Or, il advient qu'au bout de douze à dix-huit et vingt-quatre heures au plus, grâce à cet entretien de la fonction respiratoire et hématosique, une élimination suffisante du toxique a pu se faire, pour que l'organisme ait pu triompher de son action mortelle, et pour que l'animal revienne à la vie et à la santé (1).

Pourquoi n'en serait-il pas de même chez l'homme, et pourquoi la tentative ne serait-elle pas réalisée dans les mêmes conditions et par la même méthode ?

Déjà, dans ce but, nous avons cherché à approprier et à adapter aux cas humains le dispositif expérimental, que nous avons modifié de façon à éviter la trachéotomie, à laquelle on ne devrait pas, néanmoins, hésiter, au besoin, de recourir.

J'ai déjà décrit et montré ici ces modifications très simples, lors de la dernière discussion sur le chloroforme et la chloroformation (2) ; je les rappelle en peu de mots, en vous présentant à nouveau le tube bucco-laryngé s'adaptant à un masque et permettant l'insufflation directe chez l'homme.

Le dispositif de la respiration artificielle par l'insufflation pulmonaire, chez l'homme, sans intervention de la trachéotomie, se compose d'un masque avec ses accessoires, et d'un soufflet.

Le masque est un cylindre en métal, surmonté à sa partie évasée d'un col en caoutchouc, permettant et réalisant une adaptation aussi parfaite que possible à la face de l'individu, le nez compris : cette adaptation doit être, en effet, quasi hermétique, et telle que l'air insufflé ne puisse s'échapper par la moindre fissure. L'extrémité inférieure du masque se termine par un tube approprié, muni d'un trou d'échappement à glissière, pour la prise d'air, et destiné à communiquer, à l'aide d'un tube intermédiaire de caoutchouc, avec le soufflet.

En prévision du cas où, par suite des accidents qu'il s'agit de combattre, il y aurait occlusion de l'isthme guttural par la langue gonflée et rétractée — ce qui constituerait un obstacle à l'insufflation avec le masque seul — celui-ci est accompagné d'un tube en métal, aplati en forme d'abaisse-langue à son bout postérieur, et approprié par son bout antérieur à la communication avec le soufflet : ce tube s'adapte à frottement à l'ouverture terminale du masque ; il peut être enfoncé jusqu'à la base de la langue, qu'il déprime par conséquent, et jusqu'à l'ouverture supérieure de la glotte, et permettre ainsi l'insufflation directe de l'air à travers le larynx. Dans cette éventualité, et pour prévenir un refroidissement direct et trop rapide, on pourrait surchauffer légèrement l'atmosphère ambiante avec un dégagement de vapeur d'eau, ou mieux encore à l'aide d'un flacon contenant de l'eau chaude à la température normale du corps, disposé sur le passage de l'air insufflé, lequel est ainsi à la fois humidifié et chauffé.

On peut, en outre, prendre la précaution tutélaire contre

(1) Voir, à ce sujet, nos expériences dans le livre : *Les aconits et l'aconitine*, etc. G. Masson, éditeur.

(2) *Du mécanisme physiologique des accidents et de la mort par le chloroforme, etc.*, Acad. de méd., 1890-1891, et Société d'éditions scientifiques.

l'infection microbienne extérieure, d'interposer un tampon d'ouate stérilisée et tamisant l'air insufflé.

Enfin, le soufflet très portatif et facilement maniable présente un dispositif particulier, permettant le dosage exact du volume d'air insufflé : ce résultat est obtenu à la faveur d'une tige métallique latérale soumise, à volonté, à des crans d'arrêt, et limitant la course du soufflet, partant la quantité de prise d'air. Cette prise répond exactement, en volume, aux chiffres de graduation inscrits sur la tige, et déterminés d'avance au *spiromètre*. On sait que ce chiffre moyen, pour l'homme, oscille normalement, au point de vue de la capacité pulmonaire, entre trois et quatre litres d'air, par respiration.

L'appareil fonctionne très bien, ainsi qu'on peut s'en assurer sur un sujet qui veut bien se prêter à l'essai ou sur soi-même.

Dans le cas, auquel j'ai fait plus haut allusion, au milieu des médications variées, et, autant que possible, appropriées à la symptomatologie, et à la nature présumée de la maladie, et parmi lesquelles la médication antiseptique est intervenue, d'une façon prédominante, ce qui a paru le mieux réussir, en apportant une détente et un calme, malheureusement momentanés, dans les phénomènes asphyxiques, c'est la tentative réitérée du secours artificiel à la fonction hématosique, à l'aide d'introduction dans les voies respiratoires d'oxygène sous pression, dans les petits ballons en usage, cette introduction étant facilitée par les *tractions rythmées de la langue*, qui constituaient, en même temps, une respiration adjuvante très efficace.

Mais il n'était pas possible, même en se relayant, de pratiquer ce procédé avec une continuité suffisante; et, d'ailleurs, la respiration artificielle systématisée devrait être, en pareil cas, mise en œuvre le plus tôt possible, même dès le début des accidents graves et asphyxiques. C'est pourquoi il conviendrait de recourir à l'insufflation expérimentale, comme au moyen le plus puissant, et partant, le plus efficace. Et nous estimons qu'il y aura lieu de transporter, également, sur le terrain clinique, le système plus ou moins modifié de nos moteurs automatiques.

Nous nous occupons, dans ce but, de cette modification; mais le soufflet, à tour de bras, peut, en attendant, être employé, tel que nous l'avons adapté à la pratique, avec le dosage facile de la quantité physiologique d'*air à introduire*.

Telle est la question d'indication et d'application d'un procédé issu de la méthode expérimentale, et qui doit, rationnellement, entrer, tôt ou tard, dans la thérapeutique pratique.

OBSERVATION

TRÉPANATION POUR ENFONCEMENT DE LA VOUTE CRANIENNE

Par le docteur Thévard (de Blois).

L'enfant H..., demeurant à Blois, reçut, à l'âge de six ans, une brique sur la tête de la hauteur de 5 à 6 mètres environ; il se produisit un enfoncement du crâne dans la région postérieure et supérieure du pariétal droit, l'enfant resta dans un état comateux durant vingt-quatre heures environ, il ne fut fait, à ce moment, aucune intervention chirurgicale et, huit à dix jours après l'accident, l'enfant était guérie mais présentait manifestement une dépression cranienne très marquée.

Huit ans plus tard, l'enfant fut prise au lit, avant son réveil, d'une première attaque d'épilepsie, depuis lors, trois ou quatre fois par ans, elle était prise de semblables attaques, ressentait constamment de violents maux de tête, et ne pouvait rien lire avec attention.

Au mois de septembre dernier, l'enfant, qui était devenue une jeune fille de dix-neuf ans, fut prise, dans la même journée, de deux attaques successives plus violentes que les autres. En outre, les maux de tête qu'elle ressentait l'empêchaient même de tousser et marcher un peu vite, c'est alors qu'étant appelé pour la première fois, je conseillai la trépanation comme étant la seule chance de guérison qu'on pût espérer.

L'opération fut pratiquée, par nous, le 12 octobre 1893, nous enlevâmes toute la partie du crâne qui était déprimée, c'est-à-dire que nous fîmes une perte de substance ayant environ 4 centimètres de diamètre. Nous trouvâmes les enveloppes cérébrales parfaitement intactes, et, après avoir installé un drain dans le fond de la plaie, nous suturâmes le cuir chevelu. Les suites de l'opération furent des plus simples; cinq jours après, la malade se levait, et le huitième jour la petite plaie était entièrement cicatrisée. Quatorze jours après l'opération la jeune fille eut, le matin dans son lit, une légère attaque.

Depuis lors, elle est complètement remise, son caractère qui était devenu morose a retrouvé toute sa gaieté, elle ne souffre plus de la tête ni en courant, ni en toussant, elle a pu se remettre à lire sans fatigue, ce qui lui était devenu absolument impossible avant d'être opérée, enfin, elle n'a pas eu une seule attaque d'épilepsie; nous sommes maintenant au huitième mois de l'opération, il y a lieu d'espérer qu'aucun des accidents antérieurs ne se reproduira.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 12 juin 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La corréspondance comprend une note de M. Millot-Carpentier (de Montécourez, Nord), sur un nouveau procédé d'hémostase, destiné à empêcher les hémorragies secondaires, dans le cas où un premier fil à ligature viendrait à céder. M. Millot-Carpentier emploie uniquement le catgut, et voici en quoi consiste son procédé :

L'opération terminée, au moment de faire les ligatures, on place d'abord sur le vaisseau une simple ligature, puis, immédiatement au-dessus, on transfixe l'artère ou la veine, puis on traite ce vaisseau comme le pédicule d'une tumeur, c'est-à-dire qu'une aiguille très fine, armée d'un double catgut, traverse le vaisseaux et les deux chefs sont aussitôt croisés et serrés, ce qui forme une barrière infranchissable à l'ondée sanguine, si le premier lien venait à glisser.

COMMUNICATIONS

Deux cas de horse-pox spontané; utilité des revaccinations répétées. — M. Layet (de Bordeaux) communique l'observation de deux cas de horse-pox. L'affection éruptive s'était transmise d'une jument à l'autre par contagion directe. L'une de ces juments présentait à la commissure labiale droite 5 à 6 vésiculo-pustules et, sur le reste du corps, une éruption papuleuse plus ou moins confluente. L'autre ne présentait pas d'éruption généralisée; sur l'encolure, il existait deux ou trois petites papules acuminées; il y en avait aussi sur la langue et à la face interne des joues. Sur aucune des deux juments on n'observa d'éruption podale.

Le produit des pustules de la lèvre supérieure fut inoculé avec succès à une génisse; le produit du râclage de l'éruption de celle-ci fut ensuite inoculé aux deux juments, ainsi qu'à un autre cheval témoin; celui-ci présenta une éruption

vaccinale, tandis que les deux autres, qui avaient eu le horse-pox, restèrent réfractaires.

A propos de cette observation, M. Layet fait connaître le résultat de ses recherches, au point de vue de l'utilité des revaccinations répétées. Il a étudié, au point de vue de la mortalité, près de 2000 varioleux, en tenant compte de l'âge, de la vaccination et des revaccinations antérieures à la variole. Les résultats de ses recherches peuvent se résumer ainsi :

De zéro à dix ans, s'il y a déjà des non revaccinés qui soient atteints de variole, la mortalité de ces non revaccinés est cinq fois moindre que celle des varioleux non vaccinés. Il n'y a pas encore, pour ce groupe d'âge, de revaccinés qui soient atteints de la maladie.

De dix à vingt ans les deux tiers des varioleux sont des non revaccinés, et les varioleux qui avaient été vaccinés, mais non revaccinés, ont une mortalité à peu près égale à celle des varioleux non vaccinés; le bénéfice d'une première vaccination, pratiquée dans la petite enfance, a donc presque entièrement disparu.

Si dans ce groupe d'âge il y a déjà une faible proportion de revaccinés qui soient atteints de la variole, du moins on ne constate pas encore de mortalité chez ces varioleux vaccinés, mais non revaccinés.

De vingt à cinquante ans, la part des vaccinés non revaccinés augmente de plus en plus dans le nombre des varioleux, elle est un peu plus des quatre cinquièmes, avec une mortalité toujours au-dessous de celle des varioleux non vaccinés, mais près de trois fois plus forte que celle des varioleux vaccinés, mais non revaccinés, du groupe d'âge précédent. D'une autre part, le nombre des varioleux revaccinés s'affirme de plus en plus, et cette fois-ci avec une part proportionnelle dans la mortalité des varioleux.

Enfin, à partir de cinquante ans et au-dessus, si la proportion comparative des varioleux non vaccinés et celle des varioleux vaccinés, mais non revaccinés, demeure à peu près la même que dans l'âge précédent, par contre, la mortalité des varioleux non vaccinés est plus forte qu'elle ne l'était jusqu'à cet âge, ce qui démontre qu'on ne saurait jamais se flatter de posséder une immunité certaine, parce qu'on serait resté indemne jusqu'à un âge avancé.

M. Layet estime que la vaccination directe de génisse à bras, doit toujours être préférée, pour les enfants surtout.

Un institut de vaccine doit faire servir chacune des génisses vaccinales à des séances de vaccination publique de pis à bras; mais avec les procédés actuels de culture, on n'épuise guère, dans une pareille séance, qu'une très faible proportion des pustules vaccinales; toutes les autres pustules, en nombre plus ou moins considérable, seront alors utilisées pour la fabrication de la pulpe vaccinale.

Ce qu'il faut obtenir dans une pareille préparation, c'est à la fois sa pureté et son efficacité.

La pulpe, dite aseptique, que l'on utilise à Bordeaux, est une pulpe triturée, épurée et passée au vide. Elle est collectionnée au laboratoire d'hygiène de la Faculté de médecine. Avant la récolte du vaccin sur la génisse vaccinifère toutes les précautions sont prises pour assurer l'asepsie du champ de récolte et des pustules vaccinales. Ces précautions consistent en lavages à l'eau bouillie, légèrement boriquée, en essuyage avec des linges asepsiés, en triage et en épuration partielle des pustules dépouillées de leur croûte superficielle et asséchées par pression douce.

Les lavages avec les solutions, même les plus légères, au sublimé, au bicarbonate de soude, au savon, à l'acide salicylique, finissent par affaiblir l'activité du vaccin et en amener la dégénérescence.

Le râclage des pustules, opéré de façon à ne pas avoir de produit coloré, est transvasé sous cage vitrée, dans des godets de verre, stérilisé et mélangé avec un poids égal de glycérine, ces godets sont bouchés à la paraffine et placés dans une glacière; cette macération permet à la glycérine de pénétrer la pulpe et d'en rendre la trituration plus facile. La trituration se fait à la main, par le procédé préconisé par M. Mouneyer, médecin militaire, au moyen d'une plaque épaisse de verre et un pilon de verre.

Quand le mélange ainsi trituré et épuré est devenu bien homogène, on recueille le tout dans des godets avec robinet de verre et qu'on porte au vide. Le mélange est alors aspiré dans des tubes ampulaires qu'on ferme au chalumeau aussitôt remplis.

L'efficacité de cette pulpe est aujourd'hui affirmée par les nombreux succès auxquels elle ne cesse de donner lieu, aussi bien à Bordeaux et dans le département de la Gironde qu'à l'étranger où on l'expédie. Elle est dans ses effets aussi sûre qu'elle est pure.

M. TRASBOT a entendu avec intérêt la relation des deux cas de horse-pox communiqués par M. Layet. Il a eu l'occasion un grand nombre de fois de constater de ces cas de horse-pox. Depuis les travaux de Bouley et le travail de Lafosse, ces faits sont parfaitement connus et décrits. Dans tous ces cas, la contagion est directe et la confluence des pustules s'observe surtout au point d'inoculation. Chez les chevaux, c'est souvent par le bridon que se transmet la maladie. Il est utile que les vaccinateurs sachent bien qu'ils trouveront dans ces cas l'occasion de renouveler avantageusement la source de la lymphe vaccinale.

LECTURE

Note sur les indications et l'application pratique à l'homme de la respiration artificielle expérimentale par insufflation. — M. LABORDE fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 642.)

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement des rétrécissements par l'électrolyse linéaire (1), par le docteur J.-A. FORT, ancien interne des hôpitaux, professeur libre d'anatomie à l'École pratique de la Faculté de médecine de Paris.

L'ouvrage de M. Fort, dont j'attendais la publication, vient enfin de paraître. Je m'en réjouis, non seulement parce que cette publication me permettra de dire ce que je pense de ce procédé, mais encore parce qu'elle me donnera l'occasion de payer à l'auteur de cet ouvrage une dette de reconnaissance.

M. Fort a déjà fait ses preuves en fait de publications, et ce serait lui faire injure que de ne point s'apercevoir de la précision et de la clarté de son exposition.

Tout ce qui concerne l'électrolyse linéaire se trouve dans son livre : faits nombreux, explication de l'électrolyse, description méthodique et raisonnée du manuel opératoire, théorie de l'électrolyse, traitement consécutif, variétés de rétrécissements, parallèle entre l'uréthrotomie et l'électrolyse linéaire, exposé des travaux des contemporains partisans du procédé. L'ouvrage se termine par une monographie complète du traitement des rétrécissements œsophagiens par le même procédé.

L'électrolyse linéaire est fortement combattue et, je regrette de le constater, elle l'est souvent fort injustement.

On a dit, dans le but probable de discréditer le procédé, que l'opération est douloureuse, qu'elle s'accompagne de grandes hémorragies et que la récidive est très rapide.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

Je m'inscris en faux contre toutes ces assertions et je déclare que rien de tout cela ne se produit lorsque l'opération est faite avec un instrument bien conditionné et par un homme expérimenté.

Avant de parler de moi-même, je tiens à raconter un fait qui m'a été rapporté, ces jours derniers, par un de mes compatriotes, témoin oculaire.

A son retour d'Égypte, M. Fort, se trouvant à l'hôpital de la Conception, à Marseille, avec MM. les docteurs Poucel, Louge et Cousin, fut prié, par M. Poucel, d'opérer un malade couché dans son service.

Il était entré à l'hôpital pour rétrécissement et cystite violente. M. Fort examina le malade, qui était atteint d'hypospadias. Il y avait quatre rétrécissements, au méat, à 10, à 14 et à 17 centimètres. Le dernier ne put être franchi qu'avec une bougie filiforme ; il n'avait pas 1 millimètre de diamètre.

Le malade urinait toutes les demi-heures, nuit et jour, les urines étaient troubles et ammoniacales. La miction, très lente, se faisait avec un jet très fin et parfois goutte à goutte.

Le malade fut électrolysé, le 28 mars, en présence de M. Poucel et de plusieurs internes.

L'urèthre et la vessie ayant été aseptisés, le pôle positif fut placé à l'aîne et le négatif fut mis en communication avec l'électrolyseur. Douze éléments de la pile de Gaiffe fournirent 12 milliampères et l'électrolyseur Fort, dont la lame passait par le n° 22 de la filière Charrière, franchit les quatre rétrécissements en moins de trente secondes.

Le malade accusa simplement un léger picotement. La vessie et l'urèthre furent de nouveau aseptisés avec une injection d'eau borico-phéniquée (eau boriquée 990 ; acide phénique liquide 10). On passa une bougie n° 17.

Le malade n'eut pas de fièvre, il se nourrit le jour de l'opération comme les jours précédents. A partir de ce moment, la fréquence des mictions cessa tout à coup et le malade put être considéré comme guéri. Le lendemain, on passa le n° 18, et on sentait parfaitement qu'on aurait pu passer une bougie plus volumineuse, si le méat anormal avait été débridé.

N'est-ce point là un exemple frappant d'innocuité et de rapidité de l'opération ?

Je suis moi-même un curieux exemple des bienfaits que procure l'électrolyse linéaire. Il y a quatre ans, j'étais tellement malade de rétrécissements, et cela depuis une vingtaine d'années, que plusieurs chirurgiens me proposèrent l'uréthrotomie externe. C'est assez dire dans quel état déplorable je me trouvais. Sans préparation préalable, le 30 avril 1890, je fus électrolysé par M. Fort, qui avait fait sept ou huit séances d'un cathétérisme impuissant avant de faire pénétrer une bougie filiforme dans l'urèthre rétréci en sept ou huit points différents. L'opération ne dura pas une minute et, à partir de ce moment, j'urinai si largement que c'était pour moi une véritable joie d'accomplir cette fonction. Pour donner une preuve de l'innocuité de cette opération, je dirai que je passai une grande partie de la nuit suivante en voiture et à cheval pour des affaires personnelles.

Malgré la recommandation faite par M. Fort de passer fréquemment des bougies, j'ai négligé cette partie importante du traitement et ma vessie a fort bien fonctionné jusque dans ces derniers temps, où j'ai vu mon jet diminuer rapidement. Je me suis de nouveau soumis à l'électrolyse linéaire, et, après cette petite opération, qui a duré vingt secondes, M. Fort a rendu à l'urèthre l'ancien calibre, fort satisfaisant. Il a introduit une bougie n° 23.

On voit, par ces exemples, quelle confiance on doit avoir dans les assertions, peut-être intéressées, de quelques détracteurs. M. le professeur Tillaux, dans la préface du *Traitement des rétrécissements* de M. Hamonic, accorde que l'uréthrotomie et l'électrolyse linéaire doivent être mises sur le même plan et il les considère l'une et l'autre comme une opération préliminaire, disposant l'urèthre à la dilatation. Selon moi, M. Tillaux n'accorde pas assez à l'électrolyse, qui est absolument bénigne et après laquelle la récidive est très rare. En admettant même la récidive, l'opération est si simple par elle-même qu'on peut la renouveler sans crainte.

L'ouvrage de M. Fort est plein de faits analogues à celui-ci. Le 13 mai 1892, un malade, âgé de cinquante-trois ans et atteint d'un rétrécissement profond et très étroit, presque infranchissable, fut opéré, par M. Fort, à l'hôpital du Midi, en présence de M. Mauriac, chirurgien de l'hôpital, et de M. Raymondi, médecin du malade. L'opération dura quinze secondes ; il n'y eut pas de fièvre. Huit jours après, M. Mauriac introduisit la bougie n° 26 qui pénétra avec la plus grande facilité. Le malade n'a pas été sondé depuis et il urine parfaitement.

Il y a quelques semaines, M. le docteur Béal, de Saignes (Cantal), écrivant à M. Fort, lui rappelait un client qu'il lui avait adressé, il y a quatre ans, et qui fut rapidement guéri. La guérison se maintient complète depuis quatre ans.

Je pense avoir surabondamment démontré les avantages de l'électrolyse linéaire et la parfaite innocuité de cette opération. Je termine en recommandant, à mes confrères, la lecture de l'excellent livre que vient de publier notre savant confrère. D[r] Hacks.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

194. M. Dupasquier. Contribution à l'étude de la tuberculose rénale. — 195. M. Saliès. De l'iritis dans la pathologie générale. — 196. M. Deronde. Contribution à l'étude du traitement des pleurésies purulentes. — 197. M. Moret. Contribution à l'étude du traitement des hydarthroses chroniques par la ponction et les injections antiseptiques. — 198. M. Hardiviller. Contribution à l'étude du rhumatisme aigu. — 199. M. Morault. Du diagnostic précoce de la tuberculose pulmonaire. — 200. M. Charlier. Le typhus exanthématique au Havre en 1893. Origine américaine de l'épidémie française de 1892-1893. — 201. M. Guinochet. Epuration, filtration et stérilisation des eaux potables. — 202. M. Moissy. Quelques considérations sur les propriétés cliniques des badigeonnages de gaïacol. — 203. M. Bidault. De la contusion rénale et de son traitement. — 204. M. Mignen. Des blessures de la vulve au point de vue médico-légal. — 205. M. Pouchin. Bromure d'éthyle. — 206. M. Mignon. Quelques considérations sur le traitement de l'hypertrophie de la prostate. — 207. M. Payrau. De la rupture artificielle des membranes dans les cas d'hémorragies liées à l'insertion vicieuse du placenta.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Jacques Agostiné est nommé médecin-adjoint au lycée de Bastia, en remplacement de M. le docteur Ramaroin, appelé à d'autres fonctions.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Martel (de Belleville-sur-Saône), Moutard (de Saint-Colomb).

Le Directeur-gérant : D[r] E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 70. — SAMEDI 16 JUIN 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 16 JUIN 1894. — N° 70.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Les troubles mentaux de l'urémie.

Par le docteur Édouard TOULOUSE,
Médecin de l'asile Saint-Yon.

J'ai choisi le titre de TROUBLES MENTAUX DE L'URÉMIE, parce qu'il ne préjuge pas la question de savoir si ces désordres psychiques sont symptomatiques ou vésaniques et qu'il permet de les étudier tous les deux, au cas où ils seraient distincts; c'est pour cela que j'ai rejeté les mots de délire ou de folie, qui sont chacun trop exclusifs. J'ai employé aussi le terme d'URÉMIE, à défaut de plus précis et tout simplement parce qu'il a la signification la plus large et qu'il comprend toutes les néphrites, et, par conséquent, le mal de Bright, et tous les cas d'insuffisance rénale par coliques néphrétiques, anurie hystérique ou autres processus morbides aboutissant au même résultat. Alors pourquoi ne pas dire : troubles mentaux dans les *intoxications urinaires*, puisque c'est, en somme, le véritable sujet que je vais traiter? Pourquoi? Parce que l'expression est, quoique étendue, trop étroite justement parce qu'elle s'applique à quelque chose de plus limité; elle indique une théorie pathogénique et, à ce titre, pourrait un jour ne pas s'adapter exactement à des cas morbides autrement observés. D'ailleurs rien ne vaut les vieux vocables auxquels le temps a enlevé toute signification nette, tels que urémie, hystérie, puerpéralité; tant que la science n'est pas faite, ils conviennent admirablement à tous les faits, à cause même de leur imprécision.

Kœppen (1) a fait une classification des *psychoses albuminuriques*; il les a divisées en trois classes. Dans la première, les troubles mentaux sont sous la dépendance d'une lésion rénale; dans la seconde, l'albuminurie et les désordres psychiques sont tous deux des symptômes d'une maladie générale, une artério-sclérose qui a frappé à la fois le rein et l'encéphale; dans la troisième, l'albuminurie est l'effet des maladies nerveuses et des psychoses. Or ce groupement ne peut entrer dans le cadre de mon étude, qui embrasse exactement les troubles mentaux de l'insuffisance rénale. L'albuminurie qui survient chez les psychopathes n'a rien à voir avec mon sujet. Elle-même n'est d'ailleurs qu'un des symptômes de l'urémie et peut manquer, quoique celle-ci existe; on sait aujourd'hui qu'elle survient parfois en dehors de toute lésion rénale et de toute intoxication urinaire. Dans le cas où elle représente une lésion du rein, survenue au cours d'une psychose — ce qui peut arriver — il est évident que l'insuffisance rénale qui existe alors peut avoir un retentissement sur l'évolution des troubles mentaux de l'aliéné. Elle aura probablement pour résultat de provoquer des phénomènes hallucinatoires et d'agitation qui se surajouteront à ceux en rapport avec la cause psychopathique principale. Ces faits, qui représentent en somme l'influence des complications urémiques sur la marche des psychoses, que le trouble rénal soit un effet de ces dernières ou une maladie coexistant avec elles, ces faits sont peu étudiés. Les aliénés attirent assez rarement l'attention sur les troubles de leurs fonctions physiologiques; aussi est-il peu d'endroits où l'on ait moins parlé de folie urémique que dans les asiles. J'ai consulté de nombreuses statistiques dressées par des médecins aliénistes, où cette cause psychopathique ne figurait pas dans les tableaux étiologiques; ce qui a été fait dans l'étude de cette question des troubles mentaux urinaires l'a été pour beaucoup, comme on le verra par la bibliographie, en dehors du monde psychiatrique.

Pour en revenir à l'urémie délirante chez les aliénés, on doit faire remarquer que la plupart des documents qui ont été publiés sur ce sujet, ne sont pas utilisables. Il est, en effet, très difficile d'établir si l'insuffisance rénale, observée un jour chez un psychopathe, a été la cause de sa folie ou n'est qu'une maladie incidente. Si l'on s'en tient à l'examen seul des symptômes brightiques observés chez les aliénés, et par exemple de l'albuminurie considérée comme symptôme de néphrite, et des lésions nécropsiques du rein, on remarque que les opinions ne concordent guère. Savage (1), après plusieurs centaines d'examens d'urine de psychopathes, a déclaré avoir rarement rencontré de l'albumine dans ce liquide. Au contraire, Werberg (2), faisant ses recherches sur les seuls alcooliques aigus, a trouvé 51 fois

(1) KŒPPEN. De l'albuminurie chez les aliénés, XIIIe Congrès des neurologistes et aliénistes de l'Allemagne du Sud-Ouest, séance du 9 juin 1889, *Arch. de neurol.*, t. XVIII, p. 448.

(1) *Dict. of psychol. med.* (Hack Tuke), art. Bright's disease in relat. to insanity, 1892, t. I, p. 172.

(2) BOUVAT. *Essai sur l'urémie délirante*, Th. de Lyon, 1883, p. 68.

sur 151 cas de l'albuminurie, dont la durée coïncidait avec celle du délire. D'autre part, Sankey (1) dit avoir été frappé par la fréquence des altérations du rein dans les autopsies d'aliénés. La question est donc assez obscure et demande un supplément d'enquête.

Mais en laissant de côté les troubles mentaux par insuffisance rénale *survenant* chez les aliénés, on peut grouper les autres faits sous deux chefs. Ou bien l'urémie est la cause de la folie, ou bien elle n'est, comme elle, qu'un effet d'une maladie plus générale, de l'artério-sclérose par exemple, qui aurait frappé le cerveau et le rein, comme cela survient parfois dans le cours de l'alcoolisme chronique et de la paralysie générale. Ces derniers cas, où les sujets deviennent en même temps aliénés et néphritiques, sont à ranger avec ceux que j'ai déjà exclus de mon sujet; l'urémie, chez eux, ne peut provoquer que des symptômes mentaux secondaires. Il s'agit encore de troubles intellectuels par insuffisance rénale venant se surajouter à un état psychopathique qu'il n'a pas produit. Ces phénomènes sont très intéressants à étudier, mais, comme ils compliquent un délire déjà existant, ou survenant peu après eux et en dehors de leur influence, il n'est pas commode de les débrouiller et de voir ce qui, dans les désordres psychiques, les représente. En résumé, il ne reste à étudier ici que les faits où le délire est bien sous la dépendance de l'insuffisance rénale.

I

HISTORIQUE

On peut dire que l'histoire de l'urémie délirante remonte aussi loin que celle du mal de Bright. Sans remonter trop haut dans le passé pour rapporter quelques maigres phrases puisées de-ci de-là dans les auteurs qui se sont incidemment occupés de la question, et en nous en tenant aux mémoires les plus importants (2), on peut dire que le premier, en France, qui a étudié et décrit avec quelques détails les troubles cérébraux chez les brightiques, c'est Lasègue (3). Encore s'est-il plutôt occupé du coma, des convulsions que du délire, auquel il consacre seulement quelques lignes, où il appelle l'attention sur la part que l'alcoolisme peut avoir sur sa production. Aran (4) publie, en 1860, des leçons importantes, où les principales formes de l'urémie cérébrale sont décrites. La thèse d'agrégation de M. Fournier (5), les articles de Gubler (6) et de M. Jaccoud (7) contiennent aussi quelques renseignements sur le sujet qui nous occupe.

A dater de cette époque, vers 1865, les mémoires et surtout les thèses sur l'urémie deviennent de plus en plus nombreuses et il est impossible de tous les citer, d'autant que la plupart ne font que reproduire les faits connus. Il faut cependant mentionner le mémoire de M. Bourneville (8), qui relate deux observations intéressantes, un article de Wilks (1) et l'ouvrage de M. Lecorché (2) sur les maladies des reins, où l'auteur consacre à l'urémie délirante une bonne description clinique.

Quelque temps après la thèse d'agrégation de M. Rendu (3), paraît celle de doctorat de M. Bouvat (4), inspirée par M. Pierret et qui est très documentée. Dans son travail, ce médecin lyonnais s'est attaché surtout à prouver qu'il existe des formes d'urémie délirante pure, dégagée de tout autre symptôme somatique pouvant mettre sur la voie étiologique, et, reproduisant les observations antérieures, il étudie les formes cliniques des désordres intellectuels du mal de Bright.

Mais M. Raymond (5) avait publié, une année auparavant, un mémoire où, après avoir donné quatre observations de troubles psychopathiques au cours de néphrites chroniques, il concluait à un délire purement symptomatique et essayait de distinguer ces désordres intellectuels des vésanies. Plus tard, en 1890 (6), il apporta un nouveau fait et confirma sa première opinion, que les malades de ce genre étaient des brightiques et non des aliénés. Au contraire, M. Dieulafoy (7), ayant observé deux cas de délires nettement liés à une intoxication urinaire, leur accole, dans un mémoire très documenté, l'épithète de *folie brightique*, en insistant sur cette particularité que les faits de ce genre survenant chez des personnes ne présentant aucune autre manifestation brightique peuvent égarer le diagnostic du médecin. Vers la même époque, un de ses élèves, M. Ribail (8), consacre, dans sa thèse sur l'insuffisance rénale, un chapitre très important sur les troubles délirants de tous les intoxiqués urinaires, élargissant ainsi la question et insistant, pour la pathogénie des troubles psychiques, sur la théorie générale de l'urémie de M. Bouchard.

Pendant ce temps, la question était, à l'étranger, l'objet de divers travaux parallèles. Kœppen (9) communiquait, en 1889, à un Congrès allemand d'aliénistes et de neurologistes, un mémoire où il classait, comme on l'a lu plus haut, les divers faits d'albuminurie coexistant avec des psychoses. En Amérique, Mme Alice Bennett (10) publiait, il y a quelque temps, un mémoire basé sur 60 observations et tendant à faire admettre cette idée que l'empoisonnement urémique était une des causes fréquentes de la folie.

La même année, en France, MM. Brissaud et Lamy (11) rapportaient l'observation d'une urémie délirante avec phéno-

(1) Loc. cit. (note 1 de la page précédente, 2e col.).

(2) On trouvera des renseignements bibliographiques plus étendus dans les thèses de Bouvat (Lyon, 1883) et de Florant (Paris, 1891).

(3) Lasègue. Des accidents cérébraux qui surviennent dans le cours de la maladie de Bright (*Arch. gén. de méd.*, 1852), in *Études médicales*, 1881, t. II, p. 824.

(4) Aran. Des accidents nerveux de l'urémie, *Gaz. des hôpit.*, 1860, p. 277 et 285.

(5) Fournier. *De l'urémie*, Th. d'agrég., Paris 1863.

(6) Gubler. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Albuminurie, 1865.

(7) Jaccoud. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Albuminurie, 1869.

(8) Bourneville. *Étude clinique et thermométrique sur les maladies du système nerveux*, 1873, 2e fasc., p. 186 et 200.

(1) Wilks. Mania as a symptom of Bright's disease. *Journ. of Ment. Sc.*, July 1874.

(2) Lecorché. *Traité des maladies des reins*, 1875, p. 310.

(3) Rendu. *Étude comparative des néphrites chroniques*, Th. d'agrég., Paris 1878, p. 164 et suiv.

(4) Bouvat. Loc. cit.

(5) Raymond. Sur certains délires simulant la folie survenant dans le cours des néphrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie, *Arch. gén. de méd.*, 1882, p. 291.

(6) Raymond. Relation de l'albuminurie avec les psychoses à propos d'un cas de folie du doute coïncidant avec une néphrite chronique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1890, p. 538.

(7) Dieulafoy. De la folie brightique, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit.*, 1885, p. 246. — Contribution à l'étude clinique et expérimentale de la maladie de Bright, *Idem*, 1886, p. 270 et 414.

(8) Ribail. *Contribution à l'étude de l'insuffisance rénale*, Th. de Paris, 1886, p. 37 et suiv.

(9) Kœppen. Ouvr. cité.

(10) A. Bennett. *Amer. Journ. of Insanity*, oct. 1890.

(11) Brissaud et Lamy. Attitudes cataleptiques chez un brightique délirant, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1890, p. 365.

mènes cataleptiformes, ce qui tendait à compléter le tableau clinique des troubles psychiques étudiés chez les urinaires. Le dernier travail important paru sur la question est la thèse de M. Florant (1), qui résume ou reproduit les principaux faits connus et les étudie à la lumière des opinions de son maître, M. Joffroy (2), sur lesquelles j'aurai l'occasion de revenir plus longuement dans le cours de cet article.

II

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

INSUFFISANCE RÉNALE. — Les troubles intellectuels, dus à l'intoxication urinaire, peuvent survenir chaque fois que cette condition morbide est réalisée. Or, celle-ci se rencontre soit lorsque le rein ne fonctionne pas ou fonctionne mal, soit lorsqu'il existe un obstacle au cours des urines.

Troubles fonctionnels du rein. — Le premier cas s'observe dans l'anurie. On sait combien cet accident est fréquent dans l'hystérie et combien aisément il est, d'habitude, supporté par les malades, qui n'ont, le plus souvent, que des vomissements ou de la diarrhée supplémentaires, probablement à cause d'une certaine diminution dans les phénomènes de nutrition accompagnant l'anurie. Je ne connais pas d'observations de délires survenus dans ces cas et pouvant être légitimement rapportés à l'arrêt de la sécrétion urinaire. Mais cette dernière peut être diminuée dans d'autres circonstances. Jobert de Lamballe croyait que la douleur pouvait rendre compte de l'arrêt des urines dans l'opération des fistules vésico-inguinales (3). Dans beaucoup de maladies nerveuses ou infectieuses, dans la pleurésie aiguë par exemple (4), l'urine devient plus rare. Dans tous ces faits de dysurie, les troubles intellectuels n'ont pas été encore étudiés.

Mais le délire urémique peut survenir parce que le rein fonctionne mal, par exemple par suite de troubles circulatoires. Il est fort probable que chez les cardiaques, qui sont aussi sujets que les rénaux à des troubles intellectuels, le délire soit justiciable, en grande partie tout au moins, de l'intoxication urinaire qui survient chez eux forcément à la période de non-compensation.

L'insuffisance rénale est à peu près de règle durant la grossesse. Aussi s'est-on demandé si les psychoses puerpérales n'étaient pas un chapitre de l'urémie délirante? M. Dieulafoy (5), notamment, se demandait si la folie puerpérale n'était pas une folie brightique? Je ne veux pas m'étendre longuement sur ce point, qui touche à la pathogénie des diverses formes des psychoses puerpérales que j'ai étudiées ici même dans une de mes dernières Revues générales (6). Je rappellerai seulement que ces troubles psychopathiques ont une étiologie différente, selon qu'ils éclatent durant la grossesse, pendant ou peu après l'accouchement, à l'occasion des suites de couches ou de l'allaitement, et que ceux qui surviennent dans les mois de la gestation ou au moment de la parturition, sont probablement

(1) FLORANT. *Des manifestations délirantes de l'urémie*, Th. de Paris, 1891.

(2) JOFFROY. De la folie brightique, *Bull. méd.*, 1891, p. 109.

(3) FÉRÉ. *La pathologie des émotions*, 1892, p. 98.

(4) RIBAIL. Ouvr. cité, p. 9.

(5) DIEULAFOY. De la folie brightique, ouvr. cité, p. 259.

(6) ÉD. TOULOUSE. Étiologie et formes cliniques des phychoses puerpérales, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1057.

ressortissables à une auto-intoxication de causes diverses et notamment par insuffisances hépatique et *rénale*. Cette dernière pathogénie est la plus vraisemblable, lorsqu'il existe chez la femme enceinte des symptômes nets de troubles rénaux, tels que des œdèmes, de l'albuminurie, des attaques éclamptiques — encore que ces dernières ne soient pas une preuve de l'intoxication rénale seule — comme dans les observations de Trousseau (1), MM. Debove (2), Varnier (3) et dans bien d'autres que l'on trouvera dans la thèse de M. Lallier (4). Toutefois cet auteur n'a reproduit que les faits où l'albuminurie et l'éclampsie ne paraissaient pas liées à un mal de Bright, mais bien à une auto-intoxication due aux troubles fonctionnels du foie et du rein. Mais les limites de mon sujet étant plus vastes, je n'ai pas les mêmes raisons pour exclure les cas de puerpérales présentant de l'urémie délirante, surtout quand il existe des lésions rénales, car alors les malades de ce genre présentent des troubles psychiques provoqués par l'insuffisance rénale. Mais, d'autre part, elles n'appartiennent pas complètement à l'urémie, puisque d'autres organes dépurateurs de l'organisme, le foie notamment, sont aussi lésés dans leur fonctionnement. Aussi est-il bon de classer à part les puerpérales et les urémiques, bien que, pour beaucoup de raisons, elles soient très proches.

Enfin, on pourrait se demander, avec M. Dieulafoy (5), si les paroxysmes urémiques ne seraient pas quelquefois produits au cours d'une maladie de Bright, par des crises purement fonctionnelles d'anurie, véritables *asystolies rénales*, et qui seraient provoquées, soit par un spasme du système vasculaire des reins, soit par une intoxication des cellules glandulaires par le poison urémique.

Lésions organiques du rein. — Mais certainement les causes les plus fréquentes du délire urémique sont les lésions organiques du rein, qui compromettent ses fonctions.

Parmi les néphrites aiguës, celles dites *a frigore* ont été incriminées. M. Jolly (6) en a cité un exemple. Beaucoup de ces néphrites sont de nature infectieuse. Ainsi dans les complications rénales de la scarlatine, le délire a été assez souvent noté. Mais quand on lit attentivement les observations, il est difficile de faire la part de ce qui ressortit à la scarlatine, qui, elle aussi, peut provoquer des désordres psychiques, et de ce qui est la conséquence de sa localisation sur le rein. Ainsi dans le cas de Marcus (7), le délire débute le quatrième jour de l'invasion de la fièvre éruptive, alors que l'albumine n'a pas encore paru dans l'urine. Au contraire, dans le fait de M. Monod (8), les troubles mentaux surviennent près d'un mois après le début de la scarlatine et deux semaines environ après que des symptômes de néphrite, bouffissure de la face, œdème pulmonaire et des jambes se sont montrés. Peter (9) a rapporté l'observa-

(1) TROUSSEAU. *Cliniques*, t. II, p. 199 et suiv.

(2) DEBOVE. In Florant, ouvr. cité, p. 41.

(3) VARNIER. *Rev. prat. d'obst. et d'hyg. de l'enf.*, 1888, t. I, p. 199.

(4) LALLIER. *De la folie puerpérale dans ses rapports avec l'éclampsie*, Th. de Paris, 1892, p. 64 et suiv.

(5) DIEULAFOY. *Manuel de pathologie interne*, 7e édition, 1894, t. III, p. 75.

(6 et 7) JOLLY et MARCUS. Observation reproduite in Th. de Florant, ouvr. cité, p. 35 et 40.

(8) MONOD. *De l'encéphalopathie albuminurique aiguë et des caractères qu'elle présente, en particulier chez les enfants*, Th. de Paris, 1868, p. 160.

(9) PETER. In Th. de Florant, loc. cit., p. 33.

tion d'un typhique qui, au début de sa convalescence, manifesta un délire aigu qui aurait été mis sur le compte de la dothiénentérie, si l'autopsie n'avait révélé une lésion avancée des reins, à laquelle devaient être rattachés les troubles intellectuels.

Mais les lésions rénales s'accompagnant de délire sont surtout ces néphrites chroniques, qu'on appelle du terme général de mal de Bright. Pour beaucoup même, la folie urémique, c'est la folie brightique. Parmi les intoxications chroniques qui peuvent altérer le tissu rénal, il faut citer l'alcoolisme, dont l'action sur cet organe est connue, la syphilis et aussi le saturnisme, si bien que la question s'est posée de savoir si, dans les psychoses causées par le plomb, la condition pathogénique ne serait pas la néphrite.

Obstacles mécaniques à l'excrétion urinaire. — Enfin un dernier groupe de causes sont représentées par des obstacles à l'écoulement des urines. Russell (1) rapporte l'histoire d'un malade qui, à la suite de coliques néphrétiques, fut pris de délire nocturne qui dura une semaine jusqu'à ce que l'expulsion de deux calculs eût rétabli l'excrétion urinaire. Il est peu important de savoir si la rétention d'urine observée était de cause mécanique ou si elle n'était pas due à une anurie par réflexe, comme le phénomène se voit dans les coliques néphrétiques ; mais on peut se demander quelle part il faut faire à la douleur dans la production de ces troubles mentaux?

La compression des uretères, par une tumeur du bassin par exemple, peut déterminer de l'urémie. A ce propos, je rappellerai que M. Alling (2) a rapporté le cas d'une femme dont l'aspect était celui d'une mélancolique et qui présenta, peu avant sa mort, de l'anurie, de l'œdème des jambes, un épanchement pleural, et chez laquelle on trouva les deux uretères perdus autour de l'utérus, dans un tissu rétracté qui était le reliquat d'une ancienne péri-métrite, mais aussi un rein dégénéré et l'autre réduit à l'état d'une coque remplie d'urine claire, ce qui fait qu'on ne sait trop à quoi attribuer les phénomènes psychopathiques observés, si c'est au défaut d'excrétion ou à l'insuffisance et aux troubles de la sécrétion. D'ailleurs tous les faits cliniques sont complexes et offrent rarement la netteté désirée par les faiseurs de théories.

Dans toute rétention d'urine on observe, si elle se prolonge, du délire qui n'est guère imputable qu'à l'intoxication urémique. Enfin, il faut rapprocher de tous ces faits ceux d'empoisonnements urineux, observés par les chirurgiens, et qui surviennent après une fausse route uréthrale ou même une simple érosion de la muqueuse, ou à l'occasion de phénomènes de résorption au cours de cystites chroniques. Mais dans la plupart des cas, où du pus se forme, il se surajoute à l'empoisonnement urineux un autre dû aux produits bactériens. Aussi ces faits sont-ils quelque peu différents de ceux étudiés ici, à cause de leur complexité.

Causes prédisposantes. — L'insuffisance rénale est la condition somatique du délire urémique ; mais elle n'est pas le seul facteur étiologique, car alors les troubles psychiques rénaux seraient d'une fréquence beaucoup plus commune. Pour qu'un brightique délire, il est nécessaire que son cerveau soit très sensible à l'action des poisons urémiques. Parfois sa susceptibilité morbide est rendue plus grande encore par le concours d'autres causes, telles que les fatigues de la grossesse ou d'un accouchement, comme dans les cas d'urémie puerpérale, ou encore l'épuisement causé par une maladie infectieuse, la scarlatine, la fièvre typhoïde (Peter), quelquefois c'est une maladie nerveuse (1), un traumatisme antérieur (2), des attaques d'apoplexie (3), qui ont laissé un cerveau invalide et apte à fabriquer du délire. Enfin, l'alcoolisme, que semblait incriminer Lasègue (4), sans fournir de preuves, a été cité quelquefois, mais rarement, notamment par M. Bouvat (5), et encore avec réserves.

La prédisposition névropathique a été rencontrée assez souvent, mais pas dans les proportions qu'on aurait cru trouver. M. Florant (6), qui a fait un relevé de 63 observations de délire urémique, a noté les antécédents qui avaient été recherchés dans 30 de ces cas. Or, dans la moitié, dans 16, aucune tare nerveuse ni individuelle, ni familiale. Dans les 14 autres, on constate 12 fois des antécédents personnels représentés par la chorée, la migraine, une hémiplégie, des attaques d'apoplexie, des convulsions infantiles, l'éclampsie, des accès de manie, un séjour dans un asile, de la facilité à délirer au cours de contrariétés, de l'émotivité exagérée et une jalousie extrême (?). Les antécédents héréditaires, constatés dans 7 observations sont : une maladie de la moelle (mère) ; des maux de tête fréquents (frère) et un délire passager (enfant) ; un caractère bizarre (mère) ; de l'épilepsie ou de l'hystérie (frère) ; de la nervosité (père) ; des attaques de nerfs (sœur) ; un état nerveux (plusieurs parents). Les tares familiales observées sont, on le voit, peu accentuées. Toutefois, il faut admettre que, si les renseignements donnés dans les divers cas de délire urémique étaient plus nombreux, la proportion des prédisposés grandirait d'une manière considérable. Et M. Joffroy (7) a eu bien raison d'insister à plusieurs reprises sur la prédisposition comme facteur des troubles mentaux, facteur absolument prépondérant.

La prédisposition domine tous les délires, les délires symptomatiques, d'intoxication et autres. La recherche des causes dites occasionnelles n'est cependant pas un travail stérile, car elle permet de se rendre compte des conditions dans lesquelles cette aptitude morbide est éveillée, c'est-à-dire aussi comment elle peut être enrayée.

Pathogénie. — Le délire urémique n'étant qu'un symptôme de l'empoisonnement urinaire, il est nécessaire de rechercher ses conditions d'apparition dans l'étude de la toxicité des urines. On sait combien nombreuses sont les théories qui ont tour à tour essayé d'expliquer l'empoisonnement urinaire ; on les retrouvera très bien résumées dans un livre récent de M. Charrin (8).

Je me contenterai de rappeler, d'après cet auteur, que pour expliquer les phénomènes toxiques de ce complexus

(1) Russell. *Med. Times and Gaz.*, 3 mai 1879.

(2) Alling. Urémie à forme lente, insidieuse. *Bull. de la Soc. anat.*, 1869, p. 100.

(1) Pierret. Obs. in Th. Florant, ouvr. cité, p. 38.

(2) Savage. *Journ. of ment. Sc.*, July 1887.

(3) Hœsslin. Obs. trad. par Florant, ouvr. cité, p. 62.

(4) Lasègue. Ouvr. cité, p. 842.

(5) Bouvat. Ouvr. cité, p. 58.

(6) Florant. Ouvr. cité, p. 28.

(7) Joffroy. De la folie brightique, ouvr. cité, p. 109 et suiv.

(8) Charrin. *Poisons de l'organisme*, collect. Léauté, p. 72 et suiv.

morbide, on a tout d'abord incriminé l'urée (Wilson). Or, les expériences de M. Bouchard ont montré que cette substance est inoffensive aux doses où on la trouve dans l'organisme et qu'il en faudrait, pour causer la mort d'un homme, la quantité qui se fabrique dans l'économie durant une semaine. Frerichs a soutenu alors que l'urée n'agissait que par le carbonate d'ammoniaque auquel il donne naissance; mais on a trouvé ce sel chez des individus en bonne santé et, d'autre part, les symptômes d'intoxication par ce poison ne sont pas tout à fait ceux de l'urémie. Cependant, cette substance doit jouer un rôle dans l'empoisonnement rénal, tout au moins par sa propriété hypothermisante. Avec Thudicum, les matières colorantes commencent à être incriminées, et notamment un des pigments intravésicaux, l'urochrome. Récemment, MM. Mairet et Bosc ont continué l'étude de l'action de ces matières colorantes, telles que l'urochrome, l'uroxanthine, l'urobiline, auxquelles ils accordent le rôle principal. Les acides urique et hippurique ont aussi été suspectés, malgré leur innocuité réelle, évidente chez les goutteux pour le premier de ces corps.

Plusieurs auteurs, Chottin entre autres, ont cru voir la clef des troubles urémiques dans l'accumulation des principes azotés d'un degré inférieur d'oxydation, se formant en grande quantité par suite d'une perturbation nutritive première. Mais ces substances, la créatinine, qui n'existe pas dans le sang, la xanthine, la leucine, la tyrosine, etc., ne paraissent pas bien dangereuses.

Les matières minérales de l'urine ont aussi été signalées comme toxiques. Or, le chlorure de sodium sécrété en un jour n'a pas un pouvoir de toxicité suffisant pour lui attribuer la cause de l'empoisonnement. Mais il n'en est pas de même de la potasse, et M. Bouchard a montré qu'à eux seuls les sels de potassium expliquent, ou à peu près, la toxicité des urines, et ont pour effet de produire des convulsions et l'arrêt du cœur. Mais la potasse, ne provoquant pas tous les symptômes urotoxiques, ne peut pas être la seule coupable. Et c'est là où paraît triompher la théorie de M. Bouchard, qui fait de l'urémie l'œuvre, non pas d'un seul poison, mais de plusieurs, dont chacun, ou plutôt chaque groupe, semble avoir une action particulière. Ainsi, la solution de l'extrait sec des matières de l'urémie, insolubles dans l'alcool, détermine le moysis, les convulsions, l'hypothermie; la solution de l'extrait dissous par l'éthyle cause la somnolence, le coma, la salivation. Le liquide vésical décoloré est moins toxique que celui qui contient les matières colorantes. Les alcaloïdes ne paraissent pas être les éléments les plus dangereux. En revanche, dans le groupe minéral, la potasse est la substance la plus toxique. Les poisons de l'urine sont donc nombreux, et leurs actions spéciales s'ajoutent et se mêlent pour produire, quand ils sont retenus dans le sang, le syndrome complexe de l'urémie, qui est bien causée par l'*insuffisance de la dépuration urinaire* (Jaccoud).

Parmi ces poisons de l'urine, certains excitent-ils plus particulièrement les troubles psychiques, de même qu'il y en a qui provoquent le coma ou les convulsions? C'est possible; mais rien actuellement ne permet de répondre à cette question d'une façon précise. Sont-ce les leucomaïnes, les matières colorantes, les substances minérales? Les premières et les secondes sont les plus suspectes, étant donné qu'elles provoquent volontiers des délires, par exemple dans certains états d'auto-intoxication et dans certaines formes d'ictère.

Mais, dans l'insuffisance rénale, l'eau aussi peut être retenue; et il en résulte alors de l'hydrémie, des œdèmes, par exemple de l'œdème cérébral, des stases veineuses, qui déterminent des troubles circulatoires, des congestions qui, si elles se localisent dans les poumons, peuvent entraîner de la dyspnée et, consécutivement, des désordres psychiques.

Il existe bien souvent aussi des troubles divers de la nutrition, qu'ils soient la cause de la lésion rénale ou la conséquence de cette maladie. Certains sont apparents; les parois vasculaires, mal nourries, peuvent se déchirer et donner lieu à des hémorragies cérébrales. La plupart ne se manifestent que par un état d'épuisement, de cachexie qui finit toujours par se produire. Tous ces phénomènes morbides peuvent agir sur les fonctions intellectuelles. On sait, d'autre part, que le mal de Bright a été aussi considéré comme une maladie primitivement générale et constituée par l'*arterio-capillary fibrosis* (Gull et Sutton), par une dystrophie des albuminoïdes (Jaccoud, Semmola, Robin). De cette manière, certains délires urémiques pourraient être envisagés comme dépendant, en partie tout au moins, des troubles primordiaux de la nutrition. Enfin, l'auto-intoxication pourrait être une cause de néphrite (1); et l'on sait que l'hypothermie et même quelquefois l'hyperthermie (2) sont associées à l'urémie et peuvent avoir ainsi quelque influence sur le trouble des fonctions intellectuelles.

A côté des intoxications et des troubles de la nutrition on doit ranger l'œdème cérébral et l'hydropisie des ventricules qui ont été signalés dans beaucoup d'observations. Toutefois, il est difficile, dans les cas de ce genre, de dire ce qui, parmi les troubles psychiques, appartient à cette lésion, qui, cependant, ne doit pas être indifférente dans leur production, et qui jadis paraissait la véritable cause du délire. Une hémorragie cérébrale, une attaque d'apoplexie ont souvent aussi un retentissement délirant.

Les altérations de l'encéphale peuvent provoquer, seules ou associées à l'intoxication, des troubles intellectuels. M. Florant a relevé les lésions que les observateurs avaient constatées au cours des autopsies (3).

Sur 40 cas, on aurait trouvé :

Œdème cérébral	5 cas.
Hydropisie ventriculaire.	6 —
Affaissement des circonvolutions. .	2 —
Exsudat sur les hémisphères. . . .	3 —
Tassement des corps striés et des couches optiques.	1 —
Congestion des méninges	6 —
Œdème sous-arachnoïdien et des méninges	4 —
Augmentation du liquide céphalo-rachidien.	1 —
Athérome des artères de la base de l'encéphale.	3 —
Rien au cerveau ni aux méninges. .	9 —
Total.	40 cas.

L'éclampsie urémique, qui a été accusée de produire le délire urémique, n'est elle-même qu'un des symptômes de

(1) Gaucher. Néphrite par auto-intoxication, *Rev. de méd.*, nov. 1888.
(2) Blondeau. *Recherches sur l'urémie fébrile*, Th. de Paris, 1892.
(3) Florant. Ouvr. cité, p. 14.

l'intoxication urinaire et ne peut jouer qu'un rôle secondaire dans la production des troubles psychiques, celui d'agent provocateur qu'ont tous les ictus. Elle-même est aussi une manifestation névropathique; elle apparaît de préférence chez les individus à tares familiales nerveuses, peut se transformer en mal comitial, et comme les autres éclampsies, infantiles et puerpérales, n'est probablement qu'une épilepsie (1).

On voit donc que la pathogénie des délires urémiques est complexe; on doit retenir surtout ce fait, que dans l'urémie il y a une intoxication générale qui peut retentir sur un cerveau prédisposé et éveiller des troubles psychiques. La chose n'est pas extraordinaire. Dans tous les cas d'intoxication, qu'ils soient de nature microbienne (maladies infectieuses) ou dus à des substances chimiques (alcoolisme, saturnisme, etc.), les désordres psychiques sont assez fréquents (2).

L'urémie peut-elle provoquer de simples délires ou des psychoses? Quel est, dans ce dernier cas, son rôle exact, est-il efficient ou occasionnel? En d'autres termes, existe-t-il seulement des délires symptomatiques de l'insuffisance rénale? Y a-t-il une folie urémique à caractères spéciaux? Quelle place ces troubles psychopathiques doivent-ils avoir dans la pathologie mentale? J'essayerai de répondre à ces questions après avoir décrit les aspects cliniques des troubles mentaux observés dans l'urémie.

III

SYMPTOMATOLOGIE ET TRAITEMENT

1. **Symptomatologie.** — Sous un délire il y a toujours des troubles somatiques qui le provoquent, l'accompagnent ou lui succèdent. Dans l'urémie, autant sinon plus qu'ailleurs, il est important de connaître les rapports qui unissent les symptômes physiques avec les désordres mentaux.

SYMPTÔMES PHYSIQUES. — Ils varient nécessairement avec la maladie qui est la cause de l'insuffisance rénale. Mais je ne veux pas faire ici le tableau clinique du mal de Bright, de la néphrite scarlatineuse ou d'une colique néphrétique. Mon intention est de mettre en lumière quelques points de l'association des deux groupes de troubles morbides.

Ordinairement, dans l'urémie délirante, il y a des signes physiques de l'insuffisance rénale. Si on a affaire à un brightique, ce qui est le cas le plus fréquent, on constate des œdèmes, des modifications dans la quantité ou la qualité des urines, de l'hypertrophie du cœur, un bruit de galop (Potain), et alors le diagnostic est facile. Si le sujet est atteint de néphrite survenant au cours d'une maladie infectieuse, une scarlatine, par exemple, outre que l'on s'attend bien souvent à la complication, celle-ci s'annonce toujours par quelque phénomène nouveau, œdèmes, douleur des reins, albuminurie. Enfin, la grossesse, l'obstacle au cours des urines se manifestent par des symptômes encore plus évidents. Mais il est des cas où le délire survient alors qu'aucun symptôme bruyant ne dévoile la lésion rénale. M. Dieulafoy (3) a rapporté l'observation d'une brightique, chez laquelle des troubles intellectuels s'étaient montrés en l'absence des grands symptômes de la néphrite chronique. M. Bouvat avait, en 1883, cité des observations où le délire avait été le symptôme principal de l'urémie.

(1) FÉRÉ. *Les épilepsies et les épileptiques*, 1890, p. 256 et suiv.
(2) LEGRAIN. Les poisons de l'intelligence, *Ann. méd.-psychol.*, 1891, t. XIV, p. 30, 215 et 377, et 1892, t. XV, p. 52 et 215.
(3) DIEULAFOY. De la folie brightique, ouvr. cité, p. 248 et suiv.

Dans ces cas, la recherche de ce que ce médecin a appelé les petits accidents du brightisme (1) est précieuse pour établir le diagnostic étiologique; la sensation du doigt mort, la pollakiurie, les crampes, les fourmillements et les démangeaisons (2), les troubles visuels et auditifs, etc., tous ces symptômes peuvent fournir des renseignements importants. Un jour, M. Dieulafoy (3) établit le diagnostic par l'hypotoxicité des urines, qui est, on le sait, un symptôme de l'urémie.

Dans certains faits analogues, le délire est un symptôme de début d'une néphrite chronique. Mais ordinairement — peut-être aussi parce que dans les autres cas son étiologie est ignorée — il apparaît dans l'insuffisance rénale confirmée. On l'a cité comme complication des principales formes urémiques; et il semble qu'il se montrerait plus fréquemment dans les urémies à forme nerveuse, comateuse ou convulsive. On sait d'autre part que l'éclampsie puerpérale, qui est bien proche de l'urémique, éveille souvent, quoique pas d'une façon nécessaire, les troubles délirants. On conçoit d'ailleurs que tout ce qui frappe fortement le système nerveux soit bien près de pervertir les processus psychiques.

L'albuminurie a paru, à certains auteurs, être la cause des troubles psychiques, puisque pour eux il existe une folie albuminurique. Or, ce n'est là qu'un symptôme qui peut manquer, dans quelques cas d'intoxication urémique, par exemple dans la rétention d'urine, et même à certains moments et dans certaines formes du mal de Bright. Par contre, elle a été constatée en dehors de toute lésion rénale (4). Ce signe n'offre pas plus de rapports étroits avec le délire; il n'a guère qu'une valeur étiologique douteuse — quand il existe. Il ne paraît pas non plus y avoir de relation entre l'intensité des troubles intellectuels et la quantité d'albumine. Les œdèmes auraient une valeur diagnostique meilleure.

Le degré de toxicité des urines pourrait parfois fournir des renseignements. Lorsqu'il s'abaisse dans le cours du mal de Bright, l'urémie est à craindre, et par conséquent tous ses symptômes, notamment le délire. L'excès d'urée dans le sang aurait permis à M. Pierret de confirmer le diagnostic.

L'hypothermie, ou tout au moins l'absence de fièvre, est habituelle, mais non constante, dans les phénomènes urémiques, ce qui est un signe négatif d'une certaine importance.

En résumé, l'étude des symptômes physiques liés directement aux troubles intellectuels de l'insuffisance rénale, n'est pas poussée bien loin. Elle est d'ailleurs très difficile. Le délire peut survenir à toutes les périodes, comme dans toutes les formes de l'urémie. Il suffit que la dose d'intoxication suffisante — et nous ignorons à quel moment elle l'est — soit atteinte, pour qu'un cerveau prédisposé — et pouvons-nous souvent le diagnostiquer par avance? — soit troublé dans ses fonctions intellectuelles.

(1) DIEULAFOY. Étude sur le brightisme, Acad. de méd., 6 juin 1893.
(2) MATHIEU. *Des démangeaisons considérées comme symptômes du mal de Bright*, Th. de Paris, 1882.
(3) DIEULAFOY. Contribution à l'étude, etc., ouvr. cité, 1886, p. 414 et suiv.
(4) LÉPINE. *Rev. de méd.*, 1882, p. 545.

On ne doit comparer l'urémie à aucune des maladies qui, comme la variole, la pneumonie ou l'influenza, ont à parcourir un chemin plus ou moins tracé. Pouvant frapper tous les viscères, et ses conditions pathogéniques étant de durée essentiellement variable, elle surprend toujours par ses attaques, ses manifestations et sa marche. Aussi le délire paraît-il un incident isolé et sans racines dans le passé morbide du sujet. Outre l'intoxication cérébrale, qui doit le plus souvent le provoquer, mais dont on ne connaît pas les conditions, un autre symptôme de l'urémie, la dyspnée, l'œdème ventriculaire, la stase dans les vaisseaux de l'encéphale, peuvent tout aussi bien le déterminer.

D'autre part, les formes viscérales de l'urémie et la nature de l'insuffisance rénale n'ont, le plus souvent, pas d'action sur la variété ou la durée du délire, ainsi qu'on va le voir.

Symptômes psychiques. — M. Joffroy (1), classant les variétés cliniques des délires urémiques, les divise en trois groupes : ceux qui sont symptomatiques d'une néphrite aiguë, au cours d'une maladie infectieuse par exemple, et qui n'appartiennent pas proprement à l'aliénation mentale ; ceux qui sont seulement provoqués par les désordres brightiques, agissant sur des cerveaux à prédisposition vésanique et éveillant, d'une façon tout occasionnelle, des psychoses qui évoluent ensuite à leur manière ; et ceux, enfin, qui sont créés et entretenus par ces troubles somatiques, dont ils sont une des manifestations, et qui constituent ainsi la vraie folie brightique.

Cette classification a le mérite d'être claire et de grouper ces faits psychopatiques sous la forme habituelle où on les range habituellement. Peut-être devrait-on mettre aussi dans la troisième catégorie (vrais délires brightiques), ceux de la première classe, lorsqu'ils paraissent sous la dépendance de l'intoxication urémique provoquée par la néphrite infectieuse ; tous les deux sont alors symptomatiques au même titre et sur la limite de la psychiatrie. Des troubles psychiques en rapport avec une maladie infectieuse ou fébrile à localisation occasionnellement rénale ne sont pas légitimement des délires urémiques et, par conséquent, n'entrent pas dans le sujet. On peut donc dire qu'il existe deux groupes de troubles mentaux de l'insuffisance rénale : les uns, nettement symptomatiques par leur marche plus ou moins parallèle à celle des désordres somatiques, les autres paraissant plutôt provoqués que produits par l'intoxication urinaire et évoluant, une fois déterminés, avec une certaine liberté d'allure. Or il se trouve que les premiers sont surtout des délires diffus et les seconds des délires systématisés, des psychoses. C'est sous cette division que, pour la clarté de l'étude, je les analyserai en ajoutant à ma description les autres désordres mentaux, qui ne rentrent pas dans ces deux paragraphes.

Délires diffus. — Ce sont les plus communs. Par leurs caractères, ils se rapprochent de tous les délires symptomatiques qu'on observe dans les maladies aiguës, au cours de certaines maladies chroniques ou d'accidents cérébraux, et surtout dans les intoxications, dans l'alcoolisme par exemple. On peut les définir en quelques mots, en disant qu'ils se manifestent par une confusion mentale hallucinatoire aiguë. Les souvenirs, les sensations nouvelles, tout se confond dans un pêle-mêle où rien ne peut s'organiser. Le pouvoir de synthèse qui, dans l'esprit sain, classe, compare les images, les ramène à une personnalité principale et en tire des jugements exacts, est très diminué ou aboli. Il en résulte, pour les malades, une incapacité absolue de percevoir les choses telles qu'elles sont et de se servir utilement de leur mémoire. L'attention est nulle ou très difficile ; toutefois il est rare que, même dans les cas de plus grande confusion, on ne puisse, en parlant avec autorité au malade, lui faire comprendre une question simple et obtenir de lui une courte réponse assez raisonnable. Les paroles, reflétant les pensées qui naissent et s'entrechoquent sans arriver à s'unir, sont incohérentes.

Par suite de cet affaiblissement du pouvoir de synthèse, et probablement aussi par suite de l'irritation des nerfs sensoriels ou tout au moins de leurs centres, des illusions et des hallucinations se produisent, s'ajoutant au désordre général de l'esprit. Des impulsions motrices surviennent aussi quelquefois et font agir le malade qui se livre à des gestes inoffensifs ou violents, éclate de rire, ou encore sanglote, sans motif apparent. Il débite des phrases qui ne sont liées entre elles que par des associations grossières de son ou qui répondent à des sensations actuelles, mais le tout sans ordre et sans orientation logique.

Ces discours incohérents donnent l'idée d'une débâcle d'images, de souvenirs, de sensations, lâchés sans idée directrice, au petit bonheur de l'automatisme psychologique. L'éducation et les instincts naturels plus ou moins bien réprimés par elle, le caractère, les connaissances acquises et les préoccupations professionnelles fournissent la matière et la forme des verbiages et des hallucinations, ainsi que le mode des réactions motrices. Ce sont aussi les éléments pathogéniques de ces idées étiquetées : ambitieuses, mystiques, érotiques, mélancoliques, de suicide, de persécution ou autres, qui apparaissent brusquement et sans cohésion, et manifestent, par instants, sous une forme grossie, les pensées habituelles et les tendances émotionnelles du moi délirant.

Cette symptomatologie des délires symptomatiques, je l'ai ébauchée plusieurs fois ici même et notamment dans ma Revue sur les délires post-fébriles (1). Je ne peux donc m'étendre sur eux ; car, qu'ils surviennent chez des influenzés, des puerpérales ou des brightiques, ils se ressemblent tous dans leurs principaux caractères, qui sont la confusion mentale et les hallucinations, surtout visuelles, lesquelles paraissent les plus fréquentes probablement parce qu'elles sont les plus facilement observables. Les différences individuelles sont cependant nombreuses et elles sont données par les associations des éléments morbides qui ont été analysées plus haut. C'est ainsi que la loquacité, la gesticulation, qui constituent ce qu'on appelle l'agitation, peuvent devenir de plus en plus intenses et constituer la forme maniaque, voire même se transformer en délire aigu, ou, au contraire, s'apaiser jusqu'à la stupeur, en passant par toutes sortes d'intermédiaires, et notamment par le subdélirium. Si ces deux états extrêmes s'associent on a des formes mixtes, où l'agitation et la dépression alternent. Ces diverses modalités sont liées probablement aux conditions somatiques de la maladie et aussi aux hallucinations et au mode de réaction du sujet ; devant des ennemis imaginaires tel malade voudra fuir,

(1) Joffroy. Ouvr. cité, p. 109.

(1) Éd. Toulouse. Psychoses post-influenziques et post-fébriles ; la confusion mentale, *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 583.

tel autre restera stupide. Certains ne voudront pas manger, bien souvent encore à cause d'hallucinations du goût ou parce que l'enduit saburral de leur langue leur aura enlevé la sensation de l'appétit. La confusion mentale diminuant pourra permettre une systématisation vague et très mobile de quelques idées, qui deviendront des conceptions délirantes dont l'orientation sera déterminée par le ton psychique ou émotionnel du sujet, mélancolique, érotique, religieux, ambitieux, méfiant ou découragé.

Enfin, bien que ces délires diffus aient une tendance naturelle à la guérison, leur durée est très variable et est en rapport avec la persistance des lésions pathogéniques qui les ont provoqués et les entretiennent. Parfois ils disparaissent totalement sans laisser de traces de leur passage, d'autres fois on constate après eux de la diminution de la mémoire qui peut persister plus ou moins longtemps (1) ou quelque reliquat de délire, quelque idée fixe, qui continue à vivre dans un cerveau encore débilité et frappé d'asthénie. Quand le délire s'organise, il se systématise. Cela arrive souvent comme pour montrer qu'entre tous ces phénomènes délirants, il n'y a pas de différence brusque.

Délires systématisés. — Je prends ce terme dans sa signification la plus large et je l'applique à toutes les idées délirantes tendant à s'organiser, à former un système.

Quelquefois c'est un délire mélancolique qui se forme. Ainsi une malade de M. Dieulafoy (2) refusait toute nourriture, parlait de se tuer tout en craignant la mort. Elle était bourrelée de remords, s'accusant d'un crime imaginaire, et s'attendait à être arrêtée pour passer sous la guillotine, prenant les élèves du service pour des bourreaux qui venaient la chercher. Dans une observation de M. Bouvat (3), le sujet présentait les symptômes d'une lypémanie anxieuse, manifestant une grande inquiétude et répétant : « On veut me tuer ; c'est une pitié ! » Elle croyait être empoisonnée et avait même des idées de négation, déclarant que si son cœur s'arrêtait, c'est qu'elle n'avait plus du tout de sang et qu'elle allait mourir. Une autre mélancolique, observée par M. Mabille (4), avait des impulsions en rapport avec l'albuminurie. Dans ces états mélancoliques avec excitation, les idées et tentatives de suicide ont été notées plusieurs fois. Ainsi la malade de M. Bouvat avait essayé de se jeter dans un puits.

Les véritables délires systématisés religieux, ambitieux ou de persécution, sont très rares dans l'empoisonnement urémique. J'avouerai même que je n'en ai pas trouvé un seul dans les ouvrages que j'ai consultés et cités au cours de cet article. Souvent l'étiquette y est, notamment celle de délire des persécutions. Mais les malades auxquels elle se rapporte sont ordinairement des mélancoliques qui craignent qu'on les empoisonne ou qu'on les tue. Or, ce n'est pas là une idée de persécution, qui suppose une réaction tout autre du sujet. Le lypémaniaque qui croit qu'on est ligué contre lui pour le tuer et qu'on veut le conduire à la guillotine, déclarera le plus souvent avoir commis des fautes ou des crimes et, s'il ne se soumet pas passivement à l'arrêt qui le frappe, il se désolera et implorera la pitié; tandis que le persécuté, outre qu'il n'aura pas de conceptions aussi dramatiques, récriminera contre ses ennemis, les accusera d'intentions perfides, de manœuvres déloyales dirigées contre sa fortune et sa santé, et se proclamera presque toujours innocent de tout méfait, en butte à des haines injustes.

Dans certaines observations, il s'agit d'idées de persécution, qui n'ont aucune cohésion et qui se mêlent à toutes sortes d'autres éléments délirants. Les mêmes réflexions s'appliquent à tous les délires systématisés de grandeur, érotique ou religieux, qu'on a signalés au cours de l'urémie. Les malades, dans leur loquacité surtout, expriment les pensées les plus diverses, et, parmi celles-là, il s'en trouve forcément qui ont une physionomie ambitieuse, amoureuse ou mystique.

Il semble donc que les délires systématisés exigent une certaine lucidité d'esprit, un certain pouvoir de synthèse psychologique, qui sont généralement absents ou diminués dans les états urémiques, dans lesquels domine une psychasthénie aiguë. Il est pourtant possible qu'une intoxication urinaire laisse, après l'ébranlement qu'il cause, dans l'organisme, un trouble dans le fonctionnement des facultés intellectuelles qui se manifestera par un ensemble de conceptions délirantes réunies en un système, auquel le sujet rapportera toutes ses sensations et toutes ses idées. Quoi qu'il en soit je n'ai pas lu de relation de délires franchement systématisés entretenus par l'urémie.

On peut cependant ranger, parmi ceux-là, le délire du doute; et un cas des plus intéressants a été publié par M. Raymond (1). La malade, qui n'avait pas d'antécédents héréditaires, fut prise à soixante-cinq ans de ces troubles mentaux. Ainsi elle remontait trois fois dans sa chambre pour vérifier si elle avait bien éteint son feu. Ces doutes la prenaient pour tout acte qu'elle avait accompli et survenaient par accès. Le sujet était une brightique ; et quand, sous l'influence du traitement, l'albuminurie diminuait dans les urines, la tendance au doute disparaissait de l'esprit, et vice-versâ, ce qui montrait bien que les troubles psychiques étaient sous une certaine dépendance de la lésion rénale.

Autres troubles psychopathiques. — La démence, qu'il ne faut pas confondre avec les états de confusion mentale qui en prennent souvent le masque, n'a guère été signalée au cours de l'insuffisance rénale. Une des raisons de cette indigence de documents est probablement que la plupart des auteurs qui ont publié des faits de délire urémique ne sont pas des médecins d'asile et qu'ils n'ont en général guère suivi leurs malades, quand ceux-là ne sont pas morts.

La démence paraît devoir survenir plus facilement chez des brightiques qui ont quelque lésion circonscrite du cerveau. Témoin, ce malade de Hœsslin (2) qui, depuis deux ou trois ans, avait de légères attaques d'apoplexie ayant déterminé une faiblesse du côté droit du corps, et qui manifesta un jour des idées de grandeur quelque peu absurdes et incohérentes. Des princes et des ministres, qu'il ne connaissait pas, devaient venir le voir et manger avec lui. Il était sur le point d'acheter une maison et, cependant, assurait qu'il n'avait pas d'argent. Cet homme, dont les urines étaient très albumineuses et renfermaient de nombreux cylindres hyalins et granuleux, présentait une mémoire défectueuse et

(1) Bouvat. Ouvr. cité, Obs. XXXI, p. 57, et XXXII, p. 58. — Florant. Ouvr. cité, observ. de Hœsslin, p. 63, et de Marcus, p. 40.
(2) Dieulafoy. De la folie brightique, ouvr. cité, 1885, p. 249.
(3) Bouvat. Ouvr. cité, p. 63.
(4) Mabille. Lypémanie avec albuminurie. *Ann. méd.-psychol.*, 1885, p. 236.

(1) Raymond. Ouvr. cité, 1890, p. 512 et suiv.
(2) Observ. traduite par Florant, ouvr. cité, p. 62.

un affaiblissement notable de toutes les facultés intellectuelles. Après une amélioration amenée par le régime lacté, ce malade mourut dans un état de déchéance physique et atteint de paralysie, vraisemblablement d'hémorragie cérébrale. Mais ce cas est assez complexe; et l'on peut se demander si les lésions rénales n'étaient pas sous la dépendance de l'altération des centres nerveux. D'autre part, les lésions vasculaires du cerveau suffisaient à expliquer l'état démentiel du malade, en dehors de tout empoisonnement urémique.

Je n'ai pas lu de relation circonstanciée et vraisemblable de paralysie générale survenue à l'occasion de l'intoxication urémique.

On a signalé parfois de l'embarras de la parole, dont la pathogénie paraît assez obscure. Dans certains cas, il semble que cette difficulté de l'articulation soit en rapport avec l'effacement des images verbales; dans d'autres, ces troubles du langage pourraient être dus à une lésion localisée de l'encéphale.

Au cours d'un délire à base de confusion mentale, un malade de MM. Brissaud et Lamy (1) a présenté des phénomènes de catalepsie; les membres conservaient la position qu'on leur donnait. Ce symptôme avait déjà été observé au cours de troubles psychiques urémiques (2). Quoique associé ordinairement à la mélancolie pour former ce qu'on appelle, en Allemagne, la catatonie, il peut apparaître dans divers états vésaniques et, par exemple, dans la stupeur alcoolique, comme j'en rapportais un cas récemment (3). Dans tous ces faits, il existe un certain degré d'automatisme psycho-physiologique qui est vraisemblablement la raison du phénomène.

Évolution. — La marche de ces divers délires ne peut être définie dans une formule générale. Là comme ailleurs ce sont les délires diffus, qui ont le plus de chance de disparaître complètement. Une remarque curieuse, faite par certains auteurs, et qui prouve bien l'étiologie urémique des troubles psychiques, c'est le rapport d'évolution entre ceux-là et les autres symptômes rénaux, comme chez le malade de M. Raymond (4).

Parfois, au contraire, il y a alternance des deux sortes de symptômes, ainsi que MM. Brissaud et Lamy (5) l'avaient constaté chez leur brightique, qui ne s'était jamais mieux porté que depuis le début des troubles cérébraux. Mais, le plus souvent, les désordres psychiques s'améliorent avec l'état physique sous l'influence d'un traitement approprié, ainsi que le montre notamment l'intéressante observation de M. Joffroy (6). Enfin, lorsque le délire apparaît chez des sujets éminemment prédisposés, il peut évoluer à sa manière et sans d'autres rapports avec les troubles rénaux que ceux manifestés par des paroxysmes d'excitation provoqués par les crises d'empoisonnement urinaire.

La durée des troubles intellectuels est très variable et dépend en grande partie de la lésion qui leur a donné naissance, et à laquelle ils sont subordonnés.

Le pronostic, quoi qu'en aient dit certains auteurs, est grave, puisque, dans 62 cas (1), 18 fois la mort est survenue en plein délire ou très peu après. Mais les sujets qui ne meurent pas sur le coup ont de grandes chances de guérir et même assez rapidement de leurs troubles intellectuels.

2. **Traitement.** — Le *traitement* est celui de l'urémie en général : régime lacté, révulsifs sur la région rénale, friction et massage; digitale parfois, quand l'impulsion cardiaque est faible; les saignées peuvent être essayées. Notons que cette thérapeutique a réussi dans plusieurs cas d'une façon plus ou moins durable (Dieulafoy, Raymond, Joffroy). On pourrait aussi essayer des médications plus nouvelles, par exemple la transfusion du sang et les injections de liquide rénal de bœuf (Dieulafoy). Il faut aussi songer à la syphilis et instituer un traitement spécifique en cas de doute.

Faut-il envoyer les urémiques délirants dans un asile? Sans doute, si les troubles intellectuels sont de quelque durée. La division entre délires symptomatiques et délires vésaniques n'existe pas en pratique; brightique ou alcoolique, un délirant est incapable de vivre de la vie sociale, c'est-à-dire un aliéné et comme tel passible d'une séquestration. Dès que les troubles psychopathiques sont de quelque intensité ou de quelque durée, ils deviennent justiciables du traitement de l'asile.

IV

PLACE DES DÉLIRES URÉMIQUES DANS LA PATHOLOGIE MENTALE

En résumé, des délires surviennent assez fréquemment au cours de l'intoxication urinaire, qu'elle soit symptomatique de troubles fonctionnels (anurie) ou organiques (néphrites) du rein, qu'elle soit la conséquence d'un obstacle au cours des urines (calculs, tumeurs), ou encore d'une résorption de ce liquide passé par effraction dans les tissus. Dans tous ces cas, les désordres intellectuels ont une physionomie clinique analogue et une même pathogénie, bien qu'il faille distinguer dans l'analyse des faits, par exemple dans le mal de Bright, ce qui appartient réellement à l'empoisonnement rénal et ce qui est du ressort d'une lésion secondaire, telle que hémorragie cérébrale, œdème encéphalique, etc. Lorsque ce sont bien — et il n'est pas toujours aisé de le dire — les agents toxiques de l'urine qui ont provoqué les désordres mentaux, ceux-ci sont des délires ordinairement diffus, à base de confusion mentale et accompagnés d'hallucinations surtout visuelles; rarement on observe des psychoses systématisées. C'est-à-dire qu'on rencontre là ce qu'on observe dans tous les grands empoisonnements chimiques ou biologiques à retentissement cérébral, ce qu'on constate dans l'alcoolisme, dans le saturnisme, dans les infections puerpérale, influenzique, variolique et autres. Les variétés dans l'évolution de ces délires sont déterminées par le terrain individuel. Pourquoi certains alcooliques ont-ils un accès de délirium subaigu qui se juge en très peu de jours? pourquoi, chez quelques autres, des idées délirantes et quelques phénomènes hallucinatoires traînent-ils dans leur cerveau plusieurs semaines après la cessation de toute boisson mauvaise? et pourquoi d'autres enfin fabriquent, à l'occasion d'un excès, une psychose systématisée, d'une durée plus ou moins longue?

(1) Brissaud et Lamy. Ouvr. cité.
(2) Bouvat. Ouvr. cité, p. 26.
(3) Éd. Toulouse. De la stupeur cataleptiforme dans l'alcoolisme subaigu, *Tribune méd.*, 8 févr. 1894.
(4) Raymond. Ouvr. cité.
(5) Brissaud et Lamy. Ouvr. cité. p. 367.
(6) Joffroy. De la folie brightique, ouvr. cité, p. 110.

(1) Florant. Ouvr. cité, p. 22.

C'est peut-être à cause de la nature et de la dose du poison, et de la durée de l'empoisonnement; mais c'est aussi à cause de l'organisation mentale du sujet, qui, par susceptibilité héréditaire ou acquise, résistera plus ou moins et se laissera plus ou moins complètement déséquilibrer.

Ce qui se passe dans l'alcoolisme se passe dans les autres intoxications et notamment dans l'intoxication urinaire. Mais avec cette différence que, dans ce cas, on ne sait que grossièrement quel poison est le principal facteur pathogénique, et l'on ignore presque toujours quand, quelle quantité, quelle qualité et combien de temps il s'en répand dans l'organisme. D'ailleurs, l'agent toxique peut disparaître — cela se voit tous les jours dans l'alcoolisme — et les troubles intellectuels n'en continuent pas moins leur évolution, d'après la forme des processus psychiques du sujet. Est-ce que la syphilis, elle aussi, ne provoque pas dans les tissus nerveux, des lésions, qui, une fois *amorcées*, continuent à s'étendre d'après le seul mode de leurs processus histologiques. En pathologie mentale, il en est de même, et un poison frappant un cerveau prédisposé, des délires systématisés peuvent s'ensuivre qui évolueront d'après leurs processus psychologiques.

N'importe qu'il existe une certaine relation entre la cause et la lésion, ne serait-ce que dans les cas où la disparition de l'intoxication provoque l'amendement des troubles cérébraux. Aussi a-t-on créé la catégorie des folies alcooliques. Il y a tout autant de raisons pour admettre celle des folies urémiques, les unes et les autres formant deux variétés des folies toxiques. Car il ne faut pas croire qu'il existe pour les délires urinaires des formes psychopathiques bien spéciales; mais il n'en est pas non plus pour l'alcoolisme, à le comparer aux autres intoxications minérales. Et cependant tout le monde admet le délire alcoolique comme entité morbide.

On répète souvent qu'il n'y a pas de psychoses brightiques, puerpérales, cancéreuses, etc. C'est vrai, il ne peut exister et l'on n'observe pas de délire particulier à la néphrite chronique, ni de délire propre à la puerpéralité. Pourquoi? Mais parce que, au cours de la puerpéralité, il peut survenir des troubles mentaux différents selon qu'ils sont produits par l'auto-intoxication de la grossesse, l'infection des accidents post-parturiaux ou l'épuisement de la lactation. Parce que, durant l'évolution d'un mal de Bright, apparaissent des délires divers, les uns en rapport avec des lésions de la nutrition, d'autres avec des altérations de l'encéphale, d'autres aussi, que je viens d'étudier, avec l'empoisonnement urinaire. Mais il y a encore d'autres états morbides où ces mêmes conditions somatiques étant réalisées entraînent, en cas de troubles psychopathiques, une même allure et une même physionomie délirantes. Il y a donc, par exemple, des délires infectieux dus à la puerpéralité (accidents septiques), au brightisme (néphrites aiguës); à la variole, etc.; comme aussi des délires asthéniques provoqués par l'épuisement post-typhique, puerpéral (allaitement), etc. On peut, si l'on veut, dire que le délire a un cachet pathogénique et non étiologique. Certes la prédisposition et le tempérament psychique du sujet impriment à la réaction vésanique des caractères particuliers, qui compliquent le problème. Aussi est-il plus commode de dire que toutes les causes énumérées plus haut sont purement occasionnelles et que les psychoses évoluent à leur manière, comme si les troubles mentaux n'avaient pas des conditions somatiques nécessaires, qu'il faut mettre en lumière, bien qu'elles ne soient pas très apparentes. C'est là une doctrine dangereuse, car elle empêche des recherches utiles au diagnostic et à la thérapeutique des délires.

Il est intéressant, à ce propos, de se demander si la psychiâtrie, au lieu d'étudier un territoire organique comparable aux autres départements pathologiques, du système nerveux ou respiratoire, qui jouissent, en somme, d'une certaine autonomie, malgré qu'ils soient souvent, eux aussi, envahis par des processus morbides nés ailleurs, si la psychiâtrie n'aurait pas reçu en partage, comme champ d'étude, un fabriqué de toutes les rognures déversées par les maladies les plus diverses, cérébrales, hépatiques, puerpérales, urémiques, et qui auraient été classées non d'après leur rapport avec ces états morbides générateurs, mais suivant des considérations psychologiques.

L'extrême difficulté offerte par l'analyse de ce groupement informe de troubles morbides et aussi le préjugé atavistique de l'indépendance des fonctions psychiques, auraient poussé les aliénistes à délaisser les recherches séméiologiques, les seules utiles, les seules raisonnables, et à constituer des cadres nosologiques bien fermés et contenant des espèces parfaitement définies, qui représenteraient des troubles primitifs du cerveau n'ayant que très peu ou pas d'attaches pathogéniques avec les autres appareils. Tels des laryngologistes qui, au lieu d'étudier la toux dans leurs rapports avec les maladies du système respiratoire, auraient établi, sur l'observation seule de ce phénomène, diverses catégories morbides essentielles évoluant en dehors des troubles bronchiques et pulmonaires.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 juin 1894, ont été nommés dans le cadre des officiers de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités : Arnaud, Péchaud, Quod, Journée, Lachappelle et Pénot.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Jacquemin, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Vian, médecin de deuxième classe de la marine, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Fabre, Létienne et Chevalet.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date des 9 et 11 juin 1894, ont été nommés :

Officier de l'Instruction publique. — MM. les docteurs de Lapersonne, doyen de la Faculté de médecine de Lille; Castelain, chargé de cours à ladite Faculté.

Officier d'Académie. — MM. les docteurs Dutilleul, chef de clinique ophtalmologique à la Faculté de médecine de Lille; Goulard, conseiller général du Nord.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juin 1894, il sera ouvert, en 1894-1895, des concours pour cinquante places d'agrégés à répartir de la manière suivante entre les Facultés de médecine ci-après désignées :

Paris : 11 places dont 5 pour la pathologie interne et la médecine légale; 3 pour la pathologie externe; 1 pour les accouchements; 1 pour l'anatomie et 1 pour la chimie et toxicologie.

Bordeaux : 7 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale; 2 pour la pathologie externe; 1 pour l'anatomie; 1 pour la physiologie; 1 pour l'histoire naturelle.

Lille : 3 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale et 1 pour les accouchements.

Lyon : 9 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale; 2 pour la pathologie externe; 1 pour l'anatomie; 1 pour la physiologie; 2 pour la chimie et toxicologie et 1 pour la pharmacie.

Montpellier : 7 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale; 1 pour la pathologie externe; 2 pour les accouchements; 1 pour l'anatomie; 1 pour l'histoire naturelle.

Nancy : 8 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale; 1 pour la pathologie externe; 1 pour les accouchements; 1 pour l'anatomie; 1 pour la physiologie; 1 pour l'histoire naturelle; 1 pour la physique.

Toulouse : 5 places, dont 2 pour la pathologie interne et médecine légale; 1 pour la pathologie externe; 1 pour l'anatomie; 1 pour la chimie et toxicologie.

Ces concours s'ouvriront à Paris : savoir :

Le 17 décembre 1894 pour la section de médecine (pathologie interne et médecine légale);

Le 4 mars 1895 pour la section de chirurgie et accouchement.

Le 20 mai 1895 pour la section des sciences anatomiques et physiologiques et pour la section des sciences physiques.

Les candidats s'inscriront chacun d'une manière spéciale pour l'une des places mises au concours dans chaque Faculté.

Ils pourront s'inscrire subsidiairement pour plusieurs places.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Caubet est nommé doyen honoraire de ladite Faculté.

— *École de médecine de Dijon.* — M. Heurot est nommé professeur honoraire.

— La huitième session du Congrès français de chirurgie s'ouvrira à Lyon, à la Faculté de médecine, le mardi 9 octobre 1894, sous la présidence de M. le professeur Tillaux, de Paris.

La séance solennelle d'inauguration du Congrès aura lieu à neuf heures du matin.

Deux questions ont été mises à l'ordre du jour du Congrès :

I. Étiologie et pathogénie du cancer.

II. Chirurgie du rachis.

Des visites dans les hôpitaux seront organisées par les soins du comité local.

MM. les membres du Congrès sont priés d'envoyer, le 15 août au plus tard, le titre et les conclusions de leurs communications, à M. Lucien Picqué, secrétaire général, rue de l'Isly, 8. Pour tous les renseignements concernant le Congrès, on pourra s'adresser à M. Félix Alcan, éditeur du Congrès, 108, boulevard Saint-Germain.

— M. le docteur Helle est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque d'Amboise.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

208. M. CHAMBERLAIN. Contribution à l'étude de la maladie de Basedow, et en particulier de sa pathogénie et de son traitement. — 209. M. BOURIGAULT. Essai sur les résultats de l'intervention chirurgicale (grandes opérations) dans les tuberculoses internes. — 210. M. ARIAS. Brève étude sur les paralysies radiculaires du plexus brachial. — 211. M. MAGILL. Approximation viscérale par plaques absorbables (méthode de Senn). — 212. M. BEGUSSEAU. Relation d'une épidémie de suette miliaire observée dans le département de la Vienne. — 213. M. TACQUET. Des voies lacrymales comme causes de l'origine nasale des affections oculaires. — 214. M. SIMONIN. Des ulcérations de la laryngite catarrale aiguë. — 215. M. POTIER. Polyadénite chronique périphérique chez les enfants. — 216. Mlle GORVITZ. Contribution aux formes cliniques anormales d'endocardite infectieuse chez les enfants. — 217. M. DUTAUZIET. De l'asthme chez les enfants porteurs de végétations adénoïdes. — 218. M. JOLY. Paralysie radiculaire supérieure du plexus brachial ou paralysie Duchenne-Erb. — 219. M. LE GAC. Pathogénie du tic douloureux de la face, son traitement par la résection du bord alvéolaire. — 220. M. TARIEL. Hernie inguinale étranglée chez l'enfant. — 221. M. GUÉRIN. Contribution à l'étude du traumatisme sur les organes génitaux des femmes enceintes.

Paris, le 18 juin 1894.

Notre récent article sur l'encombrement des étudiants a éveillé l'attention de la presse médicale. Quelques-uns de nos confrères ont même reproduit les statistiques que nous avions publiées et qui montrent d'une façon si éloquente le mouvement ascensionnel des étudiants à Paris. Nous signalions ce mal, avec preuves à l'appui, et nous demandions comme remède que le ministre voulût bien augmenter le personnel enseignant d'après les exigences de la situation actuelle. La Faculté ne ferait qu'imiter ce que fait toute bonne maison de commerce, proportionner son personnel au mouvement de ses affaires. C'est de la loyauté pure et simple. Au lieu de cela, on se plaint de l'encombrement des étudiants, on proteste, mais toutes les plaintes restant platoniques et sans effet, le flot des étudiants monte toujours et, comme remède, on en reste aux regrets et aux lamentations.

Un de nos plus distingués confrères de la presse médicale a proposé une réforme que nous ne saurions adopter. Il demande au nouveau ministre de rendre obligatoires :

1° L'année d'études préalables des sciences accessoires (physique, chimie, histoire naturelle);

2° Les deux premières années d'études médicales dans les Facultés des sciences, ou dans les Facultés ou les écoles de médecine appartenant à la région habitée par les parents de l'élève.

« Ce système, bien simple à réaliser, et qui ne dépend que d'un arrêté ministériel, obvierait d'une part à l'encombrement, on peut dire, à l'engorgement de l'École de Paris, et en même temps peuplerait les Facultés et les écoles de province, plus ou moins abandonnées et désertes. »

Nous ne saurions approuver cette obligation de faire ses études là où les nécessités de la vie attachent la famille. On admettra difficilement cet embrigadement nouveau au sortir du lycée, à la veille d'entrer à la caserne, au moment de choisir une carrière dite libérale. Si tant d'étudiants viennent à Paris, c'est qu'ils y trouvent, incontestablement, ce qu'ils ne comptent pas trouver ailleurs, et nous le répétons, leur choix indique à l'École de Paris ses nouveaux devoirs : fermer sa porte, c'est se dérober, c'est fuir les responsabilités.

Non, il convient que la porte de l'École de Paris soit largement ouverte, qu'on y multiplie les sources d'enseignement. En astreignant l'élève à s'inscrire à telle ou telle Faculté, on supprime toute rivalité, toute émulation, on s'oppose au progrès, et dût l'École de Paris être encore plus encombrée, ce que nous déplorerions sincèrement, nous protestons de toutes nos forces contre les entraves qu'on aurait l'intention de mettre au libre choix des parents et des élèves.

La séance de la Société médicale des hôpitaux a été bien remplie vendredi dernier.

M. Comby, à propos de la communication qu'il a faite récemment sur une guérison de morphinomanie compliquée de cocaïnomanie, a reçu la lettre d'un médecin anonyme relatant sa propre observation. Notre malheureux confrère était arrivé à prendre 5 grammes de morphine en trois jours, et de 50 à 60 centigrammes de cocaïne en injections hypodermiques. Ses cuisses étaient couvertes d'abcès, et tout travail lui était devenu impossible. Il vint se faire traiter à Paris, dans une maison de santé, où l'on supprima d'emblée la cocaïne, et en huit jours, la dose de morphine, progressivement abaissée, descendait à zéro. Rendu à la liberté au bout de six semaines, le malade n'est plus retombé dans sa funeste passion, et la guérison ne s'est pas démentie depuis trois ans.

C'est assurément là un beau succès. Mais il n'en est pas toujours ainsi, et comme le fait remarquer M. Rendu, les rechutes sont fréquentes, non seulement au cours du traitement, mais dans la suite. La cure ne peut être efficace que si le malade *consent réellement à être interné*, à moins qu'il n'ait la bonne fortune de faire son service militaire, et d'être traité dans un service de détenus, comme M. Catrin en a vu un cas au Val-de-Grâce. Il s'agissait d'un homme qui ingérait quotidiennement 30 grammes de laudanum, et, à la suite d'une incartade assez sérieuse, quelques jours de cellule le guérirent complètement de cet empoisonnement chronique. Et il se trouvera encore des gens pour nier les bienfaits du service militaire obligatoire !

Le typhus s'acclimate décidément à Paris et menace d'y devenir endémique. M. Comby en a observé deux cas à l'hôpital Tenon ; l'une de ses malades avait soigné sa mère atteinte de cette affection et une enquête minutieuse permit de constater que trois autres personnes de la même famille étaient également atteintes de typhus. M. Rendu, M. Fernet en signalent d'autres cas, rencontrés à Necker, à Beaujon. M. Gérin-Roze a vu récemment un jeune médecin qui, au retour d'un voyage dans une localité où M. Chantemesse a observé plusieurs cas de typhus, présenta des accidents typhoïdes très graves, avec hyperthermie, délire, etc., sans éruption, mais qui se terminèrent par une brusque défervescence, et ce n'est que rétrospectivement qu'on put faire le diagnostic en apprenant les cas antérieurs.

C'est que le typhus est traître, dit M. Chantemesse, et il n'observe pas toujours les lois de la pathologie : la fièvre n'a rien de caractéristique et se présente sous les aspects les plus variés, l'exanthème lui-même fait quelquefois défaut. Aussi la maladie est-elle plus fréquente qu'on ne le croit généralement ; compagne habituelle des vagabonds, elle se répand avec eux dans les villages et y fait d'autant plus de victimes qu'elle est souvent méconnue. A l'instigation de M. Chantemesse, un préfet a fait surveiller et traiter comme suspects de typhus tous les vagabonds malades, et depuis, la maladie a disparu du pays. Médecins, veillez! et méfiez-vous des *ambulants !*

M. Gilles de La Tourette présente les pièces d'un homme de cinquante-neuf ans atteint de l'ostéite déformante connue sous le nom de maladie de Paget : une calotte crânienne de deux à trois centimètres d'épaisseur, d'énormes tibias recourbés en sabre, des fémurs géants, et des métacarpiens dont se contenterait un éléphant. M. Gilles de La Tourette a constaté sur les cordons postérieurs de la moelle une altération spéciale consistant en une sorte d'épaississement des travées conjonctives de soutènement sans sclérose proprement dite. S'agit-il d'une lésion qui aurait pu déterminer des troubles trophiques du côté du squelette? La discussion qui s'engage à ce propos ne nous paraît pas destinée à expliquer le mécanisme de cette curieuse maladie. M. Chauffard a vu, dans la même famille, des cas où l'hérédité pouvait jouer un certain rôle; la démence avait suivi de près l'apparition des déformations osseuses.

Dans une récente leçon, M. Picot (de Bordeaux) avait signalé l'importance fâcheuse de la disparition du premier bruit du cœur, au cours de la fièvre typhoïde. M. Galliard lit l'observation d'une malade chez laquelle la disparition du premier bruit persista pendant six jours, et néanmoins, la malade traitée par les bains froids, la caféine, la digitale, guérit, puis eut une rechute dont elle est actuellement guérie, mais elle garde un souffle systolique.

M. A. Siredey pense comme M. Galliard que la faiblesse ou la disparition du premier bruit n'entraînent pas nécessairement un pronostic fatal. Ce phénomène s'observe assez fréquemment sur les varioleux, typhoïdiques ou scarlatineux d'Aubervilliers, et parmi ces malades plusieurs ont guéri. M. A. Siredey a pu suivre un typhoïdique qui, outre un affaiblissement extrêmement marqué du premier bruit, a présenté le rythme fœtal pendant plus de huit jours, et la fréquence du pouls variait de 150 à 180 pulsations par minute pendant cette période. Ce malade a parfaitement guéri. Il a été traité par la méthode de Brandt rigoureusement appliquée, et par des injections répétées d'éther, de caféine, de spartéine, auxquelles on ajouta plusieurs fois des infusions de digitale. Pour M. Siredey l'indice le plus fâcheux consiste dans les intermittences et les inégalités du pouls, sans toutefois que ce signe soit absolument fatal.

M. Hayem accentue la valeur pronostique des intermittences, surtout si elles se renouvellent régulièrement toutes les 3 ou 4 pulsations, elles indiquent de graves lésions du muscle cardiaque. Il pense que la myocardite est peu propice au succès des bains froids qu'il a vus quelquefois dans ces cas relever la température.

M. Chauffard tient, au contraire, pour une application plus rigoureuse de la réfrigération. Il a traité un typhoïdique atteint de myocardite par des bains froids à 16 degrés répétés dix fois en vingt-quatre heures, avec adjonction de spartéine, d'éther, de digitale, etc., en même temps qu'une vessie de glace était maintenue en permanence sur la région précordiale. Des tracés sphygmomanométriques ont permis de suivre les intéressantes modifications de la tension artérielle.

M. Rendu croit qu'on exagère la fréquence de la myocardite et qu'on méconnaît souvent la part du système nerveux dans ces accidents.

M. Hanot présente une très intéressante observation de pouls lent permanent avec attaques épileptiformes et syncopales, auxquelles le malade a succombé. Ne trouvant ni dans le cœur, ni dans les reins, ni dans les autres viscères l'explication des phénomènes observés pendant la vie, M. Hanot a entrepris avec son interne, M. Luzet, une patiente et minutieuse étude histologique de tout le système nerveux du sujet. Le cerveau, la moelle, le bulbe, ont présenté des lésions notables de sclérose artérielle et périartérielle. Mais c'est dans le cervelet que ces altérations existaient au maximum; elles y formaient de vastes traînées visibles à l'œil nu. Est-ce là la cause du pouls lent et des attaques épileptiformes? M. Hanot ne conclut pas, et nous devons faire comme lui, mais il serait à désirer que M. Hanot trouvât des imitateurs pour poursuivre patiemment des recherches aussi laborieuses et aussi consciencieuses. Cette communication soulève une discussion sur les causes du pouls lent permanent, et aussitôt les faits abondent, plus que les explications.

M. Ferrand a rencontré le pouls lent chez une femme appartenant à la famille nerveuse (asthme, névroses diverses). M. Marie observe avec raison qu'il faut distinguer le pouls lent idiosyncrasique du pouls lent avec accidents épileptiformes. Cette dernière variété est toujours fâcheuse et inquiétante. Il a vu avec M. Thibierge un malade de dix-sept ans qui, à la suite d'une chute sur la tête, présenta un ralentissement subit du pouls à 40 pulsations et des attaques épileptiformes. Il succomba au bout de six semaines dans une crise convulsive.

M. Chauffard a vu un jeune homme de dix-huit à dix-neuf ans qui présentait le phénomène du pouls lent avec état syncopal, il guérit au bout de deux mois au moins. M. A. Siredey a observé, l'été dernier à l'hôpital Beaujon, un malade qui présentait 36 pulsations avec de fréquentes attaques épileptiformes; le lendemain, le pouls était tombé à 32, et le troisième jour, le malade succombait dans une crise, après avoir présenté, pendant vingt-quatre heures environ, 28 pulsations à la minute. Cet homme avait une faible quantité d'albumine dans l'urine, mais on constata à l'autopsie l'atrophie complète avec dégénérescence kystique d'un rein qui ne pesait que 72 grammes, et de très notables altérations de l'autre rein, en même temps que la sclérose du foie et du cœur. On ne put pratiquer l'examen histologique du système nerveux, mais à l'œil nu, le bulbe était le siège d'une congestion très intense.

Il y a place encore, comme on le voit, pour de belles et intéressantes recherches en vue d'éclaircir ce point de pathogénie.

SUR L'EMPLOI DE LA CRÉOSOTE DANS LA TUBERCULOSE

Mon cher confrère,

Vous me demandez de vous donner, par lettre, mon opinion sur la valeur de la créosote dans le traitement de la tuberculose. Depuis cinq ans que je m'occupe assidûment de ce sujet, je dois, dites-vous, pouvoir vous donner des conclusions fermes, répondant à toutes les exigences de la pratique courante. J'ai, en effet, été placé dans d'excellentes conditions pour travailler la question; libre de suivre mes malades de l'hôpital du Val-de-Grâce, pendant très longtemps, à cause de leur qualité de détenus militaires; libre de les traiter pendant de longs mois, avant de les proposer pour la réforme; et tenu de les maintenir pendant d'autres longs mois, une fois leur réforme prononcée. J'ai aussi eu, ce qu'on n'a pas dans les hôpitaux civils, la possibilité de les traiter dès le début de leur maladie.

J'ai eu d'excellents collaborateurs qui m'ont permis de faire des études véritablement scientifiques; j'ai vu un nombre considérable de malades!

Eh bien! malgré toutes ces conditions exceptionnelles, mon embarras est extrême pour répondre à votre question, telle qu'elle est posée. Je vais être forcé d'être encore plus schématique que si je faisais un traité complet sur ce sujet. Voici mon opinion résumée :

Oui la créosote peut rendre de grands services chez les tuberculeux; d'excellents observateurs l'ont écrit avant moi, et tous les jours, je reçois des lettres de confrères qui confirment cette manière de voir. Les moins enthousiastes admettent que la créosote est le moins mauvais des médicaments employés contre la tuberculose.

Mais à côté de succès indiscutables et inespérés, que d'échecs misérables et de désillusions!

Chez les uns, la maladie semble enrayée, la fièvre tombe, l'appétit renaît; les forces et le poids augmentent; les crachats deviennent plus fluides et diminuent, ou disparaissent, et cependant la lésion progresse; puis survient un brusque effondrement. La médication n'a été qu'un trompe-l'œil; elle n'a pas retardé d'un jour le dénouement final; elle n'a eu pour effet utile que de donner, au malade et à son entourage, une trompeuse illusion. Chez d'autres, elle provoque, dès les premières doses, des phénomènes toxiques, et plus on force la dose, plus les phénomènes s'accentuent; insister sur le traitement serait alors d'une pratique détestable. Chez d'autres encore, bien tolérée au début, elle amène, après un mois, après deux mois, des phénomènes toxiques identiques à ceux observés dès les premières doses chez les sujets intolérants, et c'est en vain que vous vous efforcerez de vaincre ces intolérances tardives. Elles ne vous indiquent que deux choses : c'est 1° qu'il faut cesser la créosote, et 2° que la vie du malade est plus compromise que vous ne l'auriez cru *à priori*.

Mais pénétrons un peu dans le détail : si vous voulez savoir les résultats plus exacts de ma statistique actuelle, que je tiens aussi à jour que possible, je vous dirai que, sur 300 malades bien observés, assez longtemps suivis pour que les conclusions formulées aient de la valeur, j'ai obtenu 15 fois des résultats extrêmement favorables; 92 fois des résultats très encourageants; 115 fois des résultats utiles; 32 fois des résultats médiocres et 46 fois des résultats nuls. Ces chiffres s'éloignent peu de ceux que je donne dans mon livre intitulé : *Traitement de la tuberculose par la créosote*, dont la statistique, arrêtée à novembre 1893, ne portait que sur 262 malades.

Quelles que soient les déceptions sur lesquelles je me réserve d'appeler tout à l'heure votre attention; quelles que soient les défaillances que vous éprouverez fatalement si vous soignez beaucoup de tuberculeux, les 15 cas favorables doivent toujours être présents à votre esprit. C'est leur souvenir qui doit soutenir votre courage en face de toutes les incertitudes que vous rencontrerez, et qui doit vous faire dire hardiment : « Qu'ils sont dans le vrai ceux qui préconisent la créosote dans le traitement de la tuberculose. »

Ces 15 malades, en effet, ont retrouvé la santé en dépit des conditions les plus défavorables. Les ressources de la nature sont tellement puissantes, direz-vous, qu'on ne peut jamais affirmer qu'un malade est irrémédiablement perdu, et qu'une médication quelconque a tout l'honneur d'une résurrection. J'ai bien prévu cette objection, aussi ai-je fait, pour réunir ces 15 cas, une sélection aussi judicieuse que possible.

Quels étaient ces 15 privilégiés?

Je ne puis pas vous en donner dans cette lettre les observations détaillées; mais elles peuvent vous être soumises, et je pourrais vous présenter quelques-uns de ces ex-malades. Ils ont pour caractère commun d'avoir été extrêmement compromis; d'avoir été regardés comme incurables par plusieurs confrères et d'avoir obtenu une amélioration qui a été sans cesse progressive et qui a abouti à une guérison durant depuis six mois, un an, deux et même trois ans.

Les uns avaient des péritonites avec pleurésie (j'en ai dit quelques mots récemment à la Société médicale des hôpitaux, mars 1894), un autre avait une pleurésie purulente avec vomiques et volumineuse caverne; M. le professeur Grancher ne me désavouera pas, si je dis, qu'il l'avait considéré comme perdu; or il va bien depuis deux ans, qu'il a cessé tout traitement; il a pu faire les frais d'une forte grippe en janvier 1894, avec pneumonie, sans que sa tuberculose ait été ravivée. D'autres avaient des ganglions déclarés inopérables par les plus hardis chirurgiens; ils ont vu disparaître leurs ganglions en quelques semaines.

Une jeune femme atteinte de tuberculose pulmonaire et que M. le docteur Florand m'avait confiée, a pu, grâce à la créosote, traverser sans péril la période si dangereuse qui suit l'accouchement, etc., etc.

Tous ces malades ont aussi pour caractère commun, d'avoir pu supporter sans difficulté des doses progressives et élevées de créosote. Quelquefois au début du traitement, il m'a fallu procéder avec une grande circonspection, mais d'une façon générale, la tolérance s'est établie rapidement et ne s'est pas démentie un seul jour.

Les malades chez lesquels le traitement créosoté a donné des résultats moins remarquables, mais encore encourageants, sont, vous disais-je, au nombre de 207. Ils auraient peut-être pu guérir, direz-vous, ou s'améliorer sensiblement et au même degré, par les ressources d'une bonne hygiène? C'est possible, mais c'est peu probable. D'ailleurs, beaucoup d'entre eux étaient privés des ressources d'une bonne hygiène; c'est précisément ce qui m'a fait écrire quelque part (1) « que la créosote était l'hygiène du riche, mise à la portée du pauvre ». La plupart de mes malades étaient des hospitalisés; j'ai obtenu aussi des résultats très remarquables chez quelques ouvriers, chez de petits employés qui ont pu continuer leur travail, en plein traitement créosoté, et auxquels j'ai ainsi rendu un double service.

Puisque je suis amené à parler de ce sujet, je dirai que j'aime mieux soigner par la créosote les pauvres que les riches; la plupart de mes résultats remarquables ont été observés chez des malades qui ne jouissaient pas de tout le confort qu'on est habitué à souhaiter aux tuberculeux.

Chez les malades riches, au contraire, luxueusement installés, entourés de tous les soins désirables, j'ai souvent observé des désastres, ou plutôt encore, j'ai dû renoncer de bonne heure au traitement créosoté.

A quoi peut tenir cette différence? Tient-elle à ce que j'étais appelé trop tardivement chez les malades de cette dernière catégorie? Je ne le crois pas, car il m'est arrivé souvent d'être arrivé de bonne heure, et d'échouer non moins complètement.

Voici peut-être l'explication de ce fait bien constaté et que M. Guiter avait déjà signalé (*Gazette hebdomadaire*, 1891). Le bacille de Koch a certainement des degrés variés de virulence. On n'a encore rien fait en clinique pour déterminer ces degrés, mais ce sera la gloire de la science future de résoudre le problème; un jour viendra où l'on pourra dire : « Chez tel malade, la virulence du bacille correspond à un numéro déterminé d'une échelle, ayant pour dernier terme la virulence maxima d'un produit de laboratoire. » Or en face d'un bacille très virulent, l'inégalité des conditions sociales disparaît : qu'un bacille très virulent pénètre donc dans la demeure d'un prince ou dans le taudis d'un ouvrier, il amènera, dans un cas, comme dans l'autre, une maladie à marche galopante, contre laquelle la créosote est impuissante. Mais si le bacille est peu virulent, le facteur résis-

(1) *Pratique de l'antisepsie dans les maladies contagieuses.*

tance du terrain reprend ses droits. Que le bacille s'ensemence dans le poumon d'un homme vigoureux, bien en condition, il ne lui occasionne qu'une légère bronchite, ou qu'une de ces maladies sans nom qu'on appelle embarras gastrique (lisez embarras de diagnostic) et, au bout de quinze jours à trois semaines, le malade de cette catégorie aura victorieusement lutté, contre son ennemi d'un instant; il n'aura même pas eu besoin de créosote.

Le même bacille, doué du même degré de virulence atténuée, vient-il à tomber sur un terrain misérable, chez un homme épuisé par la fatigue, il occasionne aussi une bacilhémie qui se traduit d'abord par l'embarras gastrique; mais l'organisme, au lieu d'être à la hauteur de la lutte, se laisse peu à peu envahir et le tuberculeux devient phtisique. Si donc, par un moyen quelconque et par la créosote en particulier, on augmente tant soit peu la valeur biologique du déshérité de la fortune, on le met à même de faire les frais de sa maladie; on le rend l'égal du riche qui n'a pas eu besoin de créosote pour se tirer d'affaire (et par riche nous entendons, non pas celui qui possède beaucoup de valeurs monétaires, mais celui qui a beaucoup de réserve vitale). En d'autres termes, chaque fois que le riche devient assez malade pour que son état devienne inquiétant, c'est qu'il a eu affaire à un bacille très virulent, contre lequel la créosote ne peut rien ou presque rien, tandis qu'elle peut beaucoup pour soutenir un organisme délabré, épuisé par la misère, la fatigue, les privations ou une alimentation défectueuse.

A l'appui de ce que je viens de dire, je citerai les résultats remarquables obtenus pendant plusieurs années de suite, chez les gardes républicains de Paris, contrastant avec ceux obtenus chez d'autres militaires. Les premiers sont des hommes fatigués, auxquels la créosote donnait un ressort incroyable; or, j'étais loin d'obtenir les mêmes succès chez les autres soldats de l'armée et encore moins chez les officiers du même âge, que chez les gardes républicains.

C'est sans doute une question de virulence variable du microbe, qui est responsable des formes variables de l'évolution de la tuberculose.

Méfiez-vous toujours d'une tuberculose qui naît dans le cours d'une belle santé, qui débute brusquement dans le mode aigu ou subaigu; elle est sans doute provoquée par un bacille d'une virulence spéciale. Vous avez contre elle peu de prise avec la créosote, et chose plus grave encore, elle est spécialement contagieuse. J'ai souvenance à cet égard, d'un fait que j'ai observé avec le docteur Trouessart. Trois jeunes filles vivaient ensemble depuis deux ans, dans un même appartement; elles n'avaient aucune hérédité et étaient très bien portantes. L'une, qui donnait des leçons en ville, est prise de tuberculose subaiguë qui l'emporte après quatre mois; l'autre qui lui donnait des soins est prise à son tour, au quarantième jour de la maladie de sa sœur, et succombait trois jours après elle.

Bref, pour les résultats à attendre du traitement créosoté, il faut compter à la fois, avec la virulence du bacille, et avec la résistance du terrain. La créosote n'a probablement aucune action sur la virulence du bacille, mais elle en a une puissante sur la résistance du terrain, qu'elle augmente ou qu'elle diminue dans des proportions incalculables. Bien plus, ce qui caractérise l'action de la créosote, c'est la rapidité et la puissance avec laquelle elle modifie, soit en bien, soit en mal, le facteur résistance du terrain. Si l'action est favorable, elle le sera vite et profondément; ce double résultat sera d'autant plus marqué, que la dose sera plus forte. Si le facteur résistance, au lieu d'être amélioré, est affaibli par l'intervention de la créosote, le médecin en sera averti de suite, par un malaise général indiqué par le malade; par l'apparition de certains phénomènes, que nous avons étudiés sous le nom de phénomènes d'intolérance.

De sorte que la créosote n'est pas seulement un médicament; c'est aussi une pierre de touche, et en tant que médicament. c'est ou le meilleur ou le plus mauvais. C'est le meilleur quand il est toléré, et quand il est toléré, il sera d'autant meilleur, qu'il sera donné à fortes doses, et d'autant meilleur qu'il produira moins d'effets appréciables.

L'idéal de la tolérance est celui d'un homme qui prend des doses incroyables de créosote sans éprouver le moindre effet: ni vertiges, ni urine noire, ni sueur. Dans ce cas, on assiste à des résultats thérapeutiques vraiment extraordinaires, dont l'augmentation progressive et rapide du poids, est le témoin irrécusable.

J'ai pu ainsi donner dans une même journée, sans le moindre inconvénient, jusqu'à 27 grammes de créosote pure, sous forme d'injections huileuses, et je n'ai certainement pas atteint la limite maxima de la dose tolérable. J'ai pu donner dans la même semaine jusqu'à 50 grammes de créosote pure. Dans le même mois, une moyenne de 5 grammes par jour, soit 150 grammes de créosote pure. Un de mes malades a pris 1k,350 de créosote pure, dans le courant d'une année; un autre, en traitement depuis deux ans, en est à son troisième kilogramme de créosote, et je le répète, chez tous ces malades, j'ai été loin d'atteindre la dose tolérable. J'ai la conviction que, si j'avais poussé plus hardiment encore, j'aurais obtenu des effets thérapeutiques encore plus avantageux.

Mais quand il n'est pas toléré, c'est-à-dire quand il agit dans un sens défavorable sur le facteur résistance, il peut être nuisible, très nuisible, d'autant plus nuisible que la dose est plus forte, et quelquefois les doses les plus minimes sont dangereuses. Ainsi, avec quelques centigrammes, je dirai même avec quelques milligrammes de créosote, on peut aggraver la situation d'un malade. Je n'en veux pour preuve que l'action non douteuse des frictions de créosote sur une étendue de 10 centimètres carrés, voire même des simples badigeonnages sur la même étendue de peau avec 20 gouttes de créosote. Or, je vous le demande, quelle est la dose du médicament qui est absorbée par ce moyen? C'est presque une dose homéopathique.

Eh bien! j'ai constaté, après plusieurs médecins de Lyon, des effets toxiques non douteux provoqués par cette dose ultra-minime.

Mais direz-vous, s'il en est ainsi, la créosote est une arme singulièrement difficile à manier? Je ne prétends pas le contraire, mais je crois avoir indiqué des phénomènes révélateurs qui sont pour le médecin un guide assuré; je les ai étudiés dans tous leurs détails, sous le nom de phénomènes d'intolérance.

Le plus solennel d'entre eux est le refroidissement, survenant six ou sept heures après la prise de la créosote; puis viennent par ordre d'importance : 1° chez les fébricitants, la chute brusque de la fièvre suivie d'une poussée fébrile, et chez les malades avec ou sans fièvre, des sueurs tardives, les sueurs immédiates, les urines noires, les ver-

tiges. Tous ces phénomènes peuvent avoir des degrés variés, peuvent s'associer les uns aux autres, de cent manières, ou s'observer isolément. C'est sur leur plus ou moins d'intensité, et aussi sur l'appréciation du malade, qu'il faut baser sa ligne de conduite et prescrire la dose à employer le lendemain; quand ils sont très intenses, le mieux est d'abandonner la créosote et de l'abandonner résolument, car j'ai remarqué qu'on a beau baisser la dose, les susdits phénomènes apparaissent presque avec la même gravité. Ils ne sont pas proportionnels à la dose.

Dans des cas exceptionnels, on peut vaincre cette intolérance et trouver la dose qui convient au malade, mais c'est alors que le médicament est vraiment difficile à manier.

Si donc j'avais un conseil à formuler, pour la majorité des médecins, je leur dirais : Un tuberculeux se présente à vous, votre devoir est d'essayer la créosote, quelle que soit d'ailleurs la gravité apparente de son état, car il peut se faire qu'un homme, qui paraît condamné, vous réserve les plus agréables surprises.

Employez donc la créosote à doses progressives jusqu'à ce que vous frisiez l'intolérance ; ne vous laissez pas arrêter par l'énormité des doses et augmentez tant que le malade tolère; mais dès que vous serez aux confins de l'intolérance, ce dont vous serez averti par l'apparition des sueurs ou des urines noires, restez à la dose que vous avez atteinte. Si le malade va de mieux en mieux, enhardissez-vous et poussez la dose jusqu'à ce que vous cotoyiez de nouveau l'intolérance; continuez ainsi jusqu'à guérison complète du malade, il viendra toujours un moment où le traitement prendra fin; le plus souvent, c'est parce que le malade se lasse, néglige de se soigner quand il se croit guéri, ou a la peau pleine, quand il s'est traité par les injections.

Dans les cas où vous vous heurterez, dès le début, à de graves phénomènes d'intolérance, n'essayez même pas de la vaincre; le problème est trop difficile, les résultats trop aléatoires; d'autant plus qu'après l'avoir vaincue une première fois, vous risqueriez fort de vous heurter à elle, quinze jours, un mois après le début du traitement. Considérez plutôt le malade comme perdu, quand même il n'aurait pas les apparences d'un sujet si gravement compromis.

Si, chez un homme qui a toléré pendant un certain temps, vous voyez tout à coup survenir l'intolérance, cherchez bien ; il peut se faire que cette intolérance ne soit qu'accidentelle et en rapport avec une dépréciation momentanée de l'organisme, que la créosote ne fait alors que révéler en l'exagérant. Il peut se faire, par exemple, que votre malade ait une angine légère, une grippe, une indigestion, un érythème à la suite d'une piqûre même bien faite, ou un abcès à la suite d'une piqûre mal faite. Laissez alors passer le petit orage et reprenez ensuite le traitement avec une prudence proportionnée à la gravité de l'incident. Mais si l'intolérance constatée dans le cours du traitement est due à une poussée pulmonaire et surtout si elle n'est en rapport avec aucune cause appréciable, prenez garde ! c'est l'indice d'une déchéance qui ira en s'aggravant et rapidement. Vous aurez beau alors baisser les doses, vous rencontrerez toujours l'intolérance ; votre malade rentre alors dans le groupe de ceux à intolérance initiale, c'est-à-dire qu'il est perdu sans retour.

Ces malades à intolérance immédiate ou à intolérance dans le cours du traitement, font le désespoir de la thérapeutique.

Sur les 300 malades traités par moi, qui servent de base à ma statistique actuelle, ils sont au nombre de 78 ; chez eux, la créosote n'a pas fait de mal, mais elle n'a fait aucun bien appréciable, et elle aurait certainement été nuisible, si elle n'avait pas été maniée avec prudence.

Il arrive quelquefois, qu'après avoir renoncé au traitement créosoté, on soit appelé à l'employer quinze jours, trois semaines après, chez le même malade, et qu'alors il réussisse, c'est qu'on se trouvait en face d'une intolérance accidentelle prolongée ; mais ce cas est exceptionnel, nous ne l'avons observé que trois fois, chez trois malades que nous avions cru devoir abandonner, puis que nous avons repris, avec un succès relatif.

En dehors de l'intolérance, est-il une contre-indication au traitement créosoté? Nous n'hésiterons pas à répondre : non. La fièvre n'est pas une contre-indication ; quand la créosote est tolérée, elle la fait tomber et cela, d'une façon progressive et d'autant plus marquée, qu'on augmente plus la dose ; mais il y a gros à parier qu'avec une fièvre intense, il y aura intolérance et c'est ce qui justifie l'opinion des médecins qui disent qu'il ne faut pas de créosote chez les fébricitants.

L'état général très défectueux est-il une contre-indication? Nous avons déjà répondu par la négative ; si la créosote est tolérée, l'état général se remonte d'autant plus vite qu'il était plus défectueux.

L'état du foie, des reins, contre-indique-t-il la créosote ? Non. Nous avons soigné beaucoup de malades ayant le foie volumineux, des cachectiques palustres entre autres, sans avoir à nous en repentir ; d'ailleurs presque tous les tuberculeux doivent avoir le foie malade. Nous avons de même traité avec grand succès deux albuminuriques. Chez le premier, nous ne savions pas tout d'abord qu'il y eût de l'albumine dans l'urine et c'est le succès obtenu chez lui qui nous a engagé à soigner le second en connaissance de cause.

Le diabète pourrait bien être une contre-indication, nous n'affirmons rien à cet égard, n'ayant pas d'expérience, mais nous craindrions, chez le diabétique, le mode d'administration par les injections sous la peau.

En résumé, essayez toujours la créosote chez tous les malades, dans toutes les formes de la tuberculose, à tous les degrés de la maladie, et, si vous maniez le médicament avec prudence, le seul risque que vous ayez à courir est de ne pas réussir ; en vous laissant guider par les phénomènes d'intolérance, vous ne risquez pas de faire fausse route.

C'est là, direz-vous, un mode de traitement singulièrement empirique, mais en réfléchissant un peu, on s'aperçoit qu'il n'est pas plus empirique que les autres, voire même que les traitements les plus spécifiques.

D'une facon générale, en thérapeutique, il n'y a pas de doses à prescrire, il n'y a que la dose tolérée et la tolérance varie d'un médicament à l'autre et d'un sujet à l'autre, dans les limites les plus larges. Ces limites sont extrêmement étendues pour ce qui concerne la créosote ; voilà ce qui différencie la créosote des autres médicaments.

Malheureusement jamais l'expérimentation sur les animaux, ni même sur l'homme sain, ne vous éclairera sur la dose qu'il convient de donner chez tels ou tels malades. On peut, à la rigueur, dire combien il faut d'arsenic pour tuer un poids déterminé de matière vivante ou pour impressionner, à un degré déterminé, un animal d'un poids déterminé ; mais jamais semblable calcul ne pourra être appli-

qué à la créosote ni à ses composants. Il en est, à cet égard, de la créosote comme de la tuberculine; elle ne réagit que sur l'individu malade, et la réaction est proportionnelle au degré même de la maladie. Comment voudriez-vous l'étudier sur un sujet sain? Ainsi, l'expérimentation ne vous permettra jamais de dire : « La créosote doit être donnée de telles doses à telles doses »; la vraie formule est la suivante : « Elle doit être donnée à la dose tolérée, en tâchant d'atteindre par tâtonnements la plus haute dose tolérée. »

Si vous me demandez maintenant sous quelle forme il vaut mieux la donner, je vous répondrai qu'on n'a que l'embarras du choix; si elle est tolérée par l'estomac, qu'on la donne par la bouche sous forme d'huile de foie de morue, d'huile créosotée à 10, 20, 50 p. 1000, suivant la tolérance du palais. Une bonne manière de la faire prendre est de la mettre dans un quart de verre d'eau sucrée, avec deux ou trois cuillerées à café de rhum; en y ajoutant un peu de teinture de rhubarbe, on diminue l'âcreté du médicament. M. Bouchard reste fidèle, croyons-nous, à sa formule de vin créosoté déjà donnée en 1874; M. de Boyer (1880) l'a modifiée en ajoutant de la glycérine. Guttmann (1887) ajoute à la créosote de l'éther acétique. Rosenheim, Lublinsky (1887), Hoppmann modifient quelque peu la formule de M. Bouchard. Van der Vloet à Gand (1888), la donne dans de l'huile d'amandes douces. Rosenthal (1888) y ajoute de l'extrait de café. Newcamb, en Amérique, lui adjoint la teinture de capsicum. M. Bourget (1889) dit qu'il faut en faire supporter la plus forte dose, sans s'inquiéter si la pharmacopée le permet. M. Gilbert (1889) l'additionne de liqueur de Pearson. Flint (1890) emploie le lait comme véhicule; d'autres préfèrent la donner en pilules. Sommerbrodt en a donné des milliers de capsules et il reste un des plus chauds défenseurs de la créosote, ainsi qu'il appert de ses communications successives (1887-1889-1891), il n'hésite pas à donner jusqu'à 4 grammes par jour. Ricklin (1888) prescrit aussi volontiers les capsules, dont il n'a pas remarqué l'influence fâcheuse sur la digestion. MM. Mignon (1889), Audibert (1892) recommandent aussi les capsules, seules ou combinées avec d'autres moyens d'introduction du médicament.

La voie rectale est aussi très recommandable et a nos préférences sur la voie gastrique.

Flint (1890) la donne en lavements, émulsionnée avec de l'huile de foie de morue ou avec le lait. M. Révillet (de Cannes) l'a expérimentée sur lui-même et s'est arrêté à la formule suivante :

Eau.......................... 200 grammes.
Créosote............ 2 à 4 —
Huile d'amandes douces...... 25 —
Jaune d'œuf................ 1

M. Chabaud (1891) met tout simplement la créosote dans l'eau distillée. Les lavements aqueux ont aussi la préférence de Guiter. Audéaud [de Genève (1893)] est également très partisan des lavements, soit avec l'huile de foie de morue, soit avec l'huile d'amandes douces et un jaune d'œuf. Nous-même, nous nous servons depuis longtemps du lavement ainsi formulé :

Créosote pure, de x à ccc gouttes.
Huile d'olive, deux cuillerées à bouche.
Jaune d'œuf, 1.
Lait chaud, un verre et demi.

Donné le soir avec la lenteur voulue et sans précautions spéciales, il est, en général, bien supporté et bien gardé jusqu'au lendemain matin.

On peut encore employer les suppositoires.

La créosote peut aussi être donnée en injections sous-cutanées [Du Castel (1882)]. M. Tapret, en 1883, publia des résultats favorables dans la thèse de M. Maigret. Lesguillon (1888), Scheteling (1889), Polyak (1889) emploient les injections huileuses, mais ne se servent que de seringues de Pravaz, avec lesquelles on ne peut faire que des injections peu copieuses, à moins de faire un nombre considérable de piqûres, ce qui n'est pas sans inconvénients. En 1889, M. Gimbert imagine un appareil permettant de faire des injections copieuses et lentes; il se sert d'huile au quinzième; en 1890, sa formule est modifiée par Lépine, puis par Spivacoff; mais c'est bien M. Gimbert qui doit être considéré comme l'initiateur de la méthode des injections lentes, et, par cela seul, il a fait faire un pas immense à la thérapeutique, en général, et au traitement de la tuberculose par la créosote, en particulier. Son appareil se compose d'un flacon gradué, dans lequel plongent deux tubes en argent fin, d'inégale longueur; le premier se termine à la partie supérieure du flacon et se trouve en rapport avec une pompe foulante; le second arrive à la partie inférieure du liquide et s'adapte à un tuyau de caoutchouc, terminé par une longue aiguille.

Le flacon étant hermétiquement clos, la pompe y comprime de l'air et c'est cet air comprimé qui chasse le liquide sous la peau du patient. En 1891, j'ai modifié cet appareil avec le concours de M. Guerder, en y ajoutant un manomètre qui permet de régler la pression de l'air, en diminuant la longueur et le calibre de l'aiguille, etc.

Grâce à d'autres petits perfectionnements, les injections se font d'une façon plus uniforme et tout à fait automa-



FIG. 1. — Appareil Burlureaux et Guerder.

tique, ce qui m'a permis de faire des injections encore plus copieuses et plus lentes, que ne l'avait fait M. Gimbert. Les figures ci-jointes rendent facilement compte du fonctionnement de ces appareils, dont il existe deux modèles, qui ne diffèrent l'un de l'autre que par le plus ou moins de facilité du maniement. Avec ces appareils, on introduit sous la peau des quantités pour ainsi dire indéfinies d'huile créo-

sotée. J'ai donné dans mon livre tous les détails relatifs au manuel opératoire, aux accidents et à la manière de les éviter sûrement, au débit de l'appareil, etc.

M. Hamon, dans sa thèse (1891), relate des observations recueillies dans mon service du Val-de-Grâce. M. Vigenaud a aussi employé les injections d'huile créosotée. M. Perron a préconisé l'huile de pied de bœuf comme véhicule.

C'est surtout les injections sous-cutanées d'huile créosotée, d'après la formule de M. Gimbert, que nous avons employées et étudiées ; quand nous pouvons les appliquer, nous leur donnons la préférence sur les autres modes d'administration de la créosote, parce que nous avons remarqué que le médicament agit avec plus d'intensité. D'autre part, l'huile digérée par la peau n'est pas sans avoir une action utile au point de vue de la nutrition; enfin, l'introduction sous-cutanée d'une quantité relativement copieuse de liquide a une action dynamogénique incontestable, sur laquelle M. Chéron a eu le mérite d'attirer l'attention en 1893. Mais il est un mode d'introduction qui nous semble pouvoir être mis *ex æquo*, c'est celui qui fait pénétrer, par la trachée, l'huile créosotée à hautes doses. M. le docteur de La Jarrige fait cette opération avec une facilité et une rapidité incroyables ; il suffit de le voir opérer

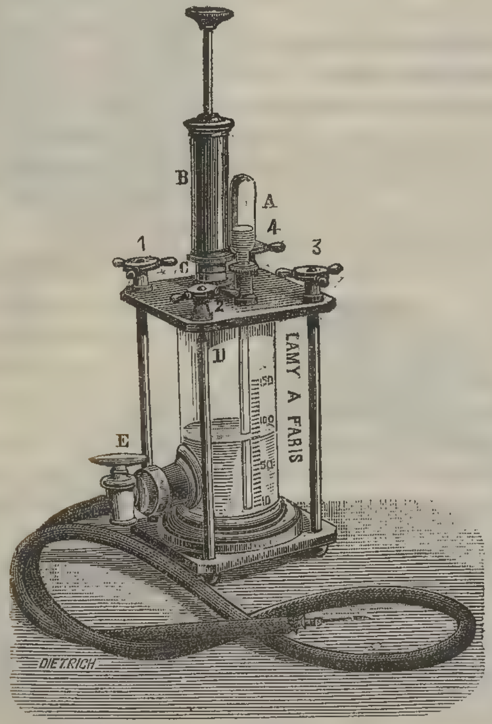


Fig. 2. — Appareil Burlureaux et Guerder.

pour être convaincu ; il se sert d'huile créosotée à 1/10, additionnée de menthol. Je serais le tout premier à reconnaître que son procédé d'introduction est supérieur aux injections, n'était la difficulté du tour de main qu'il s'agit d'acquérir.

En résumé, les voies gastriques, rectales, sous-cutanées et trachéales, nous semblent toutes recommandables pour l'administration de la créosote. Les inhalations avec l'air créosoté, sans pression (C. Paul), avec pression (Tapret, Sée, Raymond), les pulvérisations d'eau créosotée ont aussi leurs partisans ; à notre avis, ce sont des adjuvants qu'il ne faut pas négliger.

Les frictions de pommades créosotées ; les badigeonnages de créosote et de gaïacol sont depuis quelques mois à l'ordre du jour.

Sciolla (de Gênes) annonçait, en 1893, des résultats extraordinaires obtenus par de simples badigeonnages créosotés ou gaïacolés. Les médecins de Lyon (Bard, Veil, Lannois, Courmont) se hâtèrent de vérifier ses assertions et presque tous tombent aujourd'hui d'accord pour dire que la créosote ou le gaïacol sont absorbés par la peau, puisqu'on en retrouve dans l'urine au bout de quelques heures (Linossier) mais que les effets thérapeutiques sont tellement variables qu'ils déjouent toute interprétation, c'est du moins de cette façon que je crois pouvoir formuler leur opinion collective. Chez certains malades, en effet, le badigeonnage donne de l'abaissement thermique, des frissons violents, des sueurs profuses et peut faire beaucoup de mal. « Le badigeonnage, dit Bard (*Lyon méd.*, 4 juin 1893), constitue une médication qu'on ne devra employer qu'avec une grande prudence. »

Chez d'autres, au contraire, il ne produit rien du tout, pas le moindre abaissement de température, et paraît faire beaucoup de bien.

Védrine (Thèse de Lyon, 1893) essaie, par l'expérimentation chez les animaux, d'expliquer cette variabilité des phénomènes avec un même agent, mais il n'y arrive pas. Nous avons donné plus haut la raison de cette impuissance et nous pensons que la variabilité des phénomènes produits par les badigeonnages, ne tient qu'à la qualité même des malades et à leurs degrés variés de tolérance. Aux malades qui tolèrent la créosote, on peut, sans le moindre effet appréciable, faire des badigeonnages sur toute la poitrine; nous en avons fait faire largement, ne nous arrêtant qu'au huitième jour, quand la peau était devenue douloureuse, éraillée, comme par des griffes de chat. Il n'est pas étonnant que des malades qui auraient pu tolérer 10 grammes de créosote par l'intestin, ou par l'injection sous-cutanée, ne soient pas impressionnés par les quelques centigrammes qui pénètrent dans leur organisme, à la suite d'un badigeonnage; mais si l'on vient à faire ce badigeonnage à un malade à intolérance notoire, il est impressionné défavorablement, tout comme si on lui avait donné la créosote par une autre voie, et il éprouve absolument les mêmes accidents.

Ce qu'il y a de vraiment intéressant dans les recherches des médecins lyonnais, que nous avons d'ailleurs répétées, c'est qu'elles indiquent les doses minimes qui suffisent, dans certains cas, pour impressionner l'organisme; c'est qu'elles démontrent, en un mot, que l'échelle de la dose maniable de créosote est encore plus étendue que nous le croyions nous-même.

En résumé, la créosote peut être donnée d'une façon quelconque, à la condition qu'elle soit pure et rectifiée d'après les procédés que M. Choay a décrits en 1889 et qui sont à la portée de tous les pharmaciens. Il est à souhaiter aussi qu'elle ait toujours la même teneur en gaïacol comme la créosote alpha, qui contient invariablement 25 p. 100 de ce produit. Le mode d'introduction, le véhicule importent peu ; chacun garde le droit d'avoir ses préférences, et si nous avons relaté quelques noms propres, à propos des divers modes d'administration, c'est pour rendre hommage aux ouvriers de la première heure. Ce qui importe, c'est de reconnaître la dose la plus forte que l'on pourra prescrire; or, elle varie d'un malade à l'autre, dans des proportions incroyables, et la limite de la tolérance est révélée par l'apparition de

phénomènes que j'ai étudiés dans tous leurs détails dans des publications antérieures; c'est là le point sur lequel j'ai cru devoir appeler tout spécialement votre attention.

Dr BURLUREAUX,
Agrégé libre du Val-de-Grâce.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique des maladies du cœur et de l'aorte (1), par E. Barié.

Devenu maître à son tour, M. Barié a été l'un des élèves les plus distingués du professeur Potain : de là sans doute la prédilection avec laquelle il a étudié les maladies du cœur et de l'aorte.

Ce livre, conçu dans un esprit éminemment pratique, est divisé en cinq parties.

La première est consacrée à l'étude des médicaments cardiaques. Un développement tout spécial a été attribué à la digitale, à ses dérivés et à la digitaline. Y sont étudiés aussi les succédanés de la digitale, les modérateurs du cœur (bromures, alcalins, chloral, etc.), les dépresseurs de la tension vasculaire (iodures, opium, nitrite d'amyle, etc.), les agents diurétiques et, enfin, un certain nombre de substances récemment introduites dans la thérapeutique et d'effet mal connu encore.

La seconde comprend l'hygiène des cardiaques, inutile d'insister sur son importance; la troisième, la thérapeutique générale des maladies du cœur. Ces maladies y sont considérées surtout dans leur rapport avec la tension artérielle, suivant qu'elles sont suffisamment compensées ou qu'elles cessent de l'être; suivant qu'il y a hyper ou hyposystolie.

Dans la quatrième partie vient le traitement des maladies du cœur en particulier, et des troubles fonctionnels : la péricardite, l'endocardite à sa phase aiguë, les affections chroniques valvulo-orificielles, les myocardites, le cœur gras et l'angine de poitrine.

Il restait peu de chose à dire sur le traitement des maladies orificielles, après ce qui avait été dit dans la partie précédente, et il eût mieux valu peut-être réunir franchement le traitement des affections orificielles à la thérapeutique générale, à la thérapeutique systolique pourrait-on dire, et à la thérapeutique aortique.

Les troubles fonctionnels, ce sont, n'est-ce pas? les palpitations, les tachycardies, le pouls lent permanent, la syncope, etc.

Enfin, la cinquième et dernière partie est attribuée aux maladies de l'aorte, aortites et anévrysmes.

Il n'est nullement nécessaire d'être un prophète de haute marque pour prédire à ce manuel un succès rapide et mérité.

L'art de formuler (2), par Dujardin-Beaumetz.

M. Dujardin-Beaumetz termine ainsi sa préface : « Je ne sais si le public médical accueillera favorablement ce livre, le dernier que je publie; mais je désirerais qu'il y prît le même intérêt et le même plaisir que j'ai eu à l'écrire. J'avoue sans fausse honte que, quoique arrivé presque au terme de ma vie médicale, j'ai appris en le faisant, beaucoup de choses. Je souhaite que le lecteur en tire autant de profit. » Ce lecteur peut nous en croire et nous en croira facilement, il en tirera beaucoup plus de profit encore.

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(2) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

L'art de formuler est une chose que l'on apprend fort mal au cours de ses études médicales, surtout parce qu'on n'en voit alors ni l'utilité, ni l'intérêt; ce n'est que plus tard, mis en demeure de formuler, qu'on sent tout le poids de son ignorance.

Quand un maître et un praticien de la valeur de M. Dujardin-Beaumetz, qui a tant et si bien manié les médicaments, qui a si longtemps fait au lit du malade l'enseignement pratique de la thérapeutique, veut bien, après une aussi longue et aussi dense expérience, rédiger un petit manuel de ce genre, il faut, *a priori*, avant d'avoir ouvert le livre, l'en remercier vivement. Quand on a lu ce livre, il ne reste plus qu'à le remercier plus vivement encore. L'auteur a su rejeter le fatras inutile des vieilleries encombrantes pour donner les choses essentielles, récentes, aussi modernes que possible.

Nous espérons bien que ce n'est pas là, quoi qu'il en dise, le dernier ouvrage qu'il publie. Ce petit volume est une sorte de préface, puisqu'il devait être le premier des ouvrages de la jolie collection que publie M. Doin.

Des lésions de l'endocarde chez les tuberculeux (1), par Pierre Teissier.

La tuberculose étant une maladie infectieuse, il n'y a rien d'étonnant à ce qu'on lui découvre les divers attributs des infections et, en particulier, la faculté de produire des endocardites. Pendant longtemps, l'idée de Rokitansky a dominé la science, et l'on a pensé qu'il y avait antagonisme entre la tuberculose et les lésions du cœur. On fut forcé, cependant, de se rendre à l'évidence et de reconnaître qu'il y a quelquefois coïncidence entre l'endocardite aiguë ou chronique, les lésions orificielles et la tuberculose pulmonaire. Le rétrécissement mitral est la lésion que l'on rencontre le plus souvent en cas semblable.

L'endocardite peut être une simple rencontre; mais elle peut être aussi, par sa pathogénie, liée à la tuberculose. La lésion de l'endocarde peut être elle-même de nature tuberculeuse, ce qui est, en somme, assez rare, et être causée par l'implantation des bacilles au niveau des orifices valvulaires. Elle peut être scléreuse, sans bacilles. Cette sclérose serait attribuable, en effet, non au microbe lui-même, mais à sa toxine, à la tuberculine. Ainsi s'expliqueraient les relations du rétrécissement mitral et de la tuberculose. L'action locale de la tuberculine amènerait le rétrécissement de l'orifice valvulaire, et ce rétrécissement, en vertu des troubles de circulation pulmonaire qu'il provoque, arrêterait l'*évolution* de la tuberculose. Le rétrécissement mitral serait donc une lésion d'origine, mais non de nature tuberculeuse.

Enfin, les infections secondaires, qui accompagnent si souvent la tuberculose, pourraient devenir une cause d'endocardite aiguë au cours de la tuberculose, mais il pourrait y avoir aussi des localisations endocardiques de la bacillose, au cours de la tuberculose aiguë.

On voit que cette question ne manque pas d'intérêt, elle est bien exposée par M. Teissier.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 671, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

(1) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les questions d'anesthésie sont en ce moment à l'ordre du jour. On en parle un peu partout. L'Académie vient d'entendre encore deux communications sur ce sujet. M. Laborde préconise un mélange d'éther et de chloroforme, en proportions déterminées. Les expériences sur les animaux et les essais sur l'homme auraient, jusqu'ici, donné de bons résultats.

Le bromure d'éthyle passait jusqu'ici pour moins dangereux que le chloroforme. Un fait, que M. Suarez de Mendoza (d'Angers) vient de communiquer à l'Académie et sur lequel M. Duplay a fait un rapport, prouve malheureusement que cet agent, comme le chloroforme, peut tuer à la période initiale de l'anesthésie par arrêt réflexe du cœur. Il faut donc prendre avec lui les mêmes précautions qu'avec le chloroforme.

M. Vidal (d'Hyères) a fait un intéressant rapport sur le service de protection des enfants du premier âge dans le département du Var. La statistique produite par M. Vidal prouve que l'application de la loi Roussel a donné, chez les enfants surveillés en raison de cette loi, une mortalité plus faible que celle des enfants restés sous la surveillance paternelle. C'est là un résultat qui vaut la peine d'être enregistré et qui prouve surabondamment les bienfaits de la loi Roussel.

Signalons, pour terminer, la présentation par M. Berger d'une jeune malade chez laquelle il a pratiqué une autoplastie pour un ectropion de la lèvre inférieure par la méthode italienne qui consiste, comme on sait, à prendre un lambeau sur l'avant-bras qu'on laisse accolé sur la partie à réparer, pendant tout le temps nécessaire.

Le résultat obtenu, dans ce cas, par M. Berger est particulièrement satisfaisant.

L'Académie se forme en comité secret pour entendre le rapport de M. Bucquoy sur les candidats au titre de correspondant étranger dans la section de médecine.

Voici l'ordre de présentation : MM. Revilliod (de Genève) et Seguin (de New-York).

MÉDECINE MILITAIRE

De l'antisepsie chirurgicale dans les formations sanitaires de l'avant.

Sous ce titre, les *Archives de médecine militaire* viennent de publier un très intéressant mémoire de M. Forgue, médecin-major, professeur à la faculté de Montpellier ; ce sujet, proposé par le ministère de la guerre, a été traité avec une compétence si remarquée qu'il a obtenu à l'auteur du mémoire le prix de chirurgie militaire en 1893.

La question de l'antisepsie dans les formations de l'avant a, depuis quelques années, attiré l'attention des chirurgiens d'armée, notamment de MM. Chauvel et Nimier, Heuyer, Demmler (1). M. Forgue, dans le mémoire dont nous allons étudier les grandes lignes, a fait une étude d'instruction technique et pratique ; « s'inspirant du mode de rédaction des notices du règlement, il a voulu écrire une sorte de formulaire, prenant soin d'en élaguer les superfluités doctrinales aussi bien que les impossibilités pratiques ».

Après avoir rappelé sommairement que le blessé doit être au plus tôt relevé et transporté loin de la ligne de bataille, M. Forgue insiste sur l'importance du premier pansement, sur la nécessité de l'application par les brancardiers des procédés simples et rapides de l'hémostase d'urgence, et enfin sur le choix à faire parmi les blessés, les secours les plus rapides revenant de droit aux blessés les plus gravement atteints.

I

L'ANTISEPSIE AU POSTE DE SECOURS. — Il importe que le poste de secours ne soit pas installé trop tôt, car l'observation de l'antisepsie ne peut être appliquée qu'autant que le poste de pansement garde une sédentarité relative. Aussi, dans les phases initiales, doit-on se contenter des ressources individuelles, paquet du soldat et musettes de brancardiers.

Quand l'emplacement du poste a été choisi, que le personnel et les voitures ont été groupés, il est procédé au déchargement du panier n° 2 et du panier n° 3 de la première voiture, du bidon de dix litres et du tonnelet de trente litres qui doivent être complètement pleins. Il faut aussitôt pourvoir à trois indications qui sont : l'*aseptisation*

(1) Voir *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1305.

du matériel de pansements, la *stérilisation des instruments* et *l'improvisation d'une table* pour panser les blessés.

Pour se procurer l'eau chaude nécessaire, il est indispensable de construire sans retard un fourneau de campagne à trois ou quatre foyers. Sitôt les feux allumés, le médecin-chef se met en mesure de procéder à l'asepsie du matériel à pansements par le bouillissage; dans ce but, il a recours comme vaisselle au matériel de campement, soit qu'il s'en soit pourvu d'avance, soit qu'il utilise les objets empruntés à des sacs sans propriétaires.

Les récipients dont l'emploi est indispensable sont les suivants :

1° Deux grandes marmites, dont l'eau, additionnée d'une poignée de sel par litre, doit servir au nettoyage des mains et de la région avoisinant la blessure, à la fabrication des tampons, à la confection des liquides antiseptiques et à l'irrigation des plaies souillées;

2° Une grande marmite où l'on met à bouillir des compresses de toile, grandes pour garnir et aseptiser les environs du champ opératoire, des compresses de toile et de gaze moyennes et petites pour le nettoyage et le pansement des foyers traumatiques;

3° Une gamelle à campement permettant d'obtenir par bouillissage, la stérilisation des tampons d'ouate en grand nombre, des fils de soie, des crins de Florence (1) et des tubes à drainage;

4° Un couvercle de marmite contenant de la solution sodique dans laquelle les instruments métalliques sont soumis à l'ébouillantement.

Tous ces récipients sont disposés le plus tôt possible sur les foyers du fourneau de campagne. Dès que les objets ont été aseptisés, ils sont disposés sur une table de fortune: cette table peut être obtenue en élevant sur deux paniers inutilisés, soit le panneau mobile qui ferme en arrière la voiture régimentaire, soit un brancard. Afin d'étaler méthodiquement le matériel préparé, on doit utiliser le bassin carré en tôle émaillée (pour les instruments), les cuvettes réniformes (l'une pour les compresses moyennes et petites, l'autre pour les tampons), la cuvette à pansements (pour solution phéniquée ou sublimée); ces objets sont placés dans le panier n° 2. En outre, un ou plusieurs couvercles de marmites à campement peuvent servir pour les autres instruments, une grande gamelle pour les grandes compresses, une petite gamelle pour un supplément de tampons, enfin deux autres gamelles pour le supplément de liquide antiseptique et d'eau chaude. Quant au coton, à la ouate de tourbe, aux bandes roulées, aux compresses de gaze et aux paquets d'étoupe, ces objets sont étalés sur de grandes compresses ayant bouilli.

Il reste, bien entendu, que le chirurgien et les aides ont à leur portée, dans le panier n° 2, tout ce qui est nécessaire à l'asepsie des mains : savonnettes, brosses à ongles; aussi doivent-ils, dans la mesure du possible, être les seuls à toucher au matériel aseptisé.

La désinfection des instruments métalliques peut s'opérer par le flambage à l'alcool pendant quelques minutes, ou mieux par le bouillissage dans la solution sodique au centième. D'après M. Forgue, il serait bon, pour répondre à cette indication, que le panier n° 2 fût muni d'une boîte de fer blanc contenant le carbonate de soude et d'une cuillère mesurant dix grammes. L'aseptisation est rendue impossible pour les instruments à manches en bois : quand on est obligé d'en faire usage, il faut entretenir les manches et lames en minutieux état de propreté, et au moment de les employer, recouvrir les manches avec une gaze aseptique après avoir essuyé soigneusement les lames avec une compresse aseptique mouillée d'une solution phéniquée forte.

Il n'est possible au chirurgien de faire de nombreux pansements sans trop de fatigue qu'autant que le blessé est placé convenablement par rapport à l'opérateur. La position la meilleure pour le chirurgien, comme pour le blessé, consiste à surélever suffisamment le brancard au-dessus du sol. Le brancard, recouvert d'une alèze imperméable provenant du panier n° 2, remplit bien le rôle de table à pansements; le dispositif le plus simple consiste à fixer les extrémités des hampes du brancard sur des branches fourchues enfoncées dans le sol. Comme le fait remarquer avec raison M. Forgue, « il y aurait peut être avantage à munir la voiture régimentaire d'un support pliant, léger, en tube creux d'acier, qui se développerait rapidement en un cadre de soutènement pour le brancard, et que quelques coups fixeraient au sol »; le modèle de support métallique proposé par M. Forgue paraît tout à fait pratique.

Ainsi que le dit le règlement, la chirurgien du poste de secours ne doit viser que la mise en état des blessés pour une évacuation rapide sur l'ambulance. Le pansement de choix doit être, sauf exception, le pansement sec à l'iodoforme avec tamponnement à la gaze bichlorurée et enveloppement ouaté; c'est là, dit M. Forgue, le type par excellence du pansement d'armée.

II

L'ANTISEPSIE A L'AMBULANCE. — Le matériel de l'ambulance permet de faire une antisepsie plus rigoureuse et plus complète qu'au poste de secours; le personnel médical est suffisant pour parer à toutes les éventualités.

Il est des circonstances où l'ambulance est installée dans des habitations, fermes, écoles, maisons de campagne, et d'autres où elle est appelée à fonctionner en plein air. Dans le premier cas, il sera plus aisé de mettre en œuvre les moyens de stérilisation. On emploiera les foyers de cuisine, la vaisselle de ménage pourra être utilisée; enfin l'eau, le bois, le sel se trouveront sur place. Au contraire quand l'ambulance sera en plein air, on aura recours aux installations de fourneaux de campagne, comme dans les postes de secours.

L'eau nécessaire à la stérilisation du matériel et à la préparation des boissons est prise dans les deux réservoirs de vingt-cinq litres de la voiture de chirurgie, et des corvées sont envoyés avec les six seaux en toile et le seau en fer de dix litres, pour assurer l'approvisionnement quand l'ambulance se trouve éloignée de toute habitation.

Le matériel de l'ambulance à disposer sur les fourneaux se compose :

1° De trois bassins en tôle émaillée (casier n° 6 de la voiture de chirurgie), un réservé à la stérilisation de l'eau salée, le deuxième pour le bouillissage des compresses de toile, le troisième pour l'aseptisation des instruments, des fils de soie dans leur dévidoir (modèle Forgue), des crins, des fils métalliques et des tubes à drainage.

(1) M. Forgue n'est pas partisan de l'emploi du catgut en chirurgie de guerre.

2° D'une marmite de campement, employée en supplément, et contenant une réserve d'eau bouillie chaude.

3° De deux cuvettes en fer battu (casier n° 6) pour une réserve de compresses en toile, de tampons d'ouate et d'étoupe.

L'aseptisation de tout le matériel, récipients, objets de pansements, instruments, s'opère comme au poste de secours, mais avec plus de sûreté. Le procédé vraiment pratique d'aseptisation des instruments, c'est le bouillissage dans une solution de carbonate de soude, tel qu'il a été préconisé par Schimmelbusch. Ce bouillissage peut être pratiqué dans n'importe quelle marmite (par exemple les bassins en tôle émaillée du casier n° 6, ainsi qu'il vient d'être dit plus haut), mais, d'après M. Forgue, il y aurait peut-être avantage, pour la chirurgie de guerre, à munir les ambulances et hôpitaux de campagne d'appareils portatifs établis sur le type de l'instrument de Schimmelbusch. « C'est un bouilleur à deux étages : les instruments cuisent en bas dans la solution sodique ; les compresses et les tampons prennent dans la caisse supérieure un bain de vapeur courante. » M. Forgue a fait établir par Collin un modèle mobile très transportable qui paraît devoir être appelé à rendre de grands services.

Le service chirurgical de l'ambulance est réparti entre les différents groupes dont le fonctionnement est spécialisé, ce qui permet d'éviter « la fusion des matériels et la confusion des ordres, si pernicieuses à une antisepsie impeccable ».

Les plaies simples sont traitées, comme au poste de secours, par l'occlusion sèche avec le pansement iodoformé ouaté. Les régions blessées sont préalablement nettoyées, savonnées à chaud, dégraissées à l'alcool ou à l'éther et brossées à la solution phéniquée. M. Forgue demande qu'on mette dans le matériel de pharmacie de l'essence de térébenthine dont l'emploi permettra en campagne de décroûter plus facilement l'épiderme.

Le groupe chargé des opérations aura vraisemblablement surtout à assurer l'hémostase, à la rendre définitive et à pratiquer « la régularisation antiseptique des foyers de fractures gravement comminutives ». La règle, d'après M. Forgue, est « de se limiter, de n'enlever que ce qui est broyé, tout ce qui est voué à la séquestration, tout ce qui constitue un aliment à l'infection, et c'est compléter l'antisepsie que faire l'esquillotomie primitive ». En ce qui concerne les plaies articulaires (1), il faut « se contenter de simplifier ces blessures, de vider l'article d'un épanchement sanguin énorme, d'enlever les blocs osseux détachés, de toucher la synoviale si elle a subi des infections graves, avec le chlorure de zinc ou la liqueur alcoolo-phéniquée, de l'irriguer à l'eau bouillie, sublimée à faible titre, de débrider pour placer des drains et assurer des voies de décharge, surtout de faire une épaisse occlusion avec la gaze iodoformée et de l'ouate ».

Un certain nombre d'autres interventions d'urgence pourront être pratiquées, trachéotomie préventive, mise de sonde à demeure, opérations sur le crâne, l'intestin, etc. ; leur succès en sera assuré par une antisepsie rigoureuse.

Après l'antisepsie de l'ambulance, M. Forgue étudie sommairement l'antisepsie à l'*hôpital de campagne* ; le dispositif général des deux formations sanitaires étant le même, nous nous bornerons à rappeler avec cet auteur que les récipients nécessaires pour la stérilisation du matériel et l'asepsie des chirurgiens de l'hôpital se trouvent dans les paniers n° 0, n° 4 et dans la caisse n° 6.

(1) L'antisepsie préventive, dans le service de l'avant, application au traitement des plaies articulaires, a été étudiée par M. Picqué, chirurgien des hôpitaux de Paris, *Bull. de la réunion des médecins de réserve*, mai 1891, n° 2.

PROCÉDÉ NOUVEAU

POUR LA CURE RADICALE DE LA HERNIE OMBILICALE (PROCÉDÉ DE L'ENTRECROISEMENT DES DROITS)

Par J. DAURIAC,

Interne de la Clinique chirurgicale de la Charité.

Dans une note récente (1), nous avons décrit le procédé que nous avons imaginé pour la cure radicale de la hernie ombilicale et des éventrations médianes.

Nous avons fait subir à notre procédé une modification importante qui le rendra d'une exécution facile, tout en mettant les opérés à l'abri de certains inconvénients pouvant résulter du manque de solidité de la suture musculaire, ou d'un allongement consécutif de la cicatrice.

Dans notre première note, nous avons proposé de pratiquer, sur la ligne blanche, une incision rectiligne et verticale, débordant de quelques centimètres, en haut et en bas, la tumeur herniaire, et de mettre à découvert, par une dissection faite à droite et à gauche, la face antérieure du feuillet superficiel de la gaine de chaque droit. Une nouvelle incision, de même hauteur que la première, ouvrait, en suivant son bord interne, la gaine de chacun des droits et permettait d'aborder ces muscles. Après les avoir minutieusement décollés avec le doigt ou une sonde cannelée, on attirait chacun d'eux hors de sa gaine et on pratiquait, d'un coup de bistouri, la section transversale et totale des deux corps musculaires. Ce temps opératoire exécuté, on se trouvait en présence de quatre bouts musculaires dépendant des droits sectionnés. Il n'y avait plus, dès lors, qu'à suturer minutieusement le bout supérieur du muscle droit du côté gauche, au bout inférieur du côté droit, et réciproquement le bout supérieur droit, au bout inférieur gauche. L'opération était complétée par la reconstitution des deux gaines ouvertes, temps extrêmement important. Nous obtenions ainsi, en avant de l'orifice de la hernie, un coussinet musculo-aponévrotique représenté par une double épaisseur musculaire due à la superposition des muscles droits entrecroisés et par la gaine de ces muscles reconstituée.

Ayant éprouvé quelques craintes au sujet des éventualités qui pourraient survenir si la suture musculaire n'était pas suivie d'une réunion parfaite, ou s'il se produisait un allongement de la cicatrice consécutif à la consolidation, nous avons imaginé une modification à notre procédé primitif.

L'incision de la peau portera comme précédemment sur la ligne médiane et permettra d'arriver, après dissection de ses deux lèvres, sur les gaines des droits. Comme précédemment encore, on ouvrira ces gaines en incisant, au bistouri, leur feuillet antérieur le long de son bord interne. On décollera soigneusement la face antérieure et la face postérieure de chacun des droits du feuillet correspondant de sa gaine, et cela, jusqu'à demi-largeur du muscle. Prenant de nouveau le bistouri, on fera en plein muscle, et à égale dis-

(1) *Progrès médical* du 28 avril 1894.

tance de ces deux bords, une incision verticale XX (fig. 1) un peu moins longue que l'incision de la gaine. Le muscle se trouvera ainsi divisé, dans le sens de sa longueur, en deux bandes, de volume égal, dont l'une sera interne et

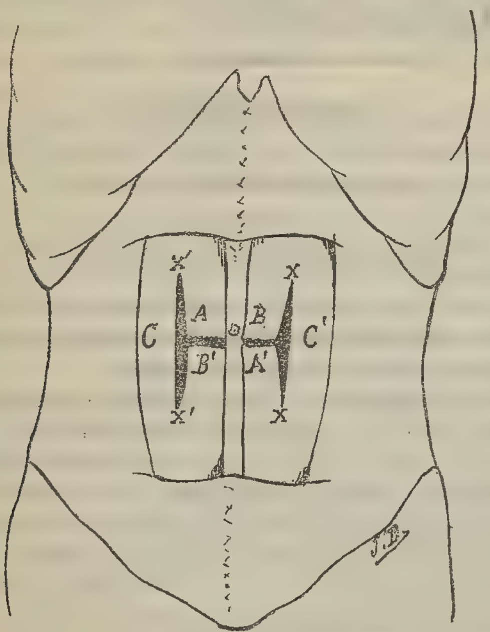


Fig. 1.

l'autre externe. La bandelette externe CC' (fig. 1 et 2) de chaque muscle est destinée à rester intacte et à assurer la continuité musculaire dans chaque droit. Elle restera adhérente à la partie interne de la gaine qui n'aura pas été décollée à son niveau, comme nous l'avons précédemment

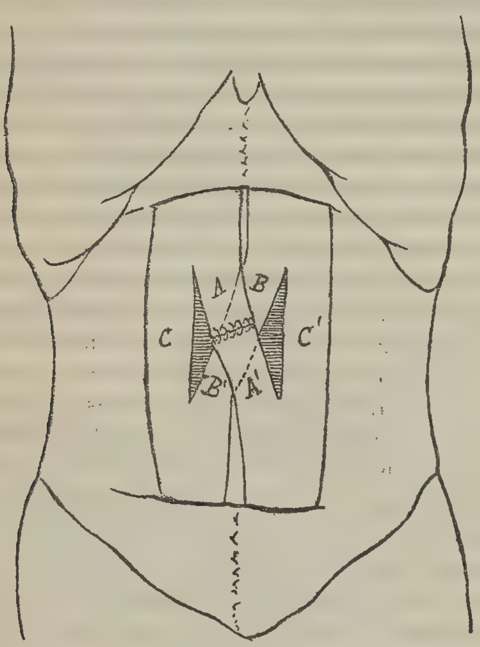


Fig. 2.

recommandé. La bandelette externe sera incisée au bistouri suivant une ligne transversale menée à égale distance des deux extrémités de l'incision verticale XX. On aura après cette incision deux lambeaux musculaires AB' et BA' (fig. 1), destinés à être croisés et suturés, le lambeau supérieur gauche au lambeau inférieur droit, et réciproquement. Après exécution de la suture on obtient exactement ce que nous avons essayé de représenter dans la figure 2 : les lambeaux A et A' sont suturés l'une à l'autre ; de même pour les lambeaux B et B'.

La suture musculaire a besoin d'être exécutée avec des précautions toutes particulières. Il est évident que des fils passant entre des fibres verticales et parallèles, et opérant une traction dans le sens même de la direction de ces fibres, auront beaucoup de tendance à couper, ou plutôt à s'échapper en dissociant ces fibres parallèles. Il y aura donc intérêt a abandonner le point séparé ou le point en surjet. Nous croyons qu'il sera bon d'essayer une sorte de point en chaîne, d'une exécution facile, qu'on pourrait appeler point *à double chaîne*.

L'emploi de ce point permettra de disposer sur chaque bord de l'incision, et *parallèlement à ce bord*, une chaîne de soie, régulièrement reliée à son homologue par une série de W.

Il faudra se placer autant que possible, pour la suture, au niveau d'une des intersections aponévrotiques qu'on rencontre dans les droits.

L'opération sera complétée par la reconstitution de la gaine aponévrotique. On suturera tout simplement l'un à l'autre, par-dessus l'X musculaire, les deux feuillets aponévrotiques précédemment décollés. On comprend aisément que l'on transformera de la sorte, au niveau de l'entrecroisement des droits, la gaine primitivement double, en une gaine unique.

Les avantages de la modification que nous proposons à notre procédé primitif, nous paraissent appréciables. La continuité dans la musculature des droits est assurée par la conservation sur chacun de ces muscles d'une bande externe à laquelle le bistouri n'a point touché.

Cette intégrité d'une partie notable du muscle aura encore pour effet d'assurer le rapprochement des lambeaux, en s'opposant par sa tonicité à la pression intra-abdominale qui gêne leur réunion. La persistance d'une bande musculaire intacte rendra, en outre, fort problématique, la production d'un allongement de la cicatrice des lambeaux suturés, et cela d'après la même raison que tout à l'heure.

Disons, enfin, que l'entrecroisement des droits que nous préconisons ne peut amener que des troubles fort négligeables dans la fonction physiologique de ces muscles.

Nous sommes, d'ailleurs, convaincu que l'entrecroisement total lui-même n'est pas passible des objections que nous nous sommes présentées à nous-même, et qu'il rendra des services à ceux qui voudront l'employer.

Nous proposons d'appeler notre procédé modifié : *procédé de l'entrecroisement partiel des droits*, réservant à notre technique première, l'appellation *d'entrecroisement total des droits*.

LA THÉRAPEUTIQUE

DEVANT LE CONGRÈS DE ROME (1)

IV

Le docteur Carrieu (de Montpellier) fait connaître le résultat de ses recherches sur l'action de l'injection de la lymphe du chien dans le traitement de la tuberculose.

Il a d'abord injecté de la lymphe pure ou additionnée de la

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 635.

solution physiologique chlorurée sodique, à des animaux de même espèce ou d'espèces différentes. Ces injections pratiquées avec toutes les précautions de la méthode antiseptique n'ont jamais occasionné d'accidents locaux ou généraux.

A plusieurs reprises, il s'est injecté dans le tissu cellulaire sous-cutané, un centimètre cube de lymphe de chien pure ou additionnée par moitié de solution chlorurée sodique : il n'a éprouvé aucun malaise, ni aucun accident.

Il a pris la lymphe tantôt directement dans le canal thoracique, l'animal étant sacrifié immédiatement auparavant par la section du bulbe, tantôt sur l'animal vivant, au point d'abouchement du canal thoracique avec la veine sous-clavière.

Il a pu ainsi chez le chien recueillir pendant plus de vingt-quatre heures des quantités considérables de lymphe.

Cette lymphe, injectée à d'autres animaux, a un pouvoir phagocytique considérable; il le démontre en injectant auparavant dans le tissu cellulaire ou dans les veines de l'animal en expérience des particules solides ou des microbes préalablement colorés. Après l'injection de lymphe, la résorption des particules colorées est activée et l'on voit un plus grand nombre de leucocytes ayant dans leur intérieur des microorganismes ou des grains colorés. Après avoir constaté l'innocuité des injections de lymphe et leur rôle phagocytique, il a eu la pensée d'appliquer cette action à la guérison de certaines affections et en particulier à la tuberculose.

Depuis longtemps on sait que le tubercule peut guérir spontanément par l'enkystement et la transformation fibreuse des parties environnantes. Les recherches plus récentes de Metchnikoff ont montré le rôle que joue la phagocytose dans ce processus. M. Carrieu a pensé que l'injection d'une certaine quantité de lymphe d'un animal peu tuberculisable, comme le chien, pouvait activer l'évolution du tubercule dans cette voie de sclérose.

Les expériences qu'il a faites jusqu'ici sur des animaux semblent confirmer cette idée : des lapins ayant été préalablement inoculés par des produits tuberculeux ou des cultures pures de bacilles de Koch ont, après injection de lymphe de chien, résisté plus longtemps que les animaux témoins.

Il n'a pas encore appliqué ces données à la pathologie humaine, mais il estime qu'en présence des résultats obtenus chez les animaux, la *lymphothérapie* a logiquement le droit d'entrer dans le domaine de la clinique.

M. le docteur Gilbert (de Genève), se basant sur les expériences de M. Debove, d'après lesquelles les exsudats de l'organisme chez les tuberculeux contiennent des produits analogues, sinon identiques, à ceux que Koch a désignés sous le nom de **tuberculine**, eut l'idée d'essayer ce liquide organique comme agent thérapeutique dans les cas de pleurésie tuberculeuse, en réinjectant par la méthode sous-cutanée un centimètre cube de l'exsudat, aspiré au moyen de la seringue de Pravaz.

Il procède de la façon suivante : toutes les mesures d'antisepsie étant prises, il enfonce l'aiguille de la seringue dans la cavité thoracique, comme pour faire une ponction exploratrice; il aspire le liquide et s'assure de sa nature, puis, retirant l'aiguille sans la sortir de la peau, il la repousse dans le tissu cellulaire sous-cutané et injecte le contenu de la seringue.

Il a eu l'occasion de traiter par cette méthode 12 pleurétiques. M. le professeur Bourget (de Lausanne) lui a fourni pour sa part sept observations; M. le docteur Maillart et le M. le docteur Andreæ (de Genève) lui en ont donné chacun une. Ces chiffres constituent un total de 21 malades traités par les injections d'exsudat tuberculeux; sur ce nombre, 9 peuvent être considérés comme ayant servi de contrôle. La plupart des malades n'ont reçu que deux injections à un ou deux jours d'intervalle. Chez tous ces patients le début de la maladie remontait à moins de huit jours. Deux fois l'injection n'a produit aucune réaction et aucune modification. Dans tous les autres cas l'injection de l'exsudat a été suivie d'une réaction générale plus ou moins forte, avec une élévation de température ayant varié de 38°5 à 40°. A partir du jour de l'injection, on constate la diminution de l'épanchement pleurétique. Peu à peu tous les symptômes s'atténuent, l'état général s'améliore, et en six à dix jours on obtient une résorption complète et définitive de l'exsudat.

Dix-neuf malades sur vingt et un ont réagi, et chez tous le traitement a eu une action favorable sur la marche de la maladie.

La durée habituelle de la pleurésie est beaucoup plus longue; d'après la plupart des auteurs, ce n'est guère qu'à la fin de la troisième semaine que l'on observe une diminution du liquide. Or, tous les malades que M. Gilbert a observés ont guéri complètement dans l'espace de quinze jours à trois semaines. Trois fois les patients n'ont fait que dix jours de maladie avec un épanchement qui, au moment de l'injection, remontait jusqu'à l'épine de l'omoplate.

Le diagnostic de la pleurésie tuberculeuse était posé par le fait que la plupart des malades étaient manifestement tuberculeux. D'autre part, on sait que nombre d'auteurs admettent que toute pleurésie est tuberculeuse (Landouzy, Kelsch, Vaillard, Picot) quand elle ne survient pas à la suite de la pneumonie ou d'une autre maladie infectieuse.

L'orateur croit donc, comme MM. Debove et Rémond, qu'on peut considérer l'exsudat pleurétique comme une tuberculine atténuée et qu'on peut l'injecter sans inconvénient au malade porteur de cet exsudat.

L'injection sous-cutanée de un centimètre cube de ce liquide produit, comme la tuberculine de Koch, une réaction générale (on n'observe aucune manifestation locale à l'endroit injecté) et favorise par un mécanisme encore inconnu la résorption rapide et définitive de l'épanchement dans les cas de pleurésie tuberculeuse.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 19 juin 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATION

Mélange de chloroforme et d'éther employé pour l'anesthésie. — M. LABORDE appelle l'attention sur l'emploi comme anesthésique d'un mélange de chloroforme et d'éther, au titre de 9 de chloroforme pour 1 d'éther. Ce mélange, étudié par M. Meillère, est absolument inoffensif. Les lapins et les chiens, si sensibles au chloroforme, ne paraissent pas incommodés après l'anesthésie par le mélange de chloroforme et d'éther. Ce mélange est, en outre, beaucoup moins altérable que le chloroforme pur.

RAPPORT

Mort par le bromure d'éthyle. — M. S. DUPLAY fait un rapport sur un cas de mort au cours de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, rapporté par M. Suarez de Mendoza dans une des précédentes séances. Il s'agissait d'une jeune femme, de parfaite santé, à qui il allait faire un curetage de l'utérus. La mort arriva par syncope cardiaque initiale, dès les premières inhalations. Le bromure d'éthyle analysé a été reconnu parfaitement pur. D'autre part, M. Suarez avait la grande habitude de cet anesthésique, qu'il avait déjà donné plus de deux cents fois.

Ce cas démontre que le bromure d'éthyle peut tuer à la façon du chloroforme, par arrêt réflexe du cœur. La conséquence pratique est qu'il importe de prendre, dans l'administration du bromure d'éthyle, les mêmes précautions que lorsqu'il s'agit du chloroforme.

LECTURE

Mortalité infantile dans le Var. — M. VIDAL (d'Hyères) expose les résultats de l'enquête à laquelle il s'est livré avec M. Edelga, sur la mortalité infantile dans le Var.

Sur 288,336 habitants, il est né dans ce département, de 1884 à 1893, 58,105 enfants des deux sexes; il y a eu pendant cette même période 2,778 mort-nés. La mortalité annuelle par rapport au nombre des habitants est de 20 p. 1000 et le nombre des mort-nés est de 0,96, soit à peu près 1 p. 1000.

La mortalité moyenne des nourrissons surveillés par le service de protection institué en vue de l'application de la loi Roussel a été, pendant la même période, de 7,12 p. 100 de 1884 à 1893, beaucoup plus faible que celle des enfants du même âge restés sous la surveillance paternelle.

PRÉSENTATION DE MALADE

Ectropion de la lèvre inférieure; restauration faciale. — M. BERGER présente une malade chez laquelle il a pratiqué une restauration faciale pour un ectropion de la lèvre inférieure. Cet ectropion, consécutif à une brûlure, était très accentué; le bord muqueux de la lèvre arrivait presque au menton, et la malade était incapable de retenir sa salive.

M. Berger a employé la méthode italienne qui consiste, on le sait, à emprunter un lambeau de peau à l'avant-bras, qu'on laisse accolé sur le point où l'on désire pratiquer la greffe jusqu'à ce que celle-ci ait été obtenue.

Le résultat est très satisfaisant.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Vingt-huit candidats sont admis à subir la deuxième épreuve du concours de médecin du Bureau central. Ce sont :

MM. Vacquez, Duflocq, Launois, Ménétrier, Dalché, Springer, Bruhl, Belin, Queyrat, Lyon, Hudelo, L. Guinon, Wurtz, Toupet, Martin de Gimard, Jeanselme, Gallois, Jacquet, Barbier, de Gennes, Dubief, Courtois-Suffit, Legry, Thiroloix, Capitan, Florand, Pignol et Berbez.

— Le concours du prosectorat vient de se terminer par la nomination de MM. Delbet et Glantenay.

— La Commission sénatoriale de l'armée a approuvé le rapport fait par M. le docteur Léon Labbé sur la proposition de reporter à vingt-sept ans la limite d'âge, actuellement fixée à vingt-six ans, pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine ou du titre d'interne des hôpitaux nommé au concours dans une ville où il existe une Faculté de médecine.

— Par décision ministérielle, en date du 19 juin 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Renaut (A.-A.-L.), pour le 50e d'infanterie; Granier, pour le 139e d'infanterie; Vinsac, pour le 143e d'infanterie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Cristau, pour le 142e d'infanterie; Woirhaye, pour le 90e d'infanterie; Mons, pour le 3e dragons; Legagneur, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied; Guérard, pour le 11e cuirassiers; Guégon, pour le 4e spahis; Brissé Saint-Macary, pour le 18e d'infanterie; Courboulès, pour le 13e chasseurs à cheval; Vaïsse, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Doublet, pour l'hôpital militaire de Bayonne (pour ordre).

M. le médecin aide-major de première classe Roulet, pour le 36e d'artillerie.

— Le Conseil municipal autorise le docteur Bergeron à créer, à partir du 1er janvier prochain, des chambres mortuaires d'attente *privées*.

— On vient d'inaugurer, à Tunis, un Institut antirabique, fondé sous la direction du docteur Loir, élève et neveu de M. Pasteur.

— Un concours pour la nomination d'un interne en médecine de l'hôpital de Versailles s'ouvrira le 5 juillet 1894, à neuf heures du matin. — Pour tous renseignements, s'adresser à M. Burgard, directeur de l'hôpital de Versailles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Blanchon (de Blois), Chouppe (de Paris), Dard (de Custines), Langlois, médecin en chef du service d'hommes de l'asile d'aliénés de Maréville, et Segay (de Bordeaux).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 24 juin 1894, à la Sorbonne, rue Saint-Jacques, 46, à neuf heures et demie très précises du matin.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 73. — SAMEDI 23 JUIN 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 23 JUIN 1894. — N° 73.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Séméiologie des tumeurs de l'amygdale. Leur diagnostic. Indications et procédés opératoires.

Par A. GUÉPIN et H. RIPAULT.

Les tumeurs de l'amygdale se rencontrent en clinique avec une rareté tout au moins relative; mais elles n'en sont pas moins un sujet d'étude fort intéressant pour tout praticien, étant donné l'importance, la nécessité même d'un diagnostic aussi précis et précoce que possible; à tel ou tel cas déterminé correspondent un pronostic et un mode opératoire différents; l'opérateur doit suivre le clinicien.

Les divers points de la question ont été déjà maintes fois traités; plusieurs thèses, nombre d'observations et de travaux originaux le prouvent; mais ce qui nous a semblé ne pas avoir été fait suffisamment jusqu'ici, c'est une étude, un tableau d'ensemble, présentant les signes différentiels les plus propres à faire reconnaître tel ou tel genre de tumeur, et d'autre part un examen attentif et détaillé des moyens d'exploration, souvent employés d'une manière incomplète.

L'existence d'un néoplasme amygdalien, quel qu'il soit d'ailleurs, reste si souvent latente, méconnue jusqu'à une période avancée, faute d'investigation suffisante, qu'on nous excusera de nous appesantir sur des faits semblant trop connus déjà, mais dont la banalité n'existe que pour les observateurs superficiels.

I

SÉMÉIOLOGIE D'UNE TUMEUR DE L'AMYGDALE. — A. *Troubles fonctionnels.* — C'est par les troubles fonctionnels, les phénomènes réflexes que, dès ses débuts, se caractérise une tumeur de la région amygdalienne; leur description commencera naturellement notre travail.

Une chose frappe tout d'abord le malade, et doit captiver par suite l'attention du médecin, c'est l'existence d'une gêne à la gorge, présentant pour constant caractère de s'accroître dans les mouvements de déglutition; tantôt il s'agit d'une sensation de constriction pénible mais non douloureuse; le malade fait de fréquents efforts pour avaler, se débarrasser de l'obstacle; tantôt, au contraire, il s'agit de dysphagie véritable; le malade souffre réellement, atrocement parfois, quand la tumeur s'ulcère, ou devient le siège d'une véritable poussée inflammatoire; dysphagie vive et précoce annonce bien fréquemment la malignité.

La douleur n'est pas seulement locale; elle irradie vers les régions voisines : le cou, l'oreille surtout, sous forme d'élancements violents et paroxystiques.

La déglutition peut aussi s'accompagner de reflux des liquides par le nez, comme dans une paralysie du voile; et le malade avale de travers.

Par son volume et sa situation, la tumeur donne lieu parfois à des sensations extrêmement désagréables de corps étranger déterminant des chatouillements, des nausées, de véritables vomissements même; et surtout une toux quinteuse, par accès spasmodiques, quand la tumeur a telle ou telle situation par suite de la position prise par le patient.

L'existence d'un néoplasme provoque fréquemment une exagération de la sécrétion salivaire; ce ptyalisme qui peut être tout à fait précoce, devient extrêmement abondant et pénible dans les périodes avancées; cette salive et l'haleine présentent une grande fétidité lorsque apparaît l'ulcération.

Aux produits d'expuition, constitués par un mucus très épais, se joignent des crachements de sang, et même des hémorragies redoutables.

Ici comme d'habitude l'affection de la tonsille retentit sur l'organe de l'ouïe; le malade ne tardera donc pas à accuser des bourdonnements, de la dureté d'oreille du côté correspondant à la tumeur; les mêmes phénomènes peuvent apparaître du côté opposé, par catarrhe et obstruction tubaire.

Les troubles de la voix sont frappants, et de bonne heure il existe un nasonnement fort net; l'articulation des mots est défectueuse; c'est la voix dite amygdalienne.

Quand le néoplasme a acquis un certain volume, aux modifications de la voix se joignent des troubles respiratoires; simple gêne d'abord, sommeil la bouche ouverte, puis véritable dyspnée continue, accès de suffocation possibles, forçant la main à une intervention immédiate.

Les paroxysmes se montrent aussi en dehors de toute gêne permanente, dans une position déterminée que le patient apprend à bien connaître et indiquer; ce signe à lui seul caractérise la tumeur mobile.

L'irritation prolongée de la gorge pourra amener, à la suite d'angines aiguës, un enrouement persistant par propagation inflammatoire vers l'organe de la voix.

En présence de ces troubles divers, même isolés, le malade *et à fortiori* le médecin doivent surveiller la gorge, dont l'examen TRÈS attentif s'impose pour avoir la clé du diagnostic; voyons comment on saura y parvenir, même de très bonne heure, et dans les cas les plus délicats.

B. *Examen physique.* — La loge amygdalienne n'est chez beaucoup que très incomplètement accessible à la vue; la langue constitue un obstacle qu'il faut savoir aplanir; l'abaisser, la maintenir appliquée contre le plancher buccal, telle est la première manœuvre nécessaire.

Pour ce faire, un instrument presque quelconque, voire même le dos d'une cuillère suffit; mais pour un examen complet et surtout prolongé, un instrument mieux adapté et plus puissant s'impose presque; on se servira de l'abaisse-langue, composé d'un manche et d'une cuillère en métal facile à aseptiser, et coudés l'un à l'autre à angle droit pour ne pas se masquer la vue d'une part, et, de l'autre, avoir une force suffisante contre la résistance opposée.

On échoue parfois dans l'introduction de l'instrument, ou tout au moins l'on sait mal s'en servir, et par suite on voit mal; aussi quelques indications nous semblent-elles utiles pour le cas particulier.

Il ne faudra pas le faire pénétrer trop profondément d'emblée, afin d'éviter les réflexes si gênants en pareille occurrence; il sera porté avec douceur, mais insistance de plus en plus loin, sans jamais enfoncer à fond, ce qui ne sert de rien; la langue sera abaissée légèrement d'abord, puis plus énergiquement ensuite; le malade, en un mot, sera habitué peu à peu au contact de l'instrument; en ne déployant pas de violence, l'accoutumance s'obtiendra vite.

La respiration doit se faire régulièrement par le nez; la bouche grande ouverte, mais sans excès, ce qui provoquerait l'apparition facile des réflexes; les efforts de déglutition sont proscrits; la langue reste derrière les arcades dentaires et ne doit pas se raccourcir, se pelotonner devant l'isthme guttural.

Chez un certain nombre d'individus, ceux en particulier qui souffrent de la gorge (c'est notre cas), chez les timorés et les nerveux, femmes et enfants, chez tous ceux enfin qui pour une cause quelconque ont « le cœur sur les lèvres », l'examen, si délicat soit-il, détermine aussitôt contractions et nausées; on sera quelquefois forcé de le différer à une séance ultérieure; mais d'ordinaire on vient à bout de ces susceptibilités par emploi de la cocaïne.

Il faut badigeonner toute la région : isthme du gosier, face dorsale de la langue, avec une solution à 1/10 de façon à obtenir une insensibilisation aussi absolue que possible.

Un seul badigeonnage suffit presque toujours.

Les parties doivent être frottées avec une certaine énergie pour être imprégnées de l'anesthésique.

On recommandera d'éviter tout mouvement de déglutition et d'expuition; plusieurs minutes d'attente avant de commencer l'examen sont indispensables; faute de s'en souvenir, on n'obtient pas tout l'effet désirable.

La question d'éclairage présente, on le conçoit aisément, une importance de premier ordre.

On placera le malade vis-à-vis d'une fenêtre largement éclairée; ou, ce qui vaut mieux encore, lorsque la chose sera possible, on se servira du miroir frontal et d'une lampe à pétrole ou à gaz, fournissant une source lumineuse intense, disposée au niveau de l'oreille de l'examiné pour n'être pas gêné.

Cette lumière artificielle facilitera l'exploration, et permettra d'observer la partie profonde, le pied de l'amygdale, à l'aide d'un petit miroir laryngien qu'on introduira immédiatement en arrière d'elle, et presque vertical; par ce mode d'investigation que ne conseillent guère les auteurs, on étudiera très exactement les petites tumeurs, celles très profondes ou plongeantes; les ulcérations tout à fait inférieures, et empiétant sur le sillon glosso-amygdalien; on appréciera en même temps les régions voisines : piliers, le postérieur surtout, base de la langue, pharynx latéral.

Non moins important, et plus utile par ses résultats, est l'examen digital.

Ici, plus encore que dans le cas précédent, une cocaïnisation complète est de rigueur.

Le médecin se placera de préférence debout et un peu en arrière de son malade qui restera assis; l'exploration des deux amygdales se fait avec le même doigt; d'autres préfèrent l'index droit pour le toucher de l'amygdale droite, le gauche pour la glande correspondante; simple affaire d'habitude.

Quoiqu'il en soit du procédé, l'index est porté doucement le long de la paroi interne de la joue jusqu'à la tonsille dont il appréciera rapidement le volume, la mobilité, la consistance, les inégalités; plongeant un peu plus bas avec précautions, il pourra suppléer au miroir, et renseigner comme lui sur les lésions profondes échappant à première vue, et l'état des parties avoisinantes; se garder d'un toucher trop brusque ou énergique; outre qu'il est désagréable au malade, il peut amener dans certains cas des hémorragies et surtout des douleurs véritables; ne pas prolonger également le contact outre mesure.

A cette exploration intrabuccale se joindra utilement celle par la voie cutanée, au niveau de l'angle de la mâchoire, un peu en dedans d'elle; cette manœuvre combinée, embrassant complètement la tumeur, permettra d'en apprécier rigoureusement le volume réel, et surtout la mobilité, ou l'adhérence relative, dans un sens ou dans l'autre.

Par la palpation cutanée enfin, on cherchera à se rendre bien compte de l'état du système ganglionnaire de la région : ganglion sous-angulo-maxillaire le premier atteint, puis chapelet sous et rétro-maxillaire, chapelet sterno-mastoïdien, le long des carotides; parfois on trouve un envahissement plus éloigné, indépendant d'ailleurs de l'origine tonsillaire : dans l'aisselle, au creux sus-claviculaire, à l'aine.

Nous avons suffisamment insisté sur la nécessité de l'examen minutieux des organes péri-amygdaliens dont on pourrait découvrir, contre toute attente, des lésions sérieuses au cours de l'intervention; le sillon amygdaloglosse présente à ce sujet un intérêt tout spécial mis en relief par les cliniques de M. Verneuil.

Nous ne voulons pas achever ce chapitre de clinique sans rappeler au moins la grande importance tirée de l'appréciation de l'état de la deuxième amygdale, alors même qu'à première vue elle paraîtrait absolument indemne, les lésions évoluant parfois avec une telle disproportion d'un côté à l'autre.

L'examen des différents viscères, l'état général de l'individu, l'appréciation des commémoratifs et des antécédents, offrent ici comme toujours une importance que nous ne croyons point devoir faire ressortir.

Il semblerait tout indiqué à présent de tracer le tableau de la marche, des modes de terminaison et complications du syndrome clinique assez complexe que nous venons de passer en revue ; mais la chose ne nous semble guère possible utilement ; en effet, la diversité et les combinaisons multiples des phénomènes relatés nous forceraient à devenir diffus pour être assez complet et envisager tous les aspects cliniques de la question, et d'autre part ce serait empiéter forcément sur la description que nous donnerons en traitant telle ou telle classe individuelle de néoplasie.

Bornons-nous donc à quelques généralités indispensables. Aux tumeurs dites bénignes appartiendront des troubles fonctionnels modérés, à moins de poussée aiguë les expliquant; absence ou tout au moins peu d'intensité des phénomènes douloureux, surtout irradiés à l'oreille ; ptyalisme à peu près nul ; respect du système lymphatique; maintien d'un état général satisfaisant; la marche sera extrêmement lente, la progression physique peu accentuée, souvent statu quo réel; rappelons enfin avec insistance que l'âge joue dans le cas actuel le rôle d'un facteur assez médiocrement important ; de tous jeunes enfants ont des sarcomes ou lymphomes ; l'épithélioma peut débuter avant quarante ans ; d'autre part, les polypes ou papillomes ne sont pas l'apanage exclusif de l'adolescence.

La durée des accidents peut être indéterminée ; le diagnostic très tardif et fait comme par hasard. La mort n'est citée dans aucune observation de cas bénin; tous les troubles organiques sont parfaitement compatibles avec l'existence ; nous n'admettrions d'exception que si une tumeur mobile se trouvait être assez volumineuse pour obturer complètement, à un instant donné, l'ouverture supérieure du larynx, et déterminer la mort par un accès brusque et imprévu de suffocation, fait non encore réalisé.

S'agit-il de tumeur maligne : début souvent lent et très insidieux ; rien ne captive l'attention, mais à un certain moment, la marche devient rapide, des accidents graves ouvrent les yeux en mettant sur la voie d'un bien tardif diagnostic.

Dans bon nombre de cas on trouve une dysphagie avec douleurs de voisinage, remarquables par leur intensité et aussi leur précocité; un ptyalisme souvent très rapproché du début, et dont se plaint fort le patient; une extrême fétidité d'haleine et d'expectoration; des hémorragies répétées. L'existence d'ulcérations, l'envahissement continu des tissus voisins et des ganglions, tout cet ensemble diffère notablement de ce que nous avons précédemment décrit.

Marche rapide, par poussées étonnantes, terminaison fatale à brève échéance, soit par accidents dus à la tumeur elle-même, ou à sa repullulation post-opératoire.

Le malade peut succomber aux progrès de la cachexie, à des métastases viscérales quelconques, à une pneumonie septique ; parfois, à des hémorragies répétées ou foudroyantes par ulcération des gros troncs vasculaires voisins ; bien plus rarement à des phénomènes asphyxiques, si on avait trop différé d'intervenir.

De la marche, de l'enchaînement des accidents, de leurs modes de terminaison, nous ne dirons rien de plus actuellement.

II

Diagnostic différentiel. — Une tumeur de l'amygdale, à toute période de son évolution, est susceptible d'être confondue avec d'autres altérations de la glande; la cause d'erreur la plus habituelle est l'hypertrophie simple.

Beaucoup de tumeurs à leurs débuts, et même plus tardivement, ont été considérées et traitées comme de simples hypertrophies inflammatoires ; c'est au cours de l'opération ou quelques semaines après seulement, lors d'une récidive par exemple, que le diagnostic néoplasme a été porté ; envisageons les conditions cliniques qui mettent à l'abri de cette confusion fâcheuse.

Dans l'hypertrophie simple, la symétrie est presque la règle; les deux tonsilles présentent un volume et surtout une consistance à peu près identiques ; cette symétrie doit frapper avant tout.

Toute hypertrophie limitée à un seul côté doit être tenue pour suspecte et examinée avec un soin particulier.

D'autre part, chez l'enfant ou l'adolescent, toute augmentation de volume ne doit pas être mise sur le compte d'un travail purement inflammatoire, puisqu'ils sont exposés aux tumeurs malignes.

A la vue, saillie glandulaire assez régulière ; muqueuse saine ou enflammée dans toute son étendue, sans ulcérations.

Au toucher, consistance ferme, sans noyaux d'induration ou de ramollissement en aucun point ; les piliers, la base de la langue sont absolument respectés ; l'interrogatoire et l'observation directe montreront les signes évidents du catarrhe chronique du rhino-pharynx avec granulations sur la paroi postérieure, parfois végétations adénoïdes développées, ou en voie d'atrophie, suivant l'âge de l'individu.

Dans la simple hypertrophie, les troubles fonctionnels offrent une fixité remarquable, et leur exagération, l'existence de dysphagie franche avec ou sans retentissement auriculaire, doit s'expliquer par une poussée nouvelle de catarrhe.

Les ganglions sont pris, mais des deux côtés, et dans toute l'étendue de la région cervicale ; d'autres lésions de strume, oculaire, nasale ou cutanée, sont plus ou moins évidentes, suivant leur durée ; l'état général se maintient, ou ses atteintes sont dues à la strume, au lymphatisme.

Dans tous les cas quelque peu douteux, on ne négligera jamais de revoir son malade à intervalles plus ou moins rapprochés pour étudier la marche prise par l'affection, son extension, l'envahissement de voisinage, l'apparition d'une petite ulcération, ou pour constater au contraire des symptômes négatifs.

Le praticien possède enfin une ressource précieuse, des bienfaits de laquelle il ne doit jamais se priver, pour peu qu'il soit hésitant, c'est l'examen histologique donnant la lumière en quelques heures à peine ; il est si simple, si inoffensif de se procurer un fragment d'amygdale qu'on serait réellement coupable de le négliger.

Il faut pourtant savoir, ainsi que l'ont montré M. Cornil, plus récemment encore M. Lermoyez, qu'un seul examen microscopique peut être insuffisant ; nous y reviendrons d'ailleurs.

Chez l'adulte, l'hypertrophie unilatérale doit éveiller l'attention du côté d'accidents spécifiques antérieurs de la gorge.

Chez les syphilitiques en effet, il n'est point rare d'observer l'hypertrophie chronique de l'amygdale (laquelle a débuté après la période d'adolescence), à la suite de plaques muqueuses répétées, ou d'un simple érythème plus accen-

tué d'un côté; enfin, en dehors de toute manifestation nette. Ce qu'on décrit sous l'épithète du bubon amygdalien primitif. On ne s'enquerra donc jamais assez soigneusement des antécédents du malade, des cicatrices même de l'amygdale, des piliers; la constatation de ganglions sous-occipitaux, des plaques d'alopécie, une éruption encore mal effacée, corroboreront le diagnostic au cas non rare où le malade se refuserait à confesser la vérité ou aurait été atteint à son insu.

En dehors des hypertrophies, mais bien exceptionnellement, d'autres lésions peuvent prêter matière à erreur.

Des affections inflammatoires subaiguës, prolongées, ont été signalées comme trompeuses par certains.

Outre que l'hypérémie de la glande masque l'existence d'une tumeur minime, cette dernière s'accompagne quelquefois, par une cause ou une autre, d'un cortège d'accidents dont le point de départ exact n'est point recherché ou trouvé.

D'autre part, on aura à différencier d'un néoplasme des abcès chroniques enkystés, simulant à s'y méprendre une tumeur solide (1).

Ordinairement le malade accuse des poussées d'amygdalite répétées depuis longtemps déjà; ces angines ont pu se terminer par rejet de pus et soulagement immédiat; puis pareil fait se sera reproduit; l'interrogatoire seul établira le diagnostic exact, en même temps que la palpation indiquant une tumeur tendue et fluctuante; cependant il importe de se méfier, car dans le cas de M. Natier, il y avait absence de phénomènes antérieurs éloignés, et la tumeur avait pour caractère d'être dure et tout à fait indolente, d'où l'affirmation très précise d'un fibrome.

Au cas où la consistance un peu rénitente ou bien les commémoratifs autoriseraient à penser à une collection liquide, on recourait, sans hésiter, ne fût-ce que pour moyen de contrôle, à la ponction exploratrice et aspiration à l'aide d'une seringue de Strauss ou de Pravaz, procédé excellent et inoffensif.

Il n'est pas jusqu'aux corps étrangers, mais surtout aux productions pierreuses, aux calculs développés dans les cryptes qui n'aient induit plusieurs chirurgiens en erreur, surtout quand cette néoformation spéciale provoquait une hypertrophie irritative s'accompagnant de phénomènes réflexes.

M. Terrillon (2), en particulier, a signalé des accidents fort divers et trompeurs : voire l'existence d'ulcérations véritables qui, se greffant sur un tissu induré, avaient caractérisé, croyait-on, une tumeur maligne.

On réfléchira alors à la disproportion qui existe entre les signes fournis par la tonsille et ceux tirés de la marche et durée des accidents, de la recherche des ganglions, de l'état général du sujet.

Au toucher, induration relative, plus modérée, au doigt et surtout au stylet on apprécie la dureté spéciale à ces productions, dont l'ablation fait cesser tous les accidents; on ne négligera pas les commémoratifs : poussées aiguës subintrantes; et surtout l'examen histologique d'une parcelle du tissu malade, d'un résultat négatif.

III

De la nature de la tumeur. — Reconnaître l'existence d'une tumeur n'est donc pas toujours chose aisée; mais séparer ces néoplasmes les uns des autres, les classer anatomiquement et cliniquement est beaucoup plus délicat encore. Le microscope, ici surtout, nous servira puissamment; mais ne lui demandons pas toujours une lumière immédiate; plusieurs examens successifs peuvent être indispensables, car une tumeur bénigne en apparence, un papillome typique peut dégénérer spontanément ou à la suite d'une intervention; d'autre part, les éléments caractéristiques peuvent faire défaut à un moment donné et ne proliférer que tardivement; ce qui mettrait en désaccord complet l'histologie et la clinique (3).

Quoi qu'il en soit, c'est le microscope qui, seul bien souvent, tranchera la question, indiquant le pronostic probable, et donnant la marche thérapeutique à suivre.

L'amygdale peut être le siège de tumeurs liquides, kystes simples et hydatiques (4); on en cite à peine quelques cas épars dans la science, mais Lake, qui en a observé trois pour son propre compte, les croit relativement plus fréquents, mais passant inaperçus à cause du peu de retentissement des troubles fonctionnels qu'ils occasionnent : simple sensation de gêne dans la gorge dans les trois cas; leur découverte se ferait par un hasard à moins qu'ils ne soient très volumineux.

Ces tumeurs sont rarement de grosses dimensions; d'aspect régulier, offrant parfois une coloration jaune rougeâtre; des arborisations vasculaires à leur surface sont mentionnées; elles offrent au doigt de la rénitence et même une sensation de flot qui, dans un cas, avait fait prendre le kyste pour un abcès.

Lake dit avoir vu nettement, dans un cas, l'orifice de la crypte dilatée, obturé par un bouchon muqueux; il s'agirait donc de kystes par rétention.

L'acéphalocyste se distinguerait non par un liquide jaunâtre et épais souvent, comme dans les kystes simples; mais par un contenu plus clair et aqueux, au milieu duquel se trouverait la vésicule caractéristique.

Ces tumeurs ne déterminent pas autour d'elles de travail inflammatoire; elles sont indolentes durant toute leur évolution.

Si l'on se trouvait en présence d'un cas douteux, la ponction exploratrice serait à coup sûr le meilleur élément de diagnose.

Parmi les tumeurs solides, nous ne pouvons que mentionner les gommes à leur période de début; mais outre leur grande rareté, elles ont pour elles de ne s'observer guère avant la période d'ulcération, nous aurons à en reparler plus loin.

On a décrit de véritables fibromes de l'amygdale (5). Ils sont de petit volume toujours, ordinairement uniques, remarquables par leur dureté extrême, chondromateuse, leur surface bosselée; leur accroissement est fort lent; ils restent indolores, ne provoquent aucune réaction locale ou à peu près, ni retentissement vers les ganglions; on n'a pas noté d'ulcérations à leur surface; on les énuclée facilement. Biaggi rapporte seul le cas d'un énorme lipome de la loge amygdalienne (6), dont la consistance était molle, élastique et pseudo-fluctuante; la tumeur sortait par effort et rentrait dans les mouvements de déglutition; l'examen histologique permit de remonter à sa nature exacte.

Bien plus fréquents sont les papillomes de la région, sessiles ou pédiculés, pendant dans le pharynx. Ils représentent des tumeurs petites, de coloration gris rougeâtre, d'aspect plus ou moins nettement mûriformes comme dans les autres régions; ils peuvent siéger en des points quel-

rature; la lame ne devra pas dépasser la coloration rouge sombre pour sectionner lentement et se prémunir contre tout accident; cette notion est capitale.

La langue peut être maintenue contre le plancher buccal par un large abaisse-langue; il est bien préférable de l'attirer fortement en dehors avec une pince; les mâchoires sont maintenues largement écartées; on s'est assuré préalablement d'un éclairage satisfaisant et invariable.

Les précautions antiseptiques prises, on saisit l'amygdale malade avec une pince de Museux, et on l'attire en dedans et en avant, autant que faire se peut, pour la dégager, l'énucléer de sa loge; on se méfiera toujours de la friabilité des tissus; traction soutenue et non brusque. Préalablement, on a engagé l'anse de platine, à moins qu'on ne se serve du couteau; dans l'un comme l'autre cas, il faut procéder avec grande lenteur, en serrant l'anse progressivement, avec temps d'arrêt intermédiaires, ou en divisant le tissu malade à petits coups; il importe enfin de se tenir toujours au voisinage immédiat des piliers; si l'antérieur gênait, on serait pleinement autorisé à le diviser, lui aussi, pour se donner du jour.

L'extirpation faite, le doigt porté dans la loge reconnaîtra ce qui a pu échapper, et permettra l'exentération complète; sentant les battements de la carotide interne, il permettra de l'éviter.

Si une hémorragie se déclarait, on surveillerait la température de son couteau, car c'est par lui qu'on remédierait à ce contre-temps.

A la suite de l'opération, des irrigations antiseptiques seront prescrites, et l'alimentation, purement liquide, sera réglée en conséquence.

Si une intervention palliative, s'adressant directement (ablation partielle, etc.), ou indirectement (trachéotomie), aux troubles provoqués par les transformations néoplasiques de l'amygdale, est souvent utile et même parfois indispensable, revêtant un caractère d'urgence qui n'est pas à discuter, les opérations radicales et curatives, celles qui se proposent de supprimer totalement la tumeur, donnent des résultats bien peu encourageants, sauf dans le cas de sarcome. Ces opérations ne sont guère suivies de succès, parce qu'elles s'adressent à des lésions encore actuellement au-dessus des ressources de la chirurgie, parce qu'elles sont faites à une période où il est impossible de détruire ou d'enlever tous les tissus dégénérés, parce qu'elles entraînent des délabrements qui s'accompagnent à leur tour d'une perte notable de sang, qui suppriment pour un temps la respiration par les voies naturelles, qui obligent le malade à se nourrir par la sonde œsophagienne, etc., toutes conditions mauvaises de survie, sans parler des récidives locales à brève échéance, se montrant parfois sur la plaie opératoire à peine cicatrisée.

Cependant, on est autorisé à proposer l'opération, chaque fois qu'il ne s'agit point de lymphadénome, chaque fois que les ganglions ne sont point trop développés, que l'amygdale a conservé une certaine mobilité verticale et antéro-postérieure [Duret (18)], qu'en un mot, la tumeur n'a pas dépassé les limites de la loge amygdalienne. Dans certaines circonstances, on intervient encore à une période plus tardive; mais alors, *a fortiori*, on ne peut espérer de l'opération qu'un soulagement de très courte durée.

La perfection des procédés diminuant de beaucoup la gravité de l'acte opératoire et de ses suites et augmentant le nombre des cas justiciables du traitement chirurgical curatif, il importe de considérer rapidement les différentes voies par où on aborde l'amygdale pour en pratiquer l'ablation, le choix des moyens de destruction de l'organe malade (bistouri, thermo et galvano-cautère) ayant déjà été discuté précédemment.

La simple incision plus ou moins étendue de la commissure labiale, en agrandissant les voies naturelles, ne donne point, cependant, une brèche suffisante pour une large intervention. Il est, de plus, impossible, par ce seul moyen, de se rendre compte des adénites et de supprimer les ganglions atteints ou soupçonnés de l'être; l'hémostase est difficile. Mais, elle constitue la transition, pour ainsi dire, entre les opérations qui se pratiquent par la bouche et appartiennent au spécialiste, et les pharyngotomies que nous allons actuellement envisager.

Les voies artificielles créées pour la pharyngectomie, doivent être établies dans les conditions suivantes, ou du moins s'en rapprocher le plus possible : 1° donner un jour suffisant pour permettre d'enlever largement le néoplasme et tous les ganglions dégénérés; 2° assurer l'hémostase, pour empêcher les pertes de sang et éviter l'introduction de ce dernier dans les voies respiratoires pendant l'opération; l'hémostase assurée permet la chloroformisation du malade; 3° troubler le moins possible la respiration et l'ingestion des aliments; 4° entraîner les moindres délabrements.

L'incision cutanée, dans les pharyngotomies, peut se faire horizontalement au-dessous du bord du maxillaire; c'est la pharyngotomie sus-hyoïdienne et cette dénomination indique suffisamment le chemin à suivre. Latéralement, on fait, soit une incision verticale à peu près parallèle au bord antérieur du muscle sterno-cléido-mastoïdien, soit encore une incision verticale coupant à sa partie moyenne la branche horizontale du maxillaire inférieur. Les incisions obliques de la même région latérale du cou, dirigées de haut en bas, d'arrière en avant, de l'apophyse mastoïde à un point plus ou moins antérieur de l'os hyoïde, sont préférables et, d'ailleurs, suivant le cas, il peut être nécessaire de combiner entre elles ces pharyngotomies. Toutes n'ouvrent qu'une brèche insuffisante, sans parler de leurs autres inconvénients; aussi associe-t-on presque toujours à la simple pharyngotomie, une résection osseuse et le nombre de ces procédés de résection est trop considérable pour pouvoir seulement les citer tous ici.

Cependant la pharyngotomie, sans et même avec section ou résection du maxillaire inférieur, ne donne jamais qu'un jour médiocre. L'hémostase est toujours très difficile à faire; d'où la précaution que prennent les chirurgiens de joindre à l'intervention sur le pharynx plusieurs opérations préliminaires : la trachéotomie, la ligature de la carotide externe. Ces opérations préliminaires et, en particulier, la trachéotomie, augmentent les délabrements, ce qui explique que tous n'en soient pas partisans. Toutefois, celle-ci a pour avantages de permettre une chloroformisation régulière, de rendre possible le tamponnement antiseptique du pharynx (19) pour qu'il ne s'écoule pas de sang dans les voies aériennes pendant l'intervention, pour que dans les jours qui suivent, les aliments ne tombent pas dans la trachée, provoquant une pneumonie septique, cause fréquente de la mort de ces opérés.

Bref, quel que soit le mode opératoire adopté, voici comment l'on procède le plus souvent pour les points essentiels : Toutes les précautions d'antisepsie de la bouche et des tégu-

ments ayant été prises, on fait la trachéotomie; on place une canule spéciale (*) et par cette voie le malade est chloroformisé. Lorsque l'anesthésie est bien complète, on pratique soigneusement le tamponnement du pharynx. Puis, on recherche la carotide externe, on place sur elle un fil d'attente, ou on la lie; on met également au besoin un fil d'attente sur la carotide interne (Derecq). Alors, le néoplasme est enlevé, en dépassant largement ses limites, les ganglions infectés sont recherchés avec soin et extirpés en explorant de l'œil ou du doigt toutes les régions où nous avons vu qu'ils siégeaient.

L'opération terminée, on change le tamponnement du pharynx pour permettre le passage de la sonde stomachale qui servira à nourrir le malade, et celle-ci est fixée à demeure, ou bien n'est introduite que deux fois par jour, quand on renouvelle le pansement pharyngien.

La canule trachéale restera en place de huit à quinze jours, suivant les cas.

Il va sans dire que lorsque le néoplasme amygdalien et les ganglions sont extirpés, on suture le maxillaire s'il a été intéressé (la section de l'os se faisant habituellement, comme le préconise M. Duret, à deux centimètres au-devant de l'angle de la mâchoire et les deux fragments ainsi formés étant largement écartés l'un de l'autre); on suture également la peau dans toute l'étendue de l'incision.

On voit combien cette opération est d'une exécution délicate, combien ses suites sont à surveiller et nous avons déjà dit combien ses résultats immédiats et surtout éloignés sont précaires.

Récemment, dans son article paru ici même, M. Verneuil (20) décrit un procédé personnel qui certainement se rapproche beaucoup plus que tous les autres des *desiderata* formulés plus haut et dont la simplicité relative est de nature à tenter le chirurgien.

Chez un homme de dix-huit ans, portant un sarcome de l'amygdale, non ulcéré, mais avec adémite à l'angle de la mâchoire, sans troubles de la santé générale, M. Verneuil fit l'opération suivante : incision superficielle des téguments partant de la commissure, se portant obliquement en bas et en arrière, vers le bord inférieur du maxillaire en suivant le sillon géno-mentonnier, puis le bord inférieur et l'angle de la mâchoire; incision de parties superficielles jusqu'à la glande sous-maxillaire dans la portion horizontale seulement; ligature et section de la faciale. Dissection et ablation de la glande sous-maxillaire; nouvelles ligature et section de l'artère faciale à l'extrémité postérieure de la glande. Recherche de la carotide externe, en suivant la faciale; ligature au-dessous des collatérales. Incision des autres parties molles jusqu'à la bouche qui est ouverte; placement d'un écarteur. Ablation de la tumeur. Suture des lèvres de l'incision, sauf à la partie moyenne (loge sous-maxillaire) où l'on place un drain.

Ainsi pas de trachéotomie, le sang ne tombant pas dans la bouche et l'hémostase étant assurée avant que la cavité buccale soit ouverte; pas de tamponnement du pharynx, car le drainage qui de la bouche va à l'extérieur, en passant par la loge sous-maxillaire, assure l'écoulement au dehors de tout ce qui pourrait séjourner au niveau de la plaie pharyngienne.

La plaie du cou pansée, on pratique des lavages de la bouche avec une solution de chloral à 2 p. 100; on fait des pulvérisations locales avec la même solution.

Le malade de M. Verneuil guérit parfaitement de l'intervention dont les suites furent aussi simples que possible.

BIBLIOGRAPHIE. — DUPLAY, RECLUS. *Traité de chirurgie*, t. V (tumeurs de l'amygdale). — *Dictionnaires de Dechambre et de Jaccoud* (tumeurs de l'amygdale). — MORELL-MACKENZIE. *Maladies du larynx, du pharynx, etc.* — PASSAQUAY. Th. de doct., Paris 1873. — PIÉRIN. Th. de doct., Paris 1879. — CASTEX. Des tumeurs malignes de l'arrière-bouche, *Rev. de méd.*, 1886. — PLICQUE. Pronostic et traitement des tumeurs malignes de l'amygdale, *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, avril 1889.

(1) NATIER. *Ann. de la policl. de Bordeaux*, 1889, nº 1. — (2) TERRILLON. *Arch. gén. de méd.*, août 1886. — (3) LERMOYEZ. *Ann. des mal. du larynx*, avril 1893. — (4) BATHO. *Brit. Med. Journ.*, 28 mai 1892; — LAKE. Kystes simples de l'amygdale, *Brit. Med. Journ.*, 16 juillet 1892. — (5) Fibromes de l'amygdale, *Traité de chirurgie*. — (6) BIAGGI. *Ann. des mal. de l'oreille*, fév. 1894; — COURTADE. *Papillomes multiples du voile du palais*, Th. de Paris, 1885. — (7) LANNOIS. Polype de l'amygdale, *Lyon méd.*, 4 nov. 1888; — RIVIÈRE. *Ann. des mal. de l'oreille*, déc. 1890; — FRIESCHWALD. *Wien. Med. Wochens.*, 1879, nº 44; — LEJARS. *Arch. gén. de méd.*, déc. 1891. — (8) L. DERECQ. *De l'épithélioma primitif de l'amygdale*, Th. de doct., Paris 1887. — (9) WOLFENDEN. *Journ. of laryngol.*, 1889, nº 10. — (10) BABER. *Arch. of otol.*, 1892, t. XXI, p. 2. — (11) LEDIARD. *The Lancet*, 23 nov. 1889; — JOHNSON. Anal. in *Bull. méd.*, 22 mars 1893; — NEWMANN. Électrolyse intra-buccale pour tumeur maligne, *Amer. Journ. of Med. Sc.*, mai 1892. — (12) HALLOPEAU. *Progr. méd.*, 11 juillet 1891. — (13) LUBET-BARBON. Épithélioma primitif de l'amygdale, *Bull. de la Soc. anat.*, avril 1889; — *Id.* DELAVAN. Anal. in *Rev. d'Hayem*, t. XXI, p. 704. — (14) OZENNE. Soc. anat., févr. 1884. — (15) DOR. *Lyon méd.*, 3 fév. 1889. — (16) JUHEL-RÉNOY. *Arch. de laryngol.*, juin 1889. — (17) TUSSAU. *Lyon méd.*, 22 avril 1894; — ROMME. *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1893. — (18) DURET. *Journ. des sc. méd. de Lille*, 1893; — MICKULICZ. Pharyngotomie latérale pour tumeur ayant dépassé la loge amygdalienne, *Deuts. Med. Wochens.*, 1886, nº 10. — (19) V. CIVEL. *De la trachéotomie préventive avec tamponnement du pharynx dans les opérations intéressant la bouche et la cavité pharyngienne*, Th. de doct., Paris 1891. — (20) VERNEUIL. Quelques considérations sur l'extirpation des tumeurs intra-buccales, *Gaz. des hôpit.*, 1893, nº 141, p. 1333.

(*) M. Civel [loc. cit. (19)] conseille, quand on ne possède point de canule spéciale, d'adapter à la canule de Lüer un tube en caoutchouc de 50 centimètres de longueur environ; à l'autre extrémité du tube, on place un entonnoir dont la large ouverture est recouverte d'une compresse; sur cette compresse, on verse le chloroforme.

— M. le docteur Lancelin est nommé médecin-inspecteur des écoles du Xe arrondissement de Paris.

— M. le docteur des Turreaux est nommé médecin-inspecteur des écoles de la circonscription Suresnes-Nanterre.

— La médecine est représentée, à la Bibliothèque nationale, par 42000 imprimés; cet établissement possède 85000 thèses françaises de médecine.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 74. — MARDI 26 JUIN 1894. 67e ANNÉE. MARDI 26 JUIN 1894. — N° 74.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 25 juin 1894.

Les observations faites à propos de la lecture du procès-verbal, dans les diverses sociétés, contribuent quelquefois à réveiller des discussions éteintes et à entretenir indéfiniment l'attention sur un sujet dont l'intérêt est épuisé. Mais bien souvent aussi, la tradition rend un réel service en maintenant cette coutume, qui permet aux retardataires d'apporter un appoint sérieux à l'étude d'une question encore pleine d'actualité. C'est ainsi que M. Jules Voisin vient de présenter à la Société médicale des hôpitaux (22 juin), sous la modeste étiquette d'observation faite à propos du procès-verbal, une très importante étude sur la morphinomanie et son traitement par la suppression brusque du poison. M. Jules Voisin a pu suivre, à l'infirmerie du Dépôt de la préfecture de police, 36 morphinomanes, dont 3 usaient en même temps de la cocaïne.

Tous ces sujets, dès leur entrée, étaient fouillés et débarrassés immédiatement des seringues et solutions qu'on trouvait sur eux. Le lendemain de leur entrée, ils ne manquaient pas de se présenter à l'infirmerie pour réclamer avec insistance le poison dont ils avaient besoin, appuyant leur demande par un exposé dramatique de leurs maux. Deux seulement, parmi ces 36 malades, s'abstinrent de solliciter la satisfaction de leur vice, et firent même quelques difficultés pour l'avouer, bien que M. Voisin en eût fait le diagnostic, d'après leurs vomissements verdâtres et les nombreuses traces de piqûres qu'ils présentaient. Il s'agissait néanmoins de morphinomanes invétérés, et l'un d'eux absorbait chaque jour 1gr20 de morphine, mais, chose curieuse, ces deux malades ne présentaient aucune tare nerveuse héréditaire.

Or, M. Voisin croit que les vrais morphinomanes, comme les dipsomanes, sont des dégénérés, présentant toujours des tares nerveuses dans leurs ascendants.

A tous ces sujets sans exception, M. Voisin supprime d'emblée et définitivement la morphine et la cocaïne, si cette dernière fait partie de leurs habitudes. Il leur prescrit du café plusieurs fois par jour, du lait, du bouillon, et quatre pilules « destinées à remplacer la morphine » : ces pilules, éminemment suggestives, sont composées de gentiane et de mie de pain. Durant les deux ou trois premiers jours, les malades se plaignent de vomissements verdâtres, quelquefois de diarrhée. Ils accusent des douleurs diverses, promptement calmées par l'usage des pilules dont l'influence bienfaisante s'accroît d'un jour à l'autre. Quelques malades réclament instamment ces pilules qui leur font oublier l'obsession de la morphine. En huit ou dix jours, la guérison est complète, et si l'on voit reparaître quelquefois des troubles digestifs, c'est généralement parce que l'alimentation n'a pas été suffisamment surveillée, et qu'elle aura été trop copieuse d'emblée, lorsqu'on supprime le lait. On les évite en ne revenant que progressivement au régime commun. S'il survient de nouveaux vomissements, ils sont purement alimentaires, et non pas verdâtres, comme avant l'élimination du poison.

Bien qu'il ait donné la consigne à l'interne de faire une injection de morphine, à l'apparition de syncope ou d'autres accidents graves, cette nécessité ne s'est jamais présentée une seule fois.

Il est vrai que les clients de M. Voisin goûtent les bienfaits de l'isolement, du régime cellulaire le plus pur, et d'une discipline d'autant plus aisée à maintenir que les caprices des malades n'y sauraient faire obstacle, car il s'agit, comme on le sait, de prisonniers. Mais un fait important se dégage de la communication de M. J. Voisin, c'est que la *suppression brusque et définitive de la morphine n'a provoqué aucun accident réel et elle a guéri les 36 morphinomanes qu'il a observés.*

M. Hayem insiste sur la différence qui existe entre les morphiniques et les morphinomanes véritables. Les premiers n'ayant aucun entraînement au début pour la morphine et n'y arrivant que par une longue accoutumance. Les seconds, au contraire, essentiellement nerveux, dégénérés, s'y adonnent d'emblée avec ardeur. Comme M. Rendu le fait remarquer judicieusement, ce n'est pas seulement la morphine qui constitue l'obsession, mais la piqûre elle-même devient un besoin. Quand on remplace la morphine par de l'eau pure, les malades ont à la longue le même désir de piqûre.

Toujours à propos d'une communication faite antérieurement, M. Rendu a reçu une lettre de M. le docteur Boinet (de Marseille), relatant la constatation de pus stérile dans un abcès tubaire. Le pus recueilli dans une salpingite ancienne contenait des cocci en chaînettes, facilement reconnaissables au microscope. Or toutes les cultures faites sur agar, sur gélatine, dans le bouillon demeurèrent sté-

riles et les injections faites à des animaux furent négatives. Ce fait mérite assurément, comme le dit M. Boinet, d'être rapproché des abcès stériles du foie, bien connus aujourd'hui, et il est probable que de nouvelles recherches dans cette voie nous révéleront encore bien d'autres surprises.

M. Lermoyez lit une intéressante observation d'amygdalite chronique due au coli-bacille. Sur l'une des amygdales qui présentait tous les signes d'une inflammation chronique, avec poussées aiguës intermittentes, accompagnées de phénomènes généraux assez graves et peu en rapport avec les lésions locales, il existait une fausse membrane adhérente, ne se désagrégeant pas dans l'eau. L'examen bactériologique y fit découvrir un microbe qui présentait à la fois certains caractères du bacille d'Eberth et ceux du coli-bacille. Les premières cultures laissaient encore quelque incertitude sur la désignation précise de l'espèce, mais de nouvelles cultures, faites un mois plus tard, décelèrent de la façon la plus nette le coli-bacille.

Bourges avait déjà signalé le coli-bacille sur la gorge de scarlatineux ; Hudelo et Bourges l'avaient constaté dans des angines syphilitiques, mais, jusqu'ici, le coli-bacille était toujours associé à d'autres organismes pathogènes, tandis que, dans le fait de M. Lermoyez, il opérait pour son propre compte et sans le secours d'aucun de ses collaborateurs habituels. Comme on le voit, le coli-bacille gagne chaque jour du terrain. Peu de microbes ont eu un avancement aussi rapide !

M. Hayem présente une nouvelle et remarquable étude sur les troubles évolutifs de la digestion. Il est absolument impossible de rendre compte de ce travail, même sommairement, après une première audition. Les longues et minutieuses recherches qu'il poursuit depuis longtemps avec son collaborateur Winter lui ont permis de ramener les variations du chimisme gastrique à des formules qui établissent de véritables équations entre les modifications du suc gastrique et les altérations parenchymateuses ou interstitielles de l'estomac. Nous y reviendrons dans un prochain article, lorsque le mémoire aura paru *in extenso* dans les *Bulletins de la Société*.

M. Marie présente, au nom de M. le docteur Lop (de Marseille), une observation de vaste zona hémorragique avec dyspnée intense et troubles cardio-pulmonaires très accentués chez une personne artério-scléreuse et albuminurique.

M. Netter lit, au nom de M. Brunon (de Rouen), membre correspondant, une observation de pleurésie méta-pneumonique guérie par une simple ponction.

HOPITAL RICORD. — M. Charles Mauriac.

Traitement auxiliaire de la syphilis.

Les spécifiques ne constituent pas tout le traitement de la syphilis. Ils suffisent, sans doute, dans la plupart des cas, chez les personnes dont la santé était à peu près irréprochable avant la maladie et reste telle pendant toute sa durée. Mais il n'en est point toujours ainsi.

Nous sommes alors obligés d'intervenir avec des médications ou des moyens hygiéniques, dont l'ensemble forme une sorte de *traitement auxiliaire* ou *latéral*. Par là, nous corrigeons des vices constitutionnels antérieurs à la syphilis et ressuscités par elle. Nous venons en aide aux spécifiques en soutenant l'énergie réactionnelle de l'organisme et en le rendant plus apte à développer leurs vertus curatives. Nous les remplaçons même, dans une certaine mesure, quand ils ne sont pas tolérés ou quand leurs effets toxiques gênent ou annihilent leur action thérapeutique. Enfin, nous réparons, par des combinaisons variées où la thérapeutique générale et locale, l'hygiène et la balnéation ont, tour à tour ou simultanément, leur rôle à remplir, les dommages que la syphilis, son traitement et toutes les conditions morbides, postérieures ou éloignées, qui en peuvent résulter, infligent trop souvent à l'économie.

Le traitement auxiliaire mérite donc d'être étudié et appliqué avec grand soin. Il exige peut-être plus de perspicacité, de finesse, d'attention et de connaissance approfondie des indications, que l'administration simple, uniforme et quelquefois routinière des spécifiques. C'est dans le maniement de ces moyens que le médecin se révèle comme pathologiste et donne la mesure de son tact de clinicien et de thérapeutiste.

Le traitement auxiliaire ou latéral comprend trois parties :

1° Les médications autres que la médication spécifique ;
2° L'hygiène ;
3° La balnéation.

Nous nous occuperons aujourd'hui de la première.

I

Parmi les états morbides qui se rencontrent chez les syphilitiques, ou que leur infection suscite le plus habituellement, il faut mettre en première ligne l'anémie. Je crois bien qu'on en a beaucoup exagéré la fréquence et la gravité, surtout chez les hommes. Ainsi, sur vingt malades du sexe masculin, on n'en trouvera peut-être pas un chez lequel, par le fait seul de la syphilis et seulement à partir de l'accident primitif, il se produise un état chloro-anémique se révélant par la décoloration notable des téguments, la langueur et l'abattement des forces, la torpeur ou l'excitabilité du système nerveux, l'essoufflement, les palpitations, les bruits de souffle vasculaires, etc.

Chez les femmes, de pareilles modifications sont assurément plus fréquentes. Et combien, cependant, n'en voit-on pas qui subissent les premières atteintes de la syphilis, sans que la fraîcheur de leur teint en soit altérée ! C'est, d'ordinaire, avant que l'organisme soit arrivé à son état d'équilibre nutritif stable, et on pourrait dire définitif, si tout en lui n'était pas soumis à de perpétuelles mutations ; c'est lorsqu'il est en pleine croissance, vers la puberté ou à peu près, et qu'il a besoin de toute son énergie plastique, qu'une infection aussi profonde que la syphilis peut contrarier son développement, perturber l'harmonie de ses fonctions, les affaiblir, les détourner de leur but et jeter le système nerveux dans une voie d'excitation désordonnée qui aboutit au nervosisme et à la neurasthénie.

Il en résulte un état morbide très complexe, une sorte de cachexie dont les éléments multiples et enchevêtrés sont difficiles à démêler. Remarquez, en effet, qu'en pareil cas, il existe presque toujours un substratum héréditaire ou acquis, antérieur à la syphilis et qu'elle ne fait que démasquer. Assurément elle le renforce, mais elle ne le produit pas à elle seule. Presque toujours aussi il y a des

conditions accessoires, des influences passagères en dehors du malade et dont il faut tenir compte. Enfin, dans l'état morbide lui-même, pendant sa genèse ou à l'époque de toute sa plénitude, il y a des subordinations ou des prédominances de phénomènes, dont nous devons analyser le mécanisme, pour découvrir et apprécier les véritables indications. Mais avons-nous toujours la possibilité de remplir les indications si nombreuses que présentent ces cachexies complexes ?

Mener de front, en pareil cas, la médication spécifique et les autres médications, plus ou moins urgentes, qui sont devenues nécessaires, voilà notre tâche et elle n'est pas acile à remplir.

On serait tenté de croire, en pareille occurrence, que les spécifiques et, entre autres, le mercure, vont augmenter l'anémie. On se laisserait aller d'autant plus volontiers à suspendre son usage que fort souvent, dans ces cachexies, les manifestations syphilitiques sont très atténuées ou font même complètement défaut et qu'il existe un contraste étonnant entre les troubles plus ou moins graves de la santé générale et le caractère superficiel et bénin des accidents de la syphilis. Eh bien, on se tromperait. J'ai parlé si souvent de la puissance reconstituante du mercure que je n'y reviendrai pas ici. Cette puissance se manifeste principalement au début de la période secondaire, où les états morbides dont je parle sont assez communs. Peut-être est-elle moins prompte et moins accentuée plus tard dans les cachexies ultérieures, bien que la syphilis, en tant que lésions visibles et tangibles, semble y jouer un rôle plus prépondérant. Mais n'importe ; j'établis comme une règle générale qu'il y a bien peu de cas où il faille absolument s'interdire le mercure, quand il est de toute évidence que la syphilis a été le point de départ et le principal agent, occulte ou manifeste, de la situation morbide. Nous ne devons renoncer à lui que dans les cas de force majeure, lorsqu'il paraît avoir épuisé son action ou qu'il n'est pas toléré, ou bien encore après les cachexies radicales consécutives à de grands désordres spécifiques, comme à la suite de certaines syphilis empreintes de la plus redoutable malignité.

Les médications auxiliaires, auxquelles nous devons recourir pour venir en aide au traitement syphilitique dans la chloro-anémie, les anémies, les neurasthénies, sont celles d'ordre reconstituant. Maintes fois l'indication des ferrugineux et des toniques se présente. Ils ne sont point incompatibles avec le mercure et l'iodure. Ils favorisent au contraire leur action spécifique ; en outre, ils ont le grand avantage de remédier beaucoup plus vite que ces deux agents à l'appauvrissement du sang et à la perturbation plus ou moins grande du système nerveux.

Beaucoup de personnes, parmi celles qui contractent la syphilis dans la force de l'âge, à la période moyenne de la vie ou vers sa phase d'involution, sont pléthoriques ou obèses. Il y en a même chez lesquelles la surabondance du sang imparfaitement oxygéné devient presque une sorte d'état morbide qui n'est pas sans quelque analogie avec le scorbut. Donnera-t-on des toniques à de pareils sujets ?

Nous sommes loin du temps où on soumettait les malades à une diète rigoureuse, où on les saignait, où, au moyen de sudations et de purgations réitérées, on pratiquait largement sur eux la spoliation des humeurs viciées.

Aujourd'hui nous faisons tout l'opposé : nous nous efforçons de refaire la richesse du sang, que la syphilis déglobulise à toutes ses périodes, mais surtout dans sa première phase ; nous relevons les forces nerveuses déprimées ; nous soumettons les malades à une hygiène fortifiante, etc. Est-ce ainsi qu'il faut agir dans tous les cas? N'y a-t-il pas quelque exagération à poursuivre une anémie qui, pour être commune, est loin cependant de se révéler toujours par des signes positifs ? La mode, pour ne pas dire la routine, ne conduit-elle pas à appliquer d'une façon banale une médication, fort utile quand elle est formellement indiquée, mais qui peut devenir nuisible si on la prodigue à tort et à travers ? Pour ma part, je ne vois pas aussi souvent qu'on le dit la nécessité d'administrer du fer et du vin de quinquina.

Bien loin de là, il y a des cas où il est utile et parfois indispensable de prescrire un régime sévère et même la diète. Chez les pléthoriques, par exemple, qui ont un sang trop abondant, trop riche, qui tombent dans une sorte de dyscrasie hyperhémiante, par les excès d'une nourriture trop succulente, etc., ne faut-il pas agir ainsi ? C'est en pareille occurrence qu'il serait bon de recourir au *traitement arabique*. Ce traitement a joui d'une grande célébrité autrefois, peut-être en a-t-on trop aisément adopté un tout contraire. Il consistait à se nourrir pendant quarante jours exclusivement de pain sec ou de biscottes, d'amandes, de noix, noisettes, figues et raisins secs, et, en outre, à ne boire que de l'eau pure. Aucun médicament ne devait être pris pendant ces quarante jours. Ce traitement donnait parfois de très beaux résultats, quand on avait le courage de le supporter jusqu'au bout.

REVUE DE LA PRESSE

Utérus fibromateux gravide. — M. Koffer rapporte à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Vienne un cas d'utérus gravide, avec fibrome de la paroi postérieure, remplissant tout le bassin (aussi M. Koffer a-t-il cru d'abord à la rétroflexion de l'utérus gravide) et ayant amené des phénomènes d'obstruction intestinale par compression du rectum : constipation opiniâtre, vomissements, hoquet. Ne pouvant obtenir aucune amélioration, M. Koffer se décida à faire l'hystérectomie vaginale; au moment de l'opération, à cause des contractions utérines, les membranes se rompirent et l'œuf fut expulsé. (*Centralbl. f. gynecol.*, 4, 1894.)

Extirpation totale du larynx. — M. Poppert recommande beaucoup, en cas d'extirpation totale du larynx, de renoncer à recouvrer la voix par un larynx artificiel; on doit plutôt porter l'attention à ce que le pharynx soit séparé de la plaie tout le danger de l'opération est ainsi écarté. Après l'extirpation il ferme l'orifice du pharynx par une suture étagée et maintient cette fermeture, contrairement à Bardenheuer, qui ne la fait que temporairement, pour pouvoir introduire le larynx artificiel. Les avantages de ce procédé sont évidents : on évite le danger grave d'une complication pulmonaire, pas d'introduction d'une sonde œsophagienne. M. Poppert conseille ensuite l'introduction d'une canule en éponge comprimée pendant les vingt-quatre heures qui suivent l'opération, pour éviter de cette façon l'introduction dans la trachée des sécrétions séro-sanguinolentes. Une femme de soixante-huit ans, traitée par l'auteur par le procédé ci-dessus exposé, a si bien conservé la voix, qu'elle a pu, immédiatement après l'opération, parler et, quoique sa parole ressemblât, bien entendu, à peine au chuchottement, cependant les mots séparés étaient parfaitement compréhensibles. (*Centrabl. f. chir.*, 6, 1894.)

Traitement du prurigo par le massage. — M. Hadschek a traité, dans la clinique de M. Kaposi, les différentes formes de prurigo par le massage, et est resté très satisfait des résultats obtenus; le prurigo mitis et le prurigo agria s'améliorent par le simple effleurage. La démangeaison disparaît, les papules se résorbent, les effets du grattage rétrocèdent. Le massage à sec donne les mêmes résultats, mais plus lentement. Les premières séances doivent durer un quart d'heure, les autres beaucoup moins. Cependant, une nouvelle éruption des papules peut se montrer au cours du traitement; ce dernier doit être appliqué alors systématiquement. (*Arch. f. dermat. u. syph.*, nº 6, 1893.)

Traitement de la grossesse tubaire pendant la première moitié de cette grossesse. — M. Smolski, dans son rapport au Vᵉ Congrès de médecins russes, fait un court aperçu historique de la question, et décrit un cas de rupture d'une grossesse tubaire avec hématocèle rétro-utérine énorme, guérie spontanément. L'auteur croit que :

1° Si la grossesse tubaire est diagnostiquée avant la rupture, il faut intervenir par la laparotomie.

2° La rupture d'une grossesse tubaire, avec épanchement dans la cavité péritonéale au cours de la première moitié de cette grossesse, doit être traitée, si c'est possible, par la laparotomie.

3° Dans les cas de transformation d'une grossesse tubaire en une hématocèle rétro-utérine enkystée, l'expectation est de mise et on n'interviendra chirurgicalement que dans les cas rebelles, quand, après deux à trois semaines, la résorption ne se manifeste pas, ou bien quand il y a suppuration ou danger immédiat. En tout cas, l'auteur préfère l'incision du cul-de-sac de Douglas. (*Wratsch*, nº 1, 1894.)

Traitement du tétanos traumatique par le sérum immunisé. — M. Fedoroff fait une communication à la Société de chirurgie de Moscou sur deux cas de tétanos traumatique traité par le sérum des animaux immunisés.

Dans le premier cas, il s'agit d'un garçon de douze ans, qui est entré à l'hôpital avec des douleurs rachidiennes, des attaques convulsives et du trismus. L'interrogatoire a permis de constater que le petit malade s'est fait deux écorchures à la jambe, il y a quinze jours. A l'examen, on constate que tous les muscles du corps sont tendus. Un bruit léger ou l'attouchement provoque une attaque de tétanos. Le chloral et le bromure de sodium n'ont fourni aucun résultat. Le lendemain, on a fait une injection de 50 centimètres cubes de sérum de sang de chien immunisé. Les phénomènes se sont amendés. On a continué les injections les trois jours suivants, et quatorze jours après son entrée à l'hôpital le malade est sorti complètement guéri.

Dans le deuxième cas, c'était une fillette de sept ans, qui est entrée à l'hôpital avec du trismus. Les fentes palpébrales étaient rétrécies, les masticateurs tendus. Le lendemain, aggravation. On a fait une injection de 20 centimètres cubes de sérum. Pas d'amélioration. Les trois autres injections n'ont donné aucun résultat, les attaques sont même devenues plus intenses et plus fréquentes. Mort au huitième jour. A l'autopsie lésion très prononcée de l'appareil pulmonaire, de sorte que l'auteur croit à une mort par une maladie intercurrente. (*Wratsch*, nº 2, 1894.)

Bactéries des melæna des nouveau-nés. — M. Gærtner communique dans les *Archiv. für gynecol.* (1893), deux cas de melæna des nouveau-nés. Il considère cette affection comme une maladie infectieuse provoquée par un bâtonnet pathogène spécial. L'auteur a réussi, dans ces deux cas, à isoler un seul et même bâtonnet, dont l'inoculation aux animaux provoquait le tableau du melæna : la paroi intestinale, source de l'hémorragie, était farcie de bâtonnets spécifiques. Ces bâtonnets se distinguent par leurs conditions biologiques du bacille d'Eberth, du coli-bacille etc. L'identité du bâtonnet dans les deux cas observés, sa différence d'avec les autres bactéries de l'intestin, les résultats positifs obtenus dans les expériences sur les animaux, tout cela parle, d'après l'auteur, en faveur de l'existence d'un agent pathogène nouveau du melæna des nouveau-nés. L'auteur n'a pas encore établi les conditions et les voies de propagation de l'infection. Il considère la plaie qui résulte de la chute du cordon comme voie d'entrée, puis l'infection se propage dans tout l'organisme. Les faits observés et les expériences sur les animaux ont démontré qu'il y a tout d'abord une péritonite, l'hémorragie intestinale est consécutive, enfin viennent l'entérite et l'infection de tout l'organisme. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, nº 6, 1894.)

Contribution à l'étude de l'héméralopie. — M. Loutzenko, dans sa thèse de doctorat, a étudié l'héméralopie et a observé que cette maladie a sa plus grande fréquence au mois de mai. Il donne les conclusions suivantes :

1° Dans l'étiologie de l'héméralopie, les conditions atmosphériques jouent un rôle important. — 2° Le plus grand rôle convient à l'élévation de la température diurne et surtout l'élévation brusque de cette température. — 3° L'acuité de la lumière solaire a un rôle aussi important. — 4° La fatigue des yeux doit être mise en ligne de compte, mais l'auteur nie l'influence des troubles de nutrition générale. (*Journ. de méd. milit. russe*, 1893.)

Traitement chirurgical de la péritonite tuberculeuse. — M. D. Kischenski a fait un rapport au Vᵉ Congrès des médecins russes au sujet du traitement de la péritonite tuberculeuse. Se basant sur un grand nombre de faits observés personnellement et sur ses expériences sur les animaux, l'auteur fait des conclusions suivantes :

1° La guérison de la péritonite tuberculeuse après laparotomie se produit d'une façon analogue à la guérison spontanée des néoplasies tuberculeuses en général : poumon, péritoine, etc.

2° Le processus réparateur consiste dans la production de tissu conjonctif autour des foyers tuberculeux.

3° L'enkystement des néoplasies sous l'influence de la laparotomie, qui provoque des phénomènes inflammatoires réactionnels autour de ces néoplasies, s'observe aussi du côté des néoformations bénignes, comme par exemple des nodosités provoquées par l'introduction des grains de lycopode dans la cavité péritonéale.

4° La différence de l'enkystement des néoplasies bénignes et tuberculeuses réside surtout dans la rapidité avec laquelle s'opère cet enkystement dans le premier cas.

5° La laparotomie agit sur les foyers tuberculeux du péritoine comme sur des corps étrangers. (*Wratsch*, nº 3, 1894.)

Affection des voies biliaires dans le choléra. — M. Lévine a observé, au cours de la dernière épidémie cholérique, un homme au sixième jour de la maladie; quand, après une atteinte de choléra très intense, les symptômes ont disparu, on a constaté une brusque élévation de température, avec douleur dans l'hypocondre droit. Le lendemain, s'est montré l'ictère. La douleur était bien localisée à la région cystique. Bientôt apparurent des symptômes francs de péritonite. La laparotomie a montré un commencement de péritonite périhépatique et une perforation de la vésicule biliaire. Le malade mourut et, à l'autopsie, on trouva un catarrhe très prononcé des gros troncs biliaires et de la vésicule, qui présentait plusieurs ulcérations, dont une a abouti à la perforation.

L'auteur a observé encore un cas analogue, mais sans péritonite; enfin, à l'autopsie de deux autres cholériques, il a trouvé un catarrhe muco-purulent des voies biliaires, qui ne s'est manifesté par aucun symptôme net pendant la vie. L'examen microscopique et bactériologique de l'exsudat muco-purulent et des parois de la vésicule biliaire a montré la présence du coli-bacille, sans le bacille du choléra. (*Wratsch*, n° 3, 1894, Congrès des médecins russes.)

Cryptorchidie et dégénérescence du testicule. — Le docteur Silberberg, rapporte à la Société des médecins d'Odessa, l'observation d'un homme ayant une ectopie testiculaire inguinale double; il y a quinze ans, le malade a remarqué au niveau de l'orifice du canal inguinal droit une petite tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, indolore; depuis six mois, cette masse augmentait très rapidement; elle présente actuellement le volume de deux poings; elle est douloureuse et très gênante pour la marche. A l'examen, la tumeur, située immédiatement au-dessus du ligament de Poupart, est uniformément élastique, rénitente, mate à la percussion, non transparente. La ponction exploratrice n'ayant rien donné, on enleva la tumeur. A l'examen histologique, on reconnut qu'il s'agissait d'orchite chronique avec dégénérescence graisseuse, et, malgré la marche rapide, il n'y avait pas trace d'élément malin. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, 4, 1894.)

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 13 juin 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATION

Traitement des anus contre nature. — M. CHAPUT lit ensuite un long mémoire sur ce sujet basé sur trente-cinq observations personnelles, mémoire qu'il résume rapidement :

On peut traiter les anus contre nature de quatre manières différentes : 1° par l'application de l'entérotome pour détruire l'éperon (entérotomie) suivie de l'oblitération de la fistule; 2° par la résection des deux bouts suivie de suture circulaire; 3° par l'entérorraphie longitudinale sans résection; 4° par l'entéro-anastomose.

L'*entérotomie* est indiquée pour les anus contre nature non compliqués, c'est-à-dire bien accessibles, avec une cloison mince et longue.

Avec un éperon long et mince, il est avantageux d'employer la méthode de Richelot : section entre deux pinces et suture immédiate; avec un éperon long et un peu épais, il est prudent de faire la section entre deux longues pinces qu'on laisse à demeure.

Avec un éperon divergent et court on peut, à la rigueur, employer l'entérotome, dont on fera des applications successives.

L'entérotomie est contre-indiquée lorsque l'éperon est très épais ou inaccessible, lorsque la brèche se referme par le mécanisme des plaies angulaires, lorsqu'il s'agit d'anus cruraux avec trajet très long et très étroit, bouts rétrécis et friables.

Après destruction de l'éperon, on fermera la fistule stercorale.

Les petites fistules sont justiciables de l'entérorraphie latérale avec deux étages de suture, avec ou sans ouverture du péritoine.

Les larges fistules siégeant sur un anse rectiligne peuvent être traitées, soit par la suture par abrasion, soit par l'entérorraphie latérale avec incision losangique pour empêcher le rétrécissement.

Pour les larges fistules à l'extrémité de deux anses perpendiculaires à la paroi, on peut employer soit l'entérorraphie latérale, soit plutôt l'abrasion qui rétrécit moins et n'ouvre pas le péritoine.

La résection intestinale est contre-indiquée d'une manière générale, à cause des difficultés de la libération de l'anse, de la souillure inévitable des mains et du péritoine, et du mauvais état des parois intestinales.

Cependant lorsque au cours d'une entérorraphie latérale, l'intestin friable se déchire largement, il est indiqué de réséquer les deux bouts et de les réunir ensuite par les sutures appropriées.

Lorsque l'entérotomie est contre-indiquée pour une raison quelconque, il est avantageux d'employer l'entérorraphie longitudinale sans résection. On fait une incision circulaire à la peau autour de l'anus artificiel, on entre dans le péritoine et on attire à soi les deux bouts ; — on fait sur chacun d'eux une fente longitudinale dont on suture les lèvres homologues comme dans l'entérotomie de Richelot; — on ferme ensuite l'orifice terminal, soit par invagination, soit par abrasion.

Cette opération est encore indiquée lorsque, au cours d'une entérorraphie latérale, on constate la présence d'un rétrécissement serré du bout inférieur.

Elle est contre-indiquée avec un terrain friable et dans les anus cruraux (long trajet étroit, difficultés, friabilité de l'intestin, rétrécissement des deux bouts).

L'entéro-anastomose suivie de ligature des deux bouts à la gaze iodoformée, contre l'anastomose et l'anus contre nature, est une opération simple, bénigne et facile.

Elle est formellement indiquée :

1° Lorsque l'entérorraphie longitudinale est indiquée mais non bénigne (intestin friable, anus cruraux);

2° Lorsqu'il existe un obstacle ou un rétrécissement à distance sur le bout inférieur;

3° Avec une oblitération du bout inférieur ou interne de l'anus contre nature.

L'entéro-anastomose peut toujours être exécutée avec facilité; elle ne comporte pas par elle-même de contre-indications.

RAPPORTS

Fracture de jambe; pied bot équin consécutif; extirpation de l'astragale. — M. MICHAUX fait un rapport sur une observation adressée par M. Lafourcade (de Bayonne). Il s'agit d'une femme de quarante ans qui, à la suite d'une fracture de jambe avec ouverture de l'articulation tibio-tarsienne, eut une ankylose avec pied bot équin; le talon était distant du sol de 12 centimètres. Trois mois après l'accident, la fracture étant bien consolidée, M. Lafourcade fait l'extirpation de l'astragale et remet le pied en bonne situation. Après vingt jours, la malade a commencé à marcher. Le résultat est aussi satisfaisant que possible.

Suture de la sclérotique. — M. DELENS lit un rapport sur un mémoire de M. Fage (d'Amiens), relatif à la suture appliquée aux plaies de la sclérotique. L'auteur pense que c'est dans les sutures peu étendues de la sclérotique que cette intervention donne les meilleurs résultats. Ses avantages sont les suivants : elle empêche la hernie des membranes internes de l'œil; elle met les milieux oculaires à l'abri de l'infection; elle s'oppose à l'issue du corps vitré; elle évite la formation des fistules et des staphylomes; enfin, elle provoque une cicatrice plus régulière et abrège la durée de la guérison. Comme contre-indication de cette suture, il faut noter la présence de corps étrangers dans l'œil et l'intégrité de la conjonctive.

M. Fage donne la relation de deux cas, dans lesquels il a obtenu de très bons résultats en pratiquant cette suture avec

le catgut pour la sclérotique et avec la soie pour la conjonctive.

Traitement des fractures par la suture osseuse. — M. NÉLATON analyse plusieurs observations de M. Roux de Brignolles (de Marseille) relatives à des fractures des os longs traitées par la suture.

Dans une première série d'observations, il s'agit de fractures de la clavicule. Deux cas surtout ont donné d'excellents résultats. La guérison s'obtient en une vingtaine de jours, avec un cal impossible à déceler au toucher, sans trace de déformation. Pour M. Roux, donc, la suture osseuse serait la méthode de choix dans le traitement des fractures de la clavicule, tout comme dans la fracture de la rotule; mais pour M. Nélaton, cette affirmation est exagérée, et il est inutile d'exposer le malade à une opération sanglante pour obvier à une déformation possible qui, si elle est disgracieuse, est rarement gênante. On doit donc réserver la suture aux fractures de la clavicule chez la jeune fille ou la jeune femme, ou aux cas dans lesquels le paquet vasculonerveux est comprimé par les fragments.

M. Roux a traité par la suture un certain nombre de fractures de l'humérus; il a eu de bons résultats. Mais, en présence des excellents effets des appareils de M. Hennequin, M. Nélaton estime qu'il est véritablement inutile de recourir à une opération compliquée.

Si la suture est inutile dans ces cas précédents, elle est absolument indiquée dans les fractures de jambe irréductibles ou incoercibles. M. Roux communique, à ce point de vue, une observation démonstrative. Il s'agit d'un homme de quarante-trois ans, atteint d'une fracture de jambe au tiers inférieur. Le fragment supérieur faisait une saillie considérable en avant, menaçant de perforer la peau; le pied était en dehors. La fracture était irréductible. M. Roux ouvrit donc le foyer de la fracture. L'irréductibilité était due à l'interposition entre les deux fragments du muscle jambier antérieur. Il leva l'obstacle, rapprocha les fragments et fit la suture. La guérison s'obtint rapidement.

Aussi bien, dans un grand nombre de fractures de jambe, irréductibles ou difficiles à maintenir, peut-il être indiqué de suivre la méthode de M. Roux et de faire l'ouverture du foyer de la fracture pour coapter les fragments et les suturer au besoin.

PRÉSENTATIONS DE MALADES

Cholédocotomie et laparotomie. — M. HARTMANN présente deux malades, l'une opérée de cholédocotomie pour calcul du canal cholédoque, et l'autre de laparotomie pour rupture d'une trompe gravide.

Cancer de l'œsophage; gastrostomie. — M. ROUTIER présente un malade, atteint de cancer de l'œsophage, chez lequel il a pratiqué la gastrostomie en un temps. L'état du malade est amélioré.

Polype naso-pharyngien. — M. QUÉNU présente un homme de quatre-vingt-dix ans, auquel il a enlevé un polype nasopharyngien, en ayant fait suivre l'extirpation de la restauration immédiate du voile du palais.

M. NÉLATON rappelle que, si la plupart des chirurgiens insistaient autrefois sur l'éradication du point d'implantation du polype et déconseillaient la restauration immédiate du voile du palais, pour surveiller la récidive, son père était d'avis de faire le moins de délabrements possible. La question a, d'ailleurs, été reprise plusieurs fois à la Société, et l'on paraît s'être rallié à cette manière d'agir.

M. SCHWARTZ fait remarquer que le malade de M. Quénu a dépassé l'âge où la récidive de ces polypes se produit d'habitude. Chez de tels individus, il restaurerait immédiatement le voile du palais; mais il s'abstiendrait de le faire chez les sujets plus jeunes.

M. CHAMPIONNIÈRE estime que, sans restauration, ces opérés sont de véritables infirmes; donc mieux vaut réparer le voile après l'extirpation du polype.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

A l'occasion du voyage de M. le Président de la République à Lyon, ont été promus et nommé dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. le professeur Ollier.

Au grade d'officier. — M. le profsseur Lortet, doyen de la Faculté de médecine.

Au grade de chevalier. — M. le docteur Bron.

— Par décret, en date du 21 juin 1894, ont été nommés chevaliers de la Légion d'honneur :

MM. les médecins de deuxième classe de la marine Salaun et Bergeret.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Le concours pour une place de chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques à l'Antiquaille vient de se terminer par la nomination de M. le docteur Coignet, ancien interne des hôpitaux de Lyon.

Le concours pour une place de chef de clinique médicale (service du professeur Lépine) s'est terminé par la nomination de M. le docteur Tournier.

— Le prix de médecine navale est décerné à M. le médecin de première classe Alix, médecin-major du Primauguet.

Des témoignages de satisfaction sont accordés à MM. Rangé, médecin en chef de deuxième classe des colonies; Barthélemy, médecin de première classe de la marine; Primet, médecin en chef de deuxième classe des colonies; Burot, médecin principal de la marine; Palasne de Champeaux, Guézennec et Long, médecins de première classe de la marine.

— *Prix Civiale.* — Un concours est ouvert entre les internes titulaires ou provisoires, pour le prix biennal de 1 000 francs, fondé par feu le docteur Civiale, à l'effet d'être décerné à l'élève qui aura présenté le travail jugé le meilleur sur les maladies des voies urinaires. Ce travail devra être déposé au secrétariat général de l'Administration avant le 15 octobre 1894 au plus tard. Les élèves qui désireront concourir devront s'adresser, pour obtenir des renseignements, au secrétariat général.

— MM. Bourdin, Viallon et Alombert sont déclarés admissibles au concours pour l'emploi de médecin adjoint des asiles publics d'aliénés (région de Lyon).

— En vue d'associer à ses travaux les médecins qui n'exercent pas dans les stations hydrominérales ou sanitaires, la Société d'hydrologie médicale de Paris vient de créer une nouvelle classe de membres titulaires.

Ces nouveaux membres prendront le nom de *titulaires-honoraires.* Pour eux la cotisation annuelle est fixée à 10 francs, au lieu de 20 francs. Ils jouissent des mêmes droits que les membres titulaires, et reçoivent les *Annales* publiées par la Société. Leur admission a lieu dans les mêmes formes que celle des membres titulaires.

Prière d'adresser les renseignements et les demandes d'admission au secrétaire général, M. le docteur Leudet, 20, rue de Londres.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUBD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après la lecture du procès-verbal et de la correspondance, M. le président annonce la mort de M. le président de la République française, et la séance a été aussitôt levée en signe de deuil national.

HOPITAL NECKER. — M. Guyon.

Des troubles de la miction dans les néoplasies vésicales.

Je profiterai aujourd'hui de la présence simultanée de sept malades porteurs de néoplasmes de la vessie pour étudier les troubles de la miction dans cette maladie et rechercher leur valeur diagnostique.

D'une façon générale, la manifestation capitale des néoplasies vésicales est l'hématurie. Quand on ne pisse pas du sang, tout rentre à l'état normal.

Cependant dans un certain nombre de cas, on peut observer des troubles de la miction. Les causes en sont variables. Ils peuvent être dus à l'hémorragie. Un caillot se forme alors qui, venant boucher le canal de l'urèthre, produit des douleurs à la miction et peut même amener une véritable rétention.

En quelques cas, on peut se trouver en présence d'une tumeur pédiculée, mobilisable, qui, venant s'enfoncer dans le col de la vessie, le boucherait de la même façon qu'un caillot et produirait ainsi la rétention.

Une troisième cause, mécanique également, consiste dans la réplétion de la vessie par une néoplasie volumineuse. Il se produira une rétention néoplasique, si je puis parler ainsi, au lieu d'une rétention d'urine.

On a assez répété que la nature a horreur du vide. La vessie, elle, aime le vide ou du moins aime à être vidée et complètement vidée. Elle n'aime pas à être remplie par quoi que ce soit.

Mais de toutes les causes de rétention, la plus importante est la cystite. Elle ne naît pas sous l'influence de la néoplasie. Celle-ci est aussi incapable que les calculs urinaires de créer une cystite ; mais elle crée une prédisposition en mettant la vessie en état de réceptivité ; elle l'empêche de se vider complètement ou, plus habituellement, elle la maintient dans un état de congestion. Or on sait que la congestion habituelle de cet organe le prédispose à la cystite. Pourtant on peut observer des néoplasies vésicales qui évoluent sans cystite. En d'autres cas, quand on étudie l'histoire de la maladie, on voit que les troubles de la miction, caractérisés par de la fréquence et de la douleur, peuvent se montrer même comme troubles primitifs et parfois tout à fait au début. Cependant le tableau ordinaire est l'absence de tout symptôme quand il ne se produit pas d'hématurie.

Examinons les troubles de la miction successivement dans les tumeurs pédiculées et dans celles en plaques. On rencontre toutes ces conditions dans les cas de tumeurs molles et, par suite, pédiculées, car qui dit mou dit pédiculé. Trois de nos malades ont des néoplasies pédiculées. De plus, nous en avons vu récemment et opéré un actuellement sorti. Nous lui avons enlevé une tumeur pédiculée et il a guéri rapidement par première intention. Pendant quatre ans, il avait éprouvé des hématuries sans aucune espèce de fréquence de la miction, ni de douleur.

Si nous prenons les malades actuellement présents à l'hôpital, je vous rappellerai l'histoire du n° 10, que je vous présentais à la clinique de mercredi dernier. La première hématurie datait d'il y a deux ans à deux ans et demi environ. Ce ne fut que quatre mois après le début des hématuries que les troubles de la miction survinrent. Des accidents de rétention forcèrent M. Reverdin (de Genève) à le sonder.

L'obstacle était alors de cause mécanique. Le canal de l'urèthre était obstrué par les masses néoplasiques. Les nombreux fragments retirés à l'aide de sondages et de lavages répétés sont évalués, par M. Reverdin, au volume d'un œuf. Depuis, dans notre service, ce malade a eu de la fréquence dans les mictions et un peu de cystite.

Le n° 22 est un cas moins complexe. Il est d'une pâleur extrême, provoquée par de grandes hématuries. Je l'opérerai un de ces jours. J'attends pour cela qu'il soit moins anémique. J'espère qu'il se remontera un peu. De plus, il n'a pas de pertes actuellement, sinon il faudrait l'opérer de suite, car ce serait le meilleur moyen de les arrêter. Ce malade accuse des symptômes depuis environ un an à un

an et demi et il n'a pas jusqu'à présent eu de fréquence des mictions.

Le n° 5 nous offre un malade qui a une récidive de son néoplasme. Je l'ai déjà opéré en juillet 1889. J'avais trouvé une tumeur du volume de 300 grammes. La vessie en était remplie et il urinait toutes les cinq minutes. Il avait été opéré exsangue, mourant sous l'influence des hématuries, et il avait guéri dans de bonnes conditions.

La première hématurie remontait très haut, à 1869. Il resta jusqu'en 1876 sans nouvelle hématurie. Ce fait s'observe quelquefois dans l'histoire des néoplasies pédiculées, ce qui contribue à faire dire qu'elles sont bénignes. Chez notre malade, il a existé un intervalle de quinze ans, sans accident d'aucune sorte, avec les apparences de la santé. Et pourtant le néoplasme vésical existait déjà ! Mais à partir de 1876, les hémorragies se répétèrent et finirent par devenir excessives.

Vous voyez donc dans quelles conditions les néoplasmes pédiculés peuvent produire des troubles de la miction. Examinons maintenant les malades chez lesquels la tumeur s'est étendue dans l'épaisseur de la paroi vésicale formant une plaque. Nous en avons quatre cas.

Le premier provient du service de M. Routier qui nous l'a présenté. Il s'agit d'un homme jeune, de trente-cinq à quarante ans. Il a commencé par avoir de fréquentes hématuries survenant à quelques jours d'intervalle. Un peu plus tard, il éprouva des douleurs à la fin de la miction, tout en conservant des urines parfaitement claires. Il n'y avait donc pas de cystite, car il faut au moins trois symptômes pour caractériser la cystite : la fréquence des mictions, la douleur et le pus.

Maintenant prenons le n° 6. Nous l'avons opéré malgré son infiltration et il était même plus infiltré que nous supposions. Nous sommes tombés sur un vaste épithéliome en plaques et nous n'avons pu faire qu'une opération palliative. Nous avons suturé en plein tissu néoplasique et affronté deux surfaces coupées en pleine tumeur. Il y a eu réunion par première intention. Ce qui prouve que le tissu néoplasique ne demande qu'à se réunir. Quand il ne se produit pas de réunion primitive, l'infiltration gagne tout l'abdomen. Le début de la maladie remontait à trois ans. Les urines étaient presque toujours claires, pourtant il existait trois symptômes importants : une grande fréquence de la miction, une douleur pendant et après la miction et de petites hématuries à la fin. Il y avait donc trois symptômes importants de cystite. Mais un manquait, puisque les urines étaient claires.

Le n° 1 a débuté par de petites hémorragies. Presque aussitôt est survenue la douleur. La fréquence des mictions ne s'est établie que six mois après.

Le n° 29, au contraire, a débuté par de la fréquence nocturne ; cinq mois après s'est montrée l'hématurie. A cette époque, il y avait fréquence diurne. On avait cru à une cystite ; il n'y avait point pourtant de pus. L'examen endoscopique a révélé l'existence d'une infiltration néoplasique en plaque.

Voici donc quatre malades à comparer aux cinq autres qui possédaient un néoplasme pédiculé. Ils offrent un grand intérêt au point de vue diagnostic. Car ils montrent qu'il ne faut pas toujours penser à de la cystite quand on observe des douleurs dans la miction ou une hématurie terminale. Quand il existe des phénomènes accusés de cystite et peu ou pas de suppuration, méfiez-vous et pensez à une néoplasie possible et recourez comme moyen diagnostique à l'endoscope. Celui-ci, il est vrai, ne renseignera pas toujours d'une façon précise.

Recherchons la portée des renseignements que l'endoscope peut fournir. Au point de vue endoscopique, les néoplasmes pédiculés ou infiltrés se présentent dans des conditions très différentes. Il faut pouvoir bien étaler la vessie et interposer un liquide transparent. La tumeur pédiculée se voit en général très bien.

On ne se trompe pas sur la réalité de la tumeur et on reconnaît son point d'implantation. Mais il faut que la vessie se laisse facilement remplir. On choisira, pour pratiquer cet examen, un intervalle inter-hématurique ; il faut que la vessie ne saigne pas. Il est vrai que l'examen peut provoquer une hématurie ; tel est le cas d'un de nos malades qui, le lendemain de l'examen, a vu se produire une hématurie. Chez le n° 22, nous avions encore de l'hématurie, mais celle-ci était faible, la vessie se laissait facilement remplir, nous l'avons bien vu.

Donc, quand on a affaire à une tumeur pédiculée, le plus ordinairement l'examen endoscopique réussit. Le néoplasme alors n'est jamais ulcéré. Il ne saigne pas au contact de l'endoscope. Si le fait se produit, ce qui arrive rarement, il est dû à la congestion de la tumeur. Au contraire, le contact de l'endoscope fait ordinairement saigner le néoplasme infiltré.

L'hématurie peut, en certains cas, vous empêcher de voir, mais dès qu'on a enlevé l'instrument, elle cède assez vite.

De plus, quand le néoplasme est infiltré, la vessie se laisse difficilement remplir ; elle n'est plus dilatable. Nouvel obstacle pour l'examen endoscopique.

Ce n'est pas à dire cependant qu'en ces cas, l'examen ne réussisse jamais ; il réussit plus rarement et on doit moins compter sur lui pour établir le diagnostic.

DE LA FOLIE A DEUX

ET DE SES TROIS GRANDES VARIÉTÉS CLINIQUES

Par le docteur E. Marandon de Montyel,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

I

La contagion mentale morbide a suscité depuis quelque temps d'intéressants travaux et paraît fixer de plus en plus vivement l'attention, à preuve, se succédant à courts intervalles, durant la seule année 1893, la brochure très instructive de M. Ernest Pronier et le travail de M. de Bœck sur la contagion de la folie, la savante étude de M. Arnaud sur la folie à deux, l'article intéressant de M. Paul Moreau (de Tours), ainsi que le livre bourré de faits de M. Scipio Sigheli sur le crime à deux, et, si j'osais le nommer après toutes ces brillantes recherches, le modeste mémoire que j'ai récemment publié sur un cas de délire multiple, partiellement communiqué, avec dissimulation combinée des deux codélirants. C'est que tout le monde aujourd'hui se passionne pour le mystérieux problème de la suggestion, surtout à l'état de veille, dans la maladie comme dans la santé.

Tous ces travaux, dont nous venons de parler, ont incontestablement enrichi la science de faits précieux, sévèrement contrôlés et minutieusement recueillis. Malheureu-

sement ils tendent, par les interprétations divergentes de leurs auteurs, à confondre les cas très disparates rangés sous la rubrique commune de folie à deux et, en attribuant à la contagion mentale morbide des phénomènes qui ne relèvent en aucune façon d'elle, à rendre plus difficile l'intelligence de la transmission des troubles mentaux. Il m'a semblé qu'il serait peut-être utile d'essayer de bien délimiter les diverses variétés cliniques, en réalité très distinctes, qu'on a groupées un peu pêle-mêle sous cette dénomination absolument erronée, puisque les contaminés sont assez souvent encore, non au nombre de deux, mais de trois, quatre, cinq et même huit. Ce travail aura, dans tous les cas, le mérite de l'actualité, à défaut d'autre, venant à un moment où la question est à l'ordre du jour.

Déjà, en 1881, je me suis efforcé d'établir que la folie à deux n'était pas une, et que les faits rapportés par les auteurs ainsi que ceux observés par moi-même, dont je donnais les détails, se distinguaient très nettement les uns des autres et se rangeaient en trois groupes bien distincts : l'un, dans lequel il y avait eu bien réellement contagion morbide, communication ou transmission des désordres intellectuels d'un aliéné à son entourage, et je proposais, pour éviter toute confusion, de réserver exclusivement à ces cas le nom de *folie communiquée.* Un second groupe me parut devoir être constitué sous le nom de *folie simultanée* par ces malades, si bien décrits en 1879 par M. Régis, qui, sous l'influence de causes identiques subies en commun, perdent la raison ensemble et au même moment, puisant dans cette communauté des mêmes impressions la même vésanie. Enfin, je jugeai rationnel de séparer complètement, pour en former un troisième groupe à part, ces individus qui, sans jamais devenir aliénés, c'est-à-dire sans jamais avoir ni troubles émotifs ou sensoriels, ni exaltation ou dépression, sont, soit par suite de docilité mentale, soit par suite d'une crédulité excessive, induits en erreur par un aliéné, et ajoutent foi à ses récits, qu'ils trouvent vraisemblables : ce sont des abusés, ce ne sont pas des malades. Et, pour les distinguer des autres qui sont, eux, par contagion ou simultanéité, de vrais délirants, je proposai de réserver à ce troisième groupe la dénomination de *folie imposée.* Ce groupement très naturel, basé sur la clinique, ne laissait place à nulle équivoque et permettait d'étudier séparément les faits que, malgré leur diversité profonde, on avait réunis sous la même rubrique.

Or, il suffit de parcourir les travaux les plus récents sur la question pour s'assurer que les auteurs s'acharnent toujours, comme à plaisir, à confondre ce qui est si dissemblable et à embrouiller les choses au lieu de les classer méthodiquement. M. Régis, dans la dernière édition de son excellent *Traité des maladies mentales*, nous dit que le délire raisonnant des dégénérés, quelle qu'en soit la forme, persécutée, ambitieuse, processive, érotique ou mystique, se communique assez fréquemment du malade à une ou plusieurs personnes de son entourage immédiat, et que c'est surtout dans ces conditions que se développe la *folie à deux* ou *folie communiquée*, signalée incidemment par Baillarger et magistralement décrite par Lasègue et Falret. Eh bien, de l'avis même de M. Régis, pas un seul des cas rapportés par MM. Lasègue et Falret n'a trait à des individus devenus réellement aliénés sous l'influence d'un autre; tous rentrent dans mon troisième groupe, et pourtant il les rattache à la *folie communiquée*, tout en reconnaissant qu'il n'y a jamais eu folie chez eux. Comment dès lors s'entendre ! Le savant aliéniste de Bordeaux ajoute qu'en plus de la folie simultanée qu'il a décrite et que j'accepte pleinement pour ma part, il convient de mentionner ma folie imposée qui n'est, dit-il, *qu'une variété de folie communiquée*, et aussi, continue-t-il, la folie gémellaire du professeur Ball et de certains auteurs anglais, caractérisée par l'apparition simultanée d'une folie similaire chez des jumeaux *même très éloignés.* N'est-ce pas réunir sous une même dénomination les faits les plus disparates? Enfin, termine M. Régis, quelques auteurs étrangers ont aussi indiqué sous le nom de *folie induite* l'addition d'idées délirantes nouvelles au délire primitif chez un aliéné, sous l'influence de son contact avec d'autres malades. Pour M. Pronier, la folie imposée, telle que je l'ai tracée, n'est que le premier degré de la contagion des folies non impressionnantes, c'est-à-dire, d'après la doctrine de l'auteur, des folies systématisées dont la communication s'opèrerait en deux temps : dans le premier, l'aliéné persuade le sujet passif de la justesse de ses idées (folie imposée); dans le second, il lui suggère ses impressions (folie communiquée). Autrement dit, explique le médecin de Genève, l'individu contaminé commence par croire au délire et finit par se l'approprier. De la folie simultanée de M. Régis, M. Pronier n'en parle pas, et, dans le cours de sa brochure, il n'établit aucune différence entre les variétés, les englobant toutes sans distinction dans ses statistiques. M. de Bœck accepte ma division des folies à deux en trois groupes, mais, comme M. Pronier, il rattache la folie imposée à la folie communiquée; seulement, au lieu d'en faire le premier degré de celle-ci, il la considère comme constituant une forme de transition entre elle et l'état normal, au point, dit-il, qu'il peut être difficile dans la folie imposée de faire la distinction entre l'état de santé et l'aliénation mentale confirmée. Quant à M. Cullerre, il s'en tient au mémoire d MM. Lasègue et Falret et ne paraît en rien se soucier des quarante et quelques travaux publiés depuis; tandis que M. Kinkel s'efforce de démontrer que mes trois groupes ne sont pas absolument tranchés; qu'entre eux se placent de nombreux intermédiaires, et que M. Jœrger range tous les contaminés en deux catégories, considérant seulement, d'une part, la transmission de la maladie elle-même, de l'autre, la simple reproduction de ses manifestations extérieures, qu'il compare aux phénomènes de la suggestion hypnotique.

Mais, de tous les travaux parus dans ces derniers temps, celui qui est appelé à engendrer la confusion la plus grande est incontestablement le mémoire de M. Arnaud, à cause surtout de son réel mérite clinique, capable de masquer l'erreur d'interprétation. Le distingué médecin adjoint de la maison de santé de Vanves nous dit que le type de folie à deux, créé par M. Régis, n'est pas le seul; que celui décrit par MM. Lasègue et Falret est tout aussi réel, mais qu'on en peut distinguer encore un troisième dans lequel le sujet influencé *non seulement devient aliéné, mais reste tel, même après avoir été séparé du premier.* Ainsi, pour M. Arnaud, ce qui distingue la folie imposée de la folie communiquée, ce n'est que la persistance de la maladie après la séparation des codélirants, la persistance sinon indéfinie, du moins des plus prolongées, puisque, si elle dure même dix mois pour aboutir à la guérison, *comme dans l'observation rapportée par lui*, on aurait encore affaire à celle-là et non à celle-ci. Entre le premier venu qui, par naïveté ou débilité mentale, croit à la réalité des conceptions délirantes d' un aliéné, et le prédisposé vésanique qui contracte son

délire et ses hallucinations, il n'y aurait aucune différence à établir si ce dernier, éloigné de l'auteur de son mal, sort guéri en 1891 de l'établissement où il a été isolé en août 1890, *ainsi qu'il advint pour la malade délirante et hallucinée que notre confrère présente comme un cas type de simple folie imposée!* Est-ce rationnel?

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 juin 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

De l'antisepsie des objets de pansements en campagne. — M. TERRIER fait une communication sur ce sujet. Dans les postes de secours et dans les ambulances, il est pour ainsi dire impossible de réaliser l'asepsie, on a pu penser qu'il n'en serait pas de même pour l'antisepsie et qu'avec l'eau bouillie on parviendrait à avoir des objets de pansements stérilisés.

M. Terrier a fait faire des expériences dans des conditions analogues à celles qui se présentent sur les champs de bataille. Il est arrivé à ce résultat que, pour obtenir une température de 99 degrés, il fallait prolonger l'ébullition pendant quarante ou cinquante minutes pour le moins.

M. Répin a fait de son côté des expériences d'où il résulte que, même après une ébullition d'une durée de près de deux heures, la stérilisation n'est pas complète. Il y a donc lieu de faire des réserves sur ce mode de stérilisation.

Traitement des fractures par la suture. — M. ROUTIER, tout en se ralliant aux conclusions de M. Nélaton (voy. *Gaz. des hôp.*, 1894, p. 698), estime que la suture trouve des indications dans certains cas de fractures de jambe. Elle lui paraît applicable lorsqu'on ne peut obtenir la réduction des fragments et leur contention quelques heures après l'accident et lorsqu'on est appelé, au bout d'un certain nombre de jours, ce qui est une condition souvent défavorable pour arriver à mettre les fragments en bonne situation. Dans ces cas, de même que dans les fractures avec grand écartement des fragments, la suture favorise la formation du cal et le rend plus régulier.

M. SCHWARTZ pense qu'en ce qui concerne les fractures de la clavicule, on ne doit admettre la suture qu'à titre exceptionnel; elle n'est applicable que pour certaines fractures récentes s'accompagnant de notable déformation, de plaie ou de phénomènes de compression. Il a dû y avoir recours, et cela avec succès, dans une circonstance particulière : il s'agissait d'une fracture de l'extrémité externe de l'os, qu'aucun appareil ne maintenait réduite. Il a fait la coaptation avec des fils d'argent et obtenu un résultat parfait.

M. DELORME fait quelques réserves au sujet des conclusions de M. Nélaton. Pour sa part, il est toujours parvenu à réduire les fractures en se servant du chloroforme et à en maintenir la réduction par des appareils; il n'aurait donc recours à la suture que tout à fait exceptionnellement.

M. MONOD partage cette opinion et rapporte plusieurs exemples prouvant qu'on peut réussir, même dans les cas difficiles, avec les appareils. L'un de ces faits concerne un malade présentant une fracture de cuisse à la partie moyenne. En novembre dernier, on lui applique l'appareil de Hennequin ; trois mois plus tard il n'y avait pas de consolidation, cet appareil est remplacé par un appareil plâtré, qui reste en place trois mois sans plus de succès; il existait alors un raccourcissement de 6 centimètres. M. Monod allait se décider à suturer, lorsque M. Hennequin promit la guérison en remettant de nouveau son appareil, qui fut alors réappliqué avec une extension portée en une semaine à 6 kilogrammes. Quinze jours plus tard, le raccourcissement avait disparu; une semaine après on supprimait l'appareil et, bien que la fracture fût consolidée, on continuait encore l'extension pendant quelques jours, au bout desquels la guérison était définitive.

M. Monod cite deux autres faits analogues. Au contraire, dans deux cas de lésions humérales, dont l'une se rapportait à une pseudarthrose, il a entièrement échoué par la suture.

Plusieurs fois il a traité les fractures du fémur par la réunion des fragments; il ne lui a pas semblé que ce mode de traitement fût supérieur et, chez un malade, il a été impuissant à s'opposer au chevauchement des fragments. Comme M. Delorme, M. Monod a toujours pu obtenir la réduction avec l'aide du chloroforme, mais quelquefois il est impossible d'empêcher le déplacement des fragments de se reproduire, sans que l'interposition d'un faisceau musculaire y soit pour rien.

S'il est des fractures qui appellent une intervention, il croit qu'il vaut mieux, dès lors, recourir à l'emploi des chevilles, bien qu'on ne réussisse pas toujours.

M. QUÉNU fait remarquer qu'on semble faire une sorte de confusion entre la réduction et la consolidation. Il n'est pas douteux que cette dernière puisse exister sans que la fracture ait été réduite; mais on peut aussi noter ce fait : voir la réduction bien effectuée et la consolidation faire défaut. C'est dans ce cas que l'emploi des chevilles, agissant comme agent d'irritation, est indiqué.

M. PEYROT admet, avec quelques auteurs, que l'irréductibilité peut tenir à une interposition musculaire, mais il est une autre disposition anatomique que l'on peut rencontrer pour expliquer cette irréductibilité : c'est l'insertion d'un faisceau musculaire normalement attaché au corps de l'un des fragments et venant se fixer pathologiquement à l'extrémité de l'autre fragment. M. Peyrot l'a noté, sur deux sujets atteints de fracture de cuisse : les fragments du fémur chevauchaient et sur l'extrémité inférieure du fragment supérieur était venu s'attacher un faisceau du triceps.

M. MICHAUX s'étant trouvé deux fois en présence de fracture comminutive de jambe, dont la consolidation s'effectue souvent vicieusement, a mis le foyer de la fracture à découvert et, après avoir enlevé toutes les esquilles, a bourré la plaie de gaze iodoformée. Bien qu'il n'ait pas fait de suture entre les fragments, il a obtenu un résultat meilleur que s'il n'avait pas nettoyé la plaie de ses caillots et de ses esquilles.

M. CHAMPIONNIÈRE, ayant une certaine expérience de la suture osseuse, déclare qu'il est porté à en étendre les indications. Elle réussit certainement là où l'on échouerait avec les appareils; toutefois, il n'est pas d'avis de la trop généraliser. Dans les observations de M. Roux, M. Championnière a été frappé de la longue durée qui a été nécessaire pour arriver à la guérison. Il est probable que, dans ces cas, il y a eu quelques fautes de technique.

En ce qui concerne les pseudarthroses, dont l'interposition musculaire n'est pas la seule cause, il a noté qu'elles s'accompagnent ordinairement d'un cal misérable et insuffisant, bien qu'il y ait quelquefois des exceptions. Dans une fracture de jambe, après avoir suturé les os, il les a entourés à ce niveau d'une sorte de virole métallique analogue à celle que l'on applique sur les fragments d'un tuyau de pipe brisé.

M. NÉLATON rappelle que son rapport avait principalement pour but d'exposer les opinions de M. Roux, non pas au sujet de toutes les fractures graves, mais au sujet des fractures difficiles à contenir.

Il ne nie pas l'interposition musculaire comme agent

d'irréductibilité; il en a vu un exemple et, sur les six observations de M. Roux, elle est notée quatre fois.

Quant à la suture osseuse, il la croit propre à rendre de grands services et à prévenir des difformités bien souvent constatées à la suite du traitement par les appareils.

La séance est levée.

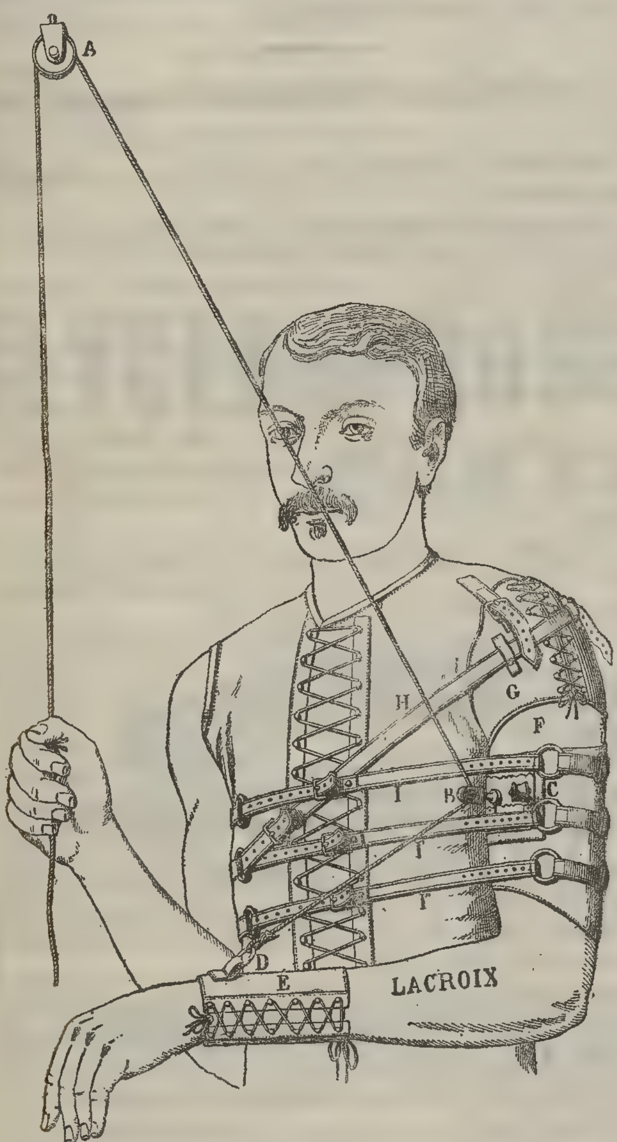
INSTRUMENTS ET APPAREILS

Appareil de mobilisation du coude.

Par le docteur LEJARS,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

J'ai fait construire l'appareil que voici, et je m'en suis servi utilement dans les raideurs articulaires du coude, à la suite des résections et après le redressement de certaines ankyloses fibreuses.



Il se compose essentiellement de deux parties : l'une est destinée à fixer le bras au tronc et à immobiliser l'épaule; l'autre sert à la mobilisation proprement dite du coude.

On sait, en effet, que tout essai d'assouplissement est illusoire, si le bras et l'épaule ne sont préalablement fixés et ne prennent aucune part au mouvement.

L'appareil comprend donc : 1° un filet, qui s'adapte exactement au thorax, se lace en avant et sur les deux épaules, et porte, sur sa moitié opposée au coude malade, trois boucles antérieures et trois boucles postérieures;

2° Une épaulière en cuir, lacée en haut et en dehors, rattachée par deux courroies à la partie correspondante du gilet, et solidement appliquée sur l'épaule par une grande courroie oblique, qui vient se fixer, en avant et en arrière, à la boucle moyenne du gilet, et entrave tout mouvement d'ascension;

3° Une gaine brachiale, qui porte en dehors six boucles, sur deux rangées verticales, et, en avant, une plaque métallique, qui sert de support à deux poulies, mobiles en tous sens sur leur pied;

4° Un bracelet, qu'on fixe autour du poignet, et qui, lui aussi, porte en avant deux boucles métalliques.

Le fonctionnement de l'appareil est de conception aisée. Une série de courroies transversales, reliant en avant et en arrière les boucles de la ceinture à celles de la gaine brachiale, appliquent fortement le bras au tronc et l'immobilisent, pendant que l'épaule est elle-même fixée par son épaulière.

Un double cordonnet, attaché aux boucles du bracelet, se réfléchit autour des poulies pré-brachiales, et vient passer sur une autre poulie adaptée au barreau supérieur d'un lit, à une porte, et, pour redescendre jusqu'à la hauteur de la main saine. Toute traction exercée par cette main se transmet au levier antibrachial et détermine la flexion, flexion passive ; puis l'extension active se fait par le biceps tout seul, pendant que la main saine, cédant peu à peu, modère la résistance qui lui est opposée et règle ainsi le travail qu'il doit fournir. Le plus simple est encore d'adapter à l'extrémité du cordonnet un poids que l'on gradue : il produit la flexion passive et la maintient et, pour étendre l'avant-bras, le biceps est tenu de le soulever et de déployer ainsi un effort qu'on peut mesurer en quelque sorte et accroître régulièrement. On pourra, du reste, varier les dispositions. Ou, par exemple, attacher l'extrémité du cordonnet à une planchette, actionnée par le pied, comme celle du rémouleur : de cette façon, c'est le pied qui fléchit l'avant-bras, et qui résiste quand l'avant-bras s'étend. En général, les malades s'intéressent vite à ces manœuvres, et l'on sait de quel prix est la bonne volonté, dans ces exercices de mobilisation articulaire.

En somme, l'appareil a pour but : de bien localiser au coude tous les efforts, de combiner la flexion mécanique forcée à l'extension volontaire, la gymnastique active à la gymnastique passive.

Si l'on fixe le cordonnet à l'un des anneaux antibrachiaux et qu'on le fasse passer sur la poulie opposée, au bras (anneau radial et poulie interne, ou vice-versa), on obtient, avec le mouvement de flexion et d'extension, des mouvements de pronation et de supination de l'avant-bras, et la mobilisation articulaire du coude est alors complète.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie de maître Henri de Mondeville [traduction française (1)], par E. NICAISE.

M. Nicaise est non seulement un chirurgien des plus estimés, c'est aussi un historiographe des plus érudits et des plus compétents. Déjà, en 1890, il a publié une édition de la « Chirurgie de Guy de Chauliac », puis successivement divers travaux sur la chirurgie du moyen âge. Aujourd'hui, il donne une traduction de l'œuvre de Henri de Mondeville, le plus ancien auteur français qui ait écrit un traité de chirurgie.

(1) Gr. in-8°. Prix : 28 francs. — Paris, F. Alcan.

Mondeville est né pendant la deuxième moitié du XIIIe siècle, et vécut sous le règne de Philippe le Bel dont il était le chirurgien. Venu à une époque où l'ignorance et la superstition étaient grandes, il faisait partie de cette élite de novateurs ardents qui étonnent par leur hardiesse et leur originalité. Henri de Mondeville est un apôtre fervent du libre examen et de l'évolution progressive de la science.

En chirurgie, il fut un véritable précurseur et, malgré la plus vive opposition, il professa une doctrine nouvelle sur le traitement des plaies, doctrine qui devait attendre 600 ans avant de triompher!

Chose curieuse, la première édition latine de Henri de Mondeville ne date que de deux années à peine et la traduction de M. Nicaise est le premier ouvrage français que nous possédions. Dans son introduction, M. Nicaise nous fait voir ce qu'était la chirurgie au XIVe siècle, et comment elle s'enseignait. Au milieu de cet amas d'erreurs et de préjugés qui constituait la doctrine chirurgicale officielle, ce n'est pas sans quelque surprise qu'on lit cette opinion de Mondeville, soutenant que la formation du pus n'est pas nécessaire à la cicatrisation des plaies, opinion qui, pour beaucoup, passe pour une conquête de la chirurgie contemporaine. Le chirurgien de Philippe le Bel employait et préconisait les pansements au vin, non pas d'une façon aveugle et empirique, mais pour éviter la formation du pus. Il défendit sa doctrine dans ses écrits, les premiers que nous possédions sur la chirurgie. Mais ce ne fut pas sans peine qu'il réussit dans ses desseins. Voici ce qu'il écrivait :

« Nous avons enduré bien des dédains et des paroles honteuses, de la part du peuple et, de la part de nos confrères, les chirurgiens, bien des menaces et des périls de certaines personnes et des médecins. Tous les jours et à chaque nouveau pansement, nous avons supporté des discussions et des paroles si violentes, qu'à demi vaincu et fatigué de tant d'opposition, nous avions presque renoncé à ce traitement et nous l'eussions complètement abandonné sans l'appui du sérénissime comte de Valois. Mais ce prince nous est venu en aide, ainsi que quelques autres personnages qui nous avaient vu, dans les camps, soigner les plaies suivant cette méthode. De plus, nous étions soutenu par la vérité : mais, si nous n'avions été fort en la foi, renommé auprès du roi, médecin royal et quelque peu lettré, il nous eût fallu nécessairement abandonner ce traitement. »

Avec sa méthode de pansement, Mondeville supprima quelquefois toute suppuration, mais, en somme, il la diminua le plus souvent ; la guérison fut rapide, facile et les pansements rares.

Il résume ainsi son traitement : « Ne pas sonder les plaies, enlever les corps étrangers, réunir les lèvres des plaies autant que possible et suturer, si c'est nécessaire, fomenter ensuite avec du vin chaud et dessécher avec des étoupes exprimées comme nous l'avons exposé plus haut, appliquer l'emplâtre étendu sur une pièce d'étoffe et le recouvrir avec des étoupes trempées dans du vin chaud et exprimées, placer ensuite les bandes suivant les règles de l'art. »

Mondeville, dans le traitement des plaies, recommande d'arrêter immédiatement l'écoulement du sang, de ne pas les sonder ou du moins exceptionnellement, de ne pas y mettre de tentes, mais au contraire de les réunir et de les suturer. Pour lui, comme au début de la période antiseptique actuelle, le contact de l'air était néfaste pour les plaies.

Ecoutons les préceptes que donne Mondeville au sujet des plaies du gros intestin : On suturera la plaie du gros intestin avec de la soie par des points très serrés et comme les pelletiers cousent les peaux, on fomentera avec du vin chaud, on desséchera, on mettra de la poudre rouge cicatrisative ; puis on réduira l'intestin de façon qu'il reste près du péritoine, sur les autres intestins, si possible, et aussitôt après on suturera la plaie extérieure de la paroi, de peur que l'air, qui est suppuratif et froid, n'amène la suppuration dans le ventre et de la douleur et torsion des intestins. J'ai vu, dit-il, des plaies de ce genre, qui avaient été immédiatement fermées et recousues d'après la méthode des modernes, guérir en très peu de temps, sans douleur, avec un seul pansement ; tandis que des malades semblables, traités par la méthode des anciens, avaient le ventre rempli de pus et mouraient.

Ce fait n'a pas besoin de commentaires.

Le livre de Mondeville étant resté inédit, on comprend que cette période de la chirurgie soit restée inconnue pour nous.

Merci donc à M. Nicaise d'avoir mis son talent incontesté de chercheur et d'historien à cette vulgarisation de la chirurgie du moyen âge. Son travail a été considérable ; souvent il a dû être aride ; mais la satisfaction de l'auteur a dû être grande lorsqu'il a pu, ses matériaux rassemblés, jeter un coup d'œil sur l'ensemble de son ouvrage et en apprécier la haute valeur historique. A. R.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêtés ministériels, en date des 15, 22 et 23 juin 1894, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Morat, Teissier et Tripier, professeurs à la Faculté de médecine de Lyon.

Officiers d'Académie. — MM. Lascoux, médecin à Souillac ; — Chamdelux et Sabatier, agrégés libres de la Faculté de médecine de Lyon ; — Lannois et Roux, agrégés près la Faculté de médecine de Lyon ; — Reboul, ancien chef de travaux à la Faculté de médecine de Lyon.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — MM. Beauvisage, agrégé d'histoire naturelle, et Didelot, agrégé de physique, sont maintenus en exercice pour une période de trois ans, du 1er novembre 1895 au 1er novembre 1898.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Guérin, agrégé de chimie, est maintenu en exercice pour une période de trois ans, du 1er novembre 1895 au 1er novembre 1898.

— M. le docteur Jacques est institué pour une période de neuf ans chef des travaux anatomiques à la Faculté de médecine de Nancy, en remplacement de M. Nicolas, appelé à d'autres fonctions.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Fillion est nommé préparateur d'anatomie pathologique et de bactériologie, en remplacement de M. Rabineau, dont le temps d'exercice est expiré.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 76. — SAMEDI 30 JUIN 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 30 JUIN 1894. — N° 76.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le groupe médical au Parlement. — Les sénateurs et députés exerçant ou ayant exercé la médecine, se sont réunis et ont décidé de se constituer en groupe.

Le bureau a été ainsi formé : président d'honneur, M. Berthelot, sénateur ; président, M. Léon Labbé, sénateur ; vice-présidents, MM. Cornil, sénateur et Lannelongue, député ; secrétaires, MM. Dellestable, sénateur, et Pédebidou, député ; questeur, M. Guéneau, député.

M. Léon Labbé, qui fait partie de la commission sénatoriale de l'armée, a entretenu la réunion de la question du service militaire des étudiants en médecine. Il a fait connaître qu'il avait déposé un rapport concluant, après entente avec le ministre de la guerre, à ce que la limite d'âge des étudiants en médecine, astreints au service militaire, soit portée de vingt-six à vingt-sept ans.

— *Société de chirurgie.* — M. le président a levé la séance en signe de deuil.

— La Société médico-psychologique inaugurera solennellement, le dimanche 7 juillet, à quatre heures du soir, à l'hospice de la Salpêtrière, les deux bustes des deux célèbres aliénistes Baillarger et J.-P. Falret.

— L'administration des chemins de fer de l'Etat bavarois vient de mettre en service, sur les lignes de son réseau, un nouveau modèle de wagon-hôpital permettant, en cas d'accident, de transporter rapidement, sur le point où il s'est produit, les médecins et le matériel nécessaires pour les premiers soins à donner aux blessés. Ces wagons, qui peuvent recevoir dix blessés, feront en temps de guerre partie des trains sanitaires.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Audibert et Tavernier (de Lyon), Dufour (de Montluçon), Gundelach (de Paris), Lemoyne (d'Audierne) et Vallat (de Marcillac-la-Croisille).

— M. le docteur A.-J. Martin donnera sa prochaine conférence pratique du cours d'hygiène sociale, le dimanche 1er juillet 1894, à l'école de la rue de la Cour-des-Noues (derrière le Père-Lachaise), à neuf heures et demie très précises du matin.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fête nationale, 14 juillet 1894.* — A l'occasion de la Fête nationale du 14 juillet 1894, la Compagnie d'Orléans étendra comme suit la durée de validité des billets aller et retour à prix réduits, prévus par son tarif spécial G. V. n° 2 :

1° Les billets délivrés à toutes les gares du réseau pour Paris, du samedi 7 juillet inclus au dimanche 15 juillet inclus, seront valables pour le retour, jusqu'aux derniers trains partant de Paris le mardi 17 juillet ;

2° Les billets délivrés du jeudi 12 juillet au dimanche 15 juillet, ces deux jours inclus, de Paris pour toutes les gares du réseau et de toutes les gares du réseau entre elles, dans les limites fixées par ledit tarif, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 16 juillet.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle sera supérieure à celle ci-dessus fixée.

THÈSES
SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

222. M. BAZENERYE. Étude clinique sur la syphilis nasale acquise. — 223. M. PAQUET. Association de la rougeole et de la scarlatine. — 224. M. BONNELIÈRE. Contribution à l'étude clinique de la grippe. Grippe à déterminations multiples. — 225. M. MICHEL. Tuberculose pulmonaire des vieillards. — 226. M. TRAMOND (Evangeli). Quelques particularités sur le fémur. — 227. M. SABOURAUD. Les tricophyties humaines. — 228. M. TARDIF. Les anastomoses viscérales sans sutures. — 229. M. DUFOUR. La pathogénie capsulaire de la maladie bronzée. — 230. M. TURNER. La dilatation des bronches et l'artério-sclérose. — 231. M. MOLINIE. L'asthme des foins et le coryza spasmodique. — 232. M. DURAND. Sur un cas de mort causée par l'électricité industrielle. — 233. M. BUGNOT. Nouvelles considérations sur la greffe dentaire. — 234. M. DESESQUELLE. Des phénolates mercuriques et de certains de leurs dérivés. — 235. M. PAGES. Coïncidence des kystes de l'épididyme et de l'hydrocèle. Considérations cliniques et thérapeutiques. — 236. M. CHAILLOUX. Étude sur la hernie épigastrique et son traitement. — 237. M. ARRIZABALAGA. Du traitement des rétro-déviations utérines. — 238. M. CHATENAY. Les réactions leucocytaires vis-à-vis de certaines toxines. — 239. M. DOMINICI. Des angiocholites et cholécystites suppurées. — 240. M. TOURNUS DES GONNETS. Contribution à l'étude des plaies du testicule. — 241. M. QUEVEDO. De l'hallus valgus (orteil en équerre, en croix ou clinodactyle) et de son traitement chirurgical. — 242. M. CHARPENTIER. De la grippe et de ses complications. — 243. M. MANGIN. Contribution à l'étude du goitre puerpéral. — 244. M. JAY. Des injections intra-trachéales de menthol dans la tuberculose pulmonaire. — 245. M. JOUITTEAU. Troubles congestionnels cardiaques d'origine gastro-hépatique. — 246. M. LORIDANT. Contribution à l'étude du traitement indirect des salpingites. — 247. M. MORANGE. Étude sur la hernie musculaire.

REVUE GÉNÉRALE

Le tremblement dans les affections du système nerveux.

Par le docteur E. Arnould,
Médecin aide-major de première classe.

Le tremblement est un symptôme qui se rencontre, en pathologie, à peu près exclusivement dans les affections du système nerveux ou du moins dans les maladies où le système nerveux est plus ou moins lésé. Dans ces divers états, tantôt il figure au premier rang dans le tableau clinique, acquérant, grâce à certains caractères spéciaux, une valeur diagnostique de premier ordre, tantôt, au contraire, il n'est plus qu'un symptôme dont l'importance est assez secondaire, bien qu'elle ne soit jamais négligeable. Dans quelques cas, enfin, il semble être le seul trouble appréciable présenté par les malades : c'est un tremblement *essentiel*, constituant à lui seul une maladie, une névrose.

Nous nous proposons ici d'étudier le tremblement, d'abord dans les affections organiques du système nerveux central et dans les névroses, puis, très brièvement, dans quelques intoxications où, sans doute, le poison ne détermine le tremblement qu'en agissant sur l'appareil nerveux.

I

LE TREMBLEMENT DANS LES AFFECTIONS ORGANIQUES DU SYSTÈME NERVEUX CENTRAL

1° Lésions cérébrales en foyer. — Nous ne décrirons pas ici la trépidation épileptoïde ou phénomène du pied qui s'observe chez les malades atteints de contracture consécutive à des lésions cérébrales en foyer. Bien que la trépidation épileptoïde ait été considérée souvent comme une forme du tremblement, dont elle se rapproche en effet par de nombreux caractères, nous croyons cependant qu'elle est beaucoup trop étroitement liée à l'exagération des réflexes en général, pour qu'il n'y ait pas là un motif suffisant de la distinguer tout à fait du tremblement. Celui-ci, en effet, n'a le plus souvent rien à voir avec l'exagération des réflexes.

Nous ne nous arrêterons pas davantage aux hémi-tremblements præ ou post-hémiplégiques signalés par Grasset, Demange, Bernheim et dont M. Ricoux (1), puis M. Bidon (2), dans une excellente revue, ont fait une étude d'ensemble. Avec Charcot (3), nous croyons qu'on aurait tort de voir dans ces hémi-tremblements autre chose qu'une variété d'hémichorée symptomatique, et qu'il faut se garder de se laisser entraîner, par des ressemblances cliniques plus ou moins grossières, à confondre ces phénomènes avec des formes de tremblement.

On peut se demander enfin s'il convient de considérer comme du tremblement proprement dit ce qu'on a appelé le *tremblement simple des hémiplégiques*, qui apparaît chez des hémiplégiques atteints de contracture, qu'on met en évidence en faisant par exemple maintenir l'extension du bras. Il faut avouer que ce phénomène, signalé notamment par MM. Jaccoud (1), Fernet (2) et Raymond (3), paraît aujourd'hui assez difficile à séparer du groupe de ceux qu'on décrit sous le nom d'hémichorée symptomatique.

Le tremblement vrai serait donc assez rarement observé dans les lésions cérébrales en foyer. Il en existe cependant quelques observations. Il s'agit ordinairement de malades atteints de tumeurs cérébrales. Encore est-ce en pareil cas un symptôme rare, puisque Ball et Krishaber (4) ne le signalent que 7 fois dans une statistique comprenant 185 cas. Citons la belle observation de ce genre, rapportée par M. Dutil (5) dans sa thèse.

MM. Blocq et Marinesco (6) ont observé un tremblement qui ressemblait à celui de la paralysie agitante dans un cas de tumeur du pédoncule cérébral. Charcot avait recueilli des faits analogues ; mais chez ses malades comme chez ceux de Mendel (7), il ne s'agissait que de tremblement intentionnel.

2° Lésions du cervelet. — Le tremblement paraît être ici plus rare encore que dans les lésions cérébrales. Cependant Pierret, Meynert, Andral, Schultze ont observé du tremblement intentionnel dans des cas de sclérose cérébelleuse. MM. Royet et Collet (8), qui citent ces faits, rapportent une observation analogue. Chez leur malade, le tremblement était très semblable à celui de la sclérose en plaques ; et comme il peut s'y joindre parfois de l'exagération des réflexes, de la trépidation épileptoïde, du nystagmus et des troubles de la parole, on comprend qu'on puisse se croire en présence d'un cas de sclérose en plaques. La démarche titubante, l'incoordination qui rend les mouvements des membres supérieurs si maladroits, feront faire le diagnostic d'affection cérébelleuse.

3° Sclérose en plaques. — Le tremblement de la sclérose en plaques est le type du tremblement intentionnel. Il ne se produit, en effet, qu'à l'occasion des mouvements volontaires. L'étendue du mouvement, l'émotion l'exagèrent : aussi Charcot a-t-il souvent recommandé, pour le mettre en évidence chez un malade soupçonné d'être atteint de sclérose en plaques, d'engager le sujet en observation à porter à sa bouche un verre plein d'eau ; l'étendue du mouvement, la crainte de renverser le contenu du verre, déterminent dans tout le membre supérieur de grandes oscillations qui, au contraire, seraient à peine accusées dans de petits mouvements tels que ceux que nécessite la couture, par exemple.

Les oscillations du tremblement de la sclérose en plaques sont assez lentes : cinq à sept par seconde, au plus. Leur amplitude fait qu'à la simple vue elles paraissent avoir un rythme plus rapide ; de même si elles semblent se précipiter quand le malade arrive près du but visé, c'est que leur amplitude augmente. Ces caractères sont parfaitement évidents sur les tracés.

---

(1) Ricoux. *Des hémi-tremblements præ et post-paralytiques*, Th. de Nancy, 1882.
(2) Bidon. Essai sur l'hémichorée symptomatique des affections cérébrales, *Rev. de méd.*, 1888.
(3) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, t. I, p. 571.

(1) Jaccoud. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Encéphale.
(2) Fernet. *Des tremblements*, Th. d'agrég., 1872.
(3) Raymond. *Étude sur l'hémichorée, l'hémi-anesthésie et les tremblements symptomatiques*, Th. de Paris, 1876.
(4) Ball et Krishaber. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Cerveau.
(5) Dutil. *Étude sur les tremblements hystériques*, Th. de Paris, 1891.
(6) Blocq et Marinesco. Soc. de biol., 27 mai 1893.
(7) Mendel. Soc. de méd. de Berlin, 3 juin 1885, in *Berlin. Klin. Wochens.*, 1885.
(8) Royet et Collet. Sclérose cérébelleuse, *Arch. de neurol.*, 1893.

Il est bon de remarquer que, quelle que soit l'amplitude des oscillations, la direction générale du mouvement persiste : ce qui n'a pas lieu dans la chorée.

Les quatre membres jusqu'à leur racine, le cou et la tête, tremblent dans la sclérose en plaques. Du côté de la tête, on observe du tremblement de la langue, lorsqu'elle est tirée hors de la bouche — tremblement qui n'est pas responsable des troubles de la parole, ceux-ci pouvant exister en dehors de tout tremblement de la langue — et du *nystagmus*, l'un des principaux symptômes de la sclérose en plaques. Ce dernier phénomène n'est probablement pas autre chose que du tremblement localisé aux muscles moteurs du globe oculaire et mis en relief par les oscillations de ce globe. Le nystagmus revêt souvent un caractère intentionnel : il n'apparaît que si le malade fixe un objet, ou même a besoin, pour être provoqué, que le globe oculaire se porte dans une de ses positions extrêmes. Les oscillations du nystagmus sont ordinairement horizontales, quelquefois verticales.

Le tremblement de la sclérose en plaques est souvent moins prononcé d'un côté que de l'autre. Il est ordinairement plus accusé dans les membres supérieurs qu'ailleurs, et c'est là aussi qu'il manque le moins : car nous devons rappeler que, dans certains cas de sclérose en plaques constituant quelques-unes des formes atypiques ou frustes de cette affection, on ne rencontre pas de tremblement. Souvent il existe à une époque de la maladie et disparaît à une autre période. Il va sans dire qu'il disparaît toujours quand, par les progrès de la contracture spasmodique qui forme le fond de presque toute la symptomatologie de la sclérose en plaques, les mouvements deviennent impossibles : alors disparaît aussi le phénomène de la trépidation épileptoïde qui se manifeste longtemps comme symptôme de la contracture, tant que celle-ci est incomplète.

La notion de l'absence de tremblement dans certains cas de sclérose en plaques, ou tout au moins dans certaines périodes de la maladie chez quelques malades, jointe à la connaissance récemment acquise d'un tremblement hystérique figurant absolument celui de la sclérose en plaques, empêche de considérer ce phénomène, malgré les caractères spéciaux que nous venons de décrire, comme pathognomonique de la sclérose en plaques, dont il est cependant un des meilleurs signes.

Quelques auteurs ont décrit dans la sclérose en plaques des oscillations des cordes vocales et ont donné à ce phénomène, qu'ils rapprochent du nystagmus, le nom de tremblement. MM. Royet et Collet (1), qui ont attiré l'attention sur ces faits, ont d'ailleurs vu ces mêmes oscillations dans des cas de sclérose cérébelleuse, entre autres. Il est permis de douter que la qualification de tremblement soit justement appliquée à des secousses fort irrégulières et dont le nombre varie de 60 à 180 par *minute*.

4° Maladie de Friedreich. — Bien que le tremblement soit ordinairement cité dans les descriptions de cette maladie, bien que Charcot (2) l'ait rapproché dans une de ses leçons du tremblement de la sclérose en plaques, il semble, d'après les observations, que ce soit en somme un signe très rare dans la maladie de Friedreich. Peut-être Charcot a-t-il été mieux inspiré dans une autre leçon (1) en montrant que c'étaient les formes frustes de la sclérose en plaques, sans tremblement, qui se rapprochaient le plus, séméiologiquement, de la maladie de Friedreich.

En effet, comme le dit M. Soca (2), quand on examine de près les mouvements involontaires dans la maladie de Friedreich, on s'aperçoit bientôt que ceux-là même qui paraissent à première vue analogues à du tremblement ne sont autre chose que de l'ataxie : la meilleure preuve en est que ces mouvements ne sont pas rythmés. Cependant, dans certains cas de maladie de Friedreich, il y a positivement du tremblement rythmé et M. Soca cite une malade qui présentait des oscillations rythmées de la tête, disparaissant dans le repos complet sur un lit. Voilà qui ressemble bien à du tremblement intentionnel. Mais M. Soca parle aussi de cas, non moins rares à vrai dire, où l'on aurait observé des oscillations rythmées, spontanées et continues.

Le tremblement serait donc très exceptionnel dans la maladie de Friedreich et l'on éprouverait même quelque embarras à déterminer les caractères qu'il peut y revêtir.

D'ailleurs, si le tremblement des membres et de la tête dans la maladie de Friedreich est rare ou même douteux, en revanche il faut reconnaître qu'on y rencontre presque toujours du *nystagmus*.

5° Sclérose latérale amyotrophique. — A côté des nombreuses contractions fibrillaires qu'on observe dans la sclérose latérale amyotrophique, comme dans l'atrophie musculaire progressive, et qui ne peuvent guère donner lieu à un mouvement, M. Gombault (3) signale diverses formes de tremblement dans la maladie de Charcot. D'abord un tremblement latéral des mains apparaissant à l'occasion des mouvements volontaires et qui peut être rapproché jusqu'à un certain point de celui de la sclérose en plaques (4). Puis une « trémulation fine » pouvant accompagner un accès de spasme tonique d'un membre. Rappelons en outre que la trépidation épileptoïde se montre communément dans cette affection où la contracture spasmodique est un des traits saillants du tableau clinique.

Mais, chose bizarre, à côté de ces tremblements à caractère plus ou moins nettement intentionnel, M. Gombault cite un cas où l'on aurait observé des mouvements ondulatoires *incessants* — par conséquent spontanés — des membres inférieurs.

6° Paralysie générale. — Les paralytiques généraux présentent habituellement des troubles des mouvements intentionnels qui paraissent surtout ataxiformes, car il ne s'agit pas là de mouvements rythmés; on observe cette incoordination ataxique soit du côté des membres, soit sur la langue. Chez les mêmes malades, on note aussi que la langue, les lèvres, présentent des secousses fibrillaires : d'où des ondulations non rythmées. Mais, en outre, on décrit dans la paralysie générale un véritable tremblement, c'est-à-dire des oscillations rythmées, au nombre de huit à dix par seconde; ce tremblement est généralisé ou localisé; on le met en évidence en faisant étendre la main au malade,

(1) Royet et Collet. Loc. cit.
(2) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, p. 256.

(1) Charcot. *Idem*, p. 327.
(2) Soca. *La maladie de Friedreich*, Th. de Paris, 1888.
(3) Gombault. *La sclérose latérale amyotrophique*, Th. de Paris, 1877.
(4) Charcot. *Leçons sur les maladies du système nerveux*, 1877, t. III.

mais il existe même à l'état de repos, soit sur les membres, soit du côté des mâchoires (oscillations latérales donnant lieu au grincement des dents) ; les contractions volontaires augmentent seulement l'amplitude des oscillations. Cette amplitude est d'ailleurs généralement assez inégale d'une oscillation à l'autre. M. Chambard (1) a remarqué, sur les tracés du tremblement d'un certain nombre de malades, des groupes, des séries de deux à dix oscillations, d'une amplitude beaucoup plus considérable que celles qui précédaient et qui suivaient ; ces séries tendent à occuper une plus grande partie du tracé lorsque le malade contracte volontairement ses muscles que lorsqu'il est au repos.

Chez quelques paralytiques généraux, le tremblement est unilatéral. Notons que parfois, en même temps que les autres phénomènes somatiques, le tremblement peut prédominer dans le tableau clinique de la paralysie générale, tandis que les phénomènes psychiques sont à peine indiqués.

II

LE TREMBLEMENT DANS LES NÉVROSES

1° ÉPILEPSIE. — A côté du tremblement qu'on a noté depuis longtemps à titre d'*aura* chez les épileptiques, M. Féré (2) a montré que, chez certains de ces malades, ce phénomène pouvait acquérir une plus grande importance. Tantôt il fait partie d'une attaque convulsive dont il ne constitue qu'un épisode ; tantôt il est le seul symptôme convulsif d'un paroxysme avec perte de connaissance. D'autres fois, enfin, il évolue isolément, sans être accompagné de perte de connaissance et forme à lui seul des attaques d'une durée variant de quelques heures à plusieurs jours. Dans ces diverses conditions, le tremblement est d'ailleurs local ou généralisé.

Quand il y a attaque avec perte de connaissance, au lieu de la phase tonique habituelle suivie de convulsions cloniques, il se produit d'emblée une trémulation rapide des membres, du tronc et de la tête. Souvent cette trémulation est plus ou moins localisée et n'apparaît alors que dans des régions qui ne prennent pas part aux convulsions toniques ou cloniques. D'autres fois, elle se produit après ces convulsions. Les attaques où figure du tremblement sont ordinairement plus longues que les autres.

Quand le tremblement ne s'accompagne pas de perte de connaissance, les membres sont d'abord agités par des oscillations de faible amplitude qui deviennent ensuite plus étendues en même temps qu'elles se généralisent aux quatre membres, au tronc, à la tête. On note du claquement des dents. Les oscillations peuvent cependant rester limitées à un groupe musculaire.

Le tremblement dont il s'agit présente sept à dix oscillations par seconde. M. Féré remarque qu'on peut en compter dix à la main au moment où l'on n'en trouve que sept au pied. Le rythme n'offre d'ailleurs aucune particularité.

2° MALADIE DE BASEDOW. — Bien que le tremblement eût été depuis longtemps signalé dans beaucoup d'observations de maladie de Basedow, c'est M. Marie (3) qui, le premier, montra sa présence presque constante dans cette affection et par suite sa valeur pour le diagnostic des formes frustes du goitre exophtalmique.

L'intensité du tremblement est très variable ; tantôt il est si développé et tellement prédominant sur les autres symptômes de la maladie que lui seul attire l'attention ; d'autres fois, le médecin doit le rechercher en mettant le malade dans les conditions où ce tremblement est le plus facilement appréciable. Parfois il n'existe qu'à certaines périodes de l'affection. Quand le tremblement est très accentué, le corps tout entier est agité d'une trémulation continuelle. Il peut s'y ajouter des mouvements fibrillaires très prononcés. D'autres fois, le tremblement est localisé aux extrémités et perceptible surtout dans la main ; M. Marie a remarqué que les doigts, contrairement à ce qui a lieu dans le tremblement alcoolique, ne sont pas animés de mouvements propres, mais semblent seulement entraînés dans les mouvements de totalité de la main. Les oscillations de la main se font surtout dans le sens de la flexion et de l'extension. Le tremblement est aussi facile à apprécier dans les membres inférieurs. Chez les malades assis, on voit souvent le pied agité de mouvements analogues à ceux qu'on observe dans la trépidation épileptoïde telle qu'elle se produit dans le tabes dorsal spasmodique et cependant, comme le dit M. Marie, les réflexes ne sont pas exagérés dans la maladie de Basedow. Le tremblement peut être assez prononcé pour amener beaucoup de gêne dans les mouvements.

Le rythme des oscillations est parfaitement régulier ; mais leur amplitude est très variable ; à ce point de vue, l'ensemble du tracé peut être considéré comme formé par des groupes d'oscillations. Le nombre d'oscillations varie d'un groupe à l'autre ; mais la première moitié de chaque groupe est régulièrement composée d'oscillations d'amplitude graduellement croissante, la seconde moitié d'oscillations d'amplitude graduellement décroissante. Le chiffre des oscillations par seconde va de 8,5 à 9,5.

3° PARALYSIE AGITANTE. — Le tremblement est ordinairement le plus saillant des symptômes de la paralysie agitante. C'est le type du tremblement continu, existant dans le repos complet des muscles, et ne disparaissant que pendant le sommeil. Il est peu ou pas influencé par les mouvements valvulaires ; cependant, au début de l'affection, on le voit cesser, chez bon nombre de malades, pendant l'exécution des mouvements. D'abord limité à un membre, il se généralise ensuite à tout le corps, sauf à la tête, qui ne tremble pas par elle-même, bien que la mâchoire, la langue tremblent souvent : le tremblement apparent de la tête chez les Parkinsoniens, a dit Charcot, est un tremblement communiqué dans l'immense majorité des cas.

Le début du tremblement est variable. Il peut être lent, et les oscillations restent assez longtemps localisées, soit au pied, soit, plus souvent, à la main, où elles impriment aux doigts, légèrement fléchis et rapprochés, des mouvements presque pathognomoniques : le malade semble rouler une boulette entre ses doigts, émietter du pain, etc. Plus tard, le tremblement s'étend peu à peu, observant d'ailleurs certaines règles dans sa progression ; si la main droite a été atteinte d'abord, ce sera ensuite le tour du pied droit, puis de la main gauche, enfin du pied gauche ; l'envahissement croisé est plus rare ; mais souvent, le tremblement est borné à un seul côté du corps (forme hémiplégique) ou aux deux

(1) CHAMBARD. Recherches sur le tremblement et l'ataxie des paralytiques généraux, *Revue scientif.*, 1881.

(2) FÉRÉ. Note sur les attaques de tremblement chez les épileptiques, *Rev. de méd.*, 1891.

(3) MARIE. *Contribution à l'étude des formes frustes de la maladie de Basedow*, Th. de Paris, 1883.

membres inférieurs. Dans d'autres cas, le tremblement débute brusquement, occupant tous les membres ou un seul, à la suite d'une émotion profonde ; il passe ensuite par une série d'amendements et d'exacerbations, jusqu'à ce qu'il s'installe définitivement tel qu'il sera durant le reste de la vie. Parfois, cependant, il s'exagère encore pendant certains paroxysmes plus ou moins passagers et dont les causes restent inconnues. Il s'exagère aussi sous l'influence de l'émotion, et quelquefois très légèrement, pendant les mouvements volontaires.

Les oscillations des Parkinsoniens sont peu amples, très égales, d'un rythme lent et très régulier : on compte quatre à six secousses par seconde.

Pour compléter cette description empruntée à Charcot, mentionnons les troubles de l'écriture et ceux de la parole : ces derniers tenant à la transmission du tremblement du corps, qui rend la parole entrecoupée, ainsi qu'au tremblement fibrillaire de la langue et des lèvres.

Avec le tremblement on note, chez les Parkinsoniens, la coïncidence d'une rigidité spéciale due à une pseudo-contracture, nullement spasmodique.

Dans certains cas, c'est cette pseudo-contracture qui prédomine tout à fait dans le tableau clinique. Le tremblement peut même faire défaut, pendant une période plus ou moins longue de la maladie. Son absence caractérise une des formes frustes ou atypiques de la paralysie agitante, décrites par M. Béchet (1).

Nous devons encore ajouter que Kœnig (2) a signalé, chez certains Parkinsoniens, du tremblement des paupières pendant l'occlusion des yeux, avec des oscillations de faible amplitude, mais régulières, et au nombre de huit à neuf par seconde. Très uniforme chez les Parkinsoniens, ce tremblement s'observerait aussi chez des hystériques, des choréiques : mais alors ses oscillations sont irrégulières et intermittentes.

4° Hystérie. — Le rôle si considérable de l'hystérie dans la genèse d'un grand nombre de cas de tremblements n'est connu que depuis quelques années. On crut d'abord que la grande névrose ne pouvait présenter qu'une forme de tremblement, peu fréquente d'ailleurs, qui constitue dans les *Leçons du Mardi* de Charcot (1888) un groupe intermédiaire entre les tremblements (spontanés) lents et rapides : le nombre de ses oscillations était, en effet, de six à sept par seconde.

Mais, d'une part, M. Letulle (3), au cours de ses études sur l'hydrargyrisme, fut amené à penser que le plus grand nombre, pour ne pas dire la totalité, des cas de tremblement mercuriel, appartenaient à l'hystérie. Cette idée fut exposée dans la thèse de M. Mugnerot (4), où se trouvent réunis les principaux arguments qui plaident en sa faveur : le début parfois brusque du tremblement chez un hydrargyrique, à l'occasion d'une émotion ; la multiplicité des modalités de ce tremblement, les allures bizarres du type le plus habituel, qui le font ressembler, pendant le repos, au tremblement de la paralysie agitante, et pendant les

(1) Béchet. *Les formes de la maladie de Parkinson*, Th. de Paris, 1892.

(2) Kœnig. Société de biologie, 27 mai 1893.

(3) Letulle. Tremblement et paralysie mercurielle, *Arch. de physiol.*, 1887. — Note sur le tremblement mercuriel, *France méd.*, 1888. — Essai sur l'hydrargyrisme professionnel, *Rev. d'hygiène*, 1889.

(4) Mugnerot. *Du tremblement mercuriel*, Th. de Paris, 1889

mouvements, à celui de la sclérose en plaques, tant les oscillations s'exagèrent alors ; ce fait si remarquable que le tremblement d'un seul ouvrier dans un atelier devient contagieux, par suggestion, pour ses compagnons. Enfin, M. Letulle fournissait une preuve péremptoire de la nature du prétendu tremblement hydrargyrique en faisant disparaître ce tremblement par l'emploi des agents esthésiogènes. D'ailleurs, comme l'ont montré Charcot et Dutil, on trouve assez de trembleurs hydrargyriques présentant de l'hémi-anesthésie, des zones hystérogènes et même des attaques, pour que l'existence de l'hystérie ne soit pas douteuse chez eux. On put donc affirmer (Charcot) que le tremblement dit mercuriel était un tremblement hystérique.

D'autre part, on étudiait le tremblement dans l'hystérie d'origine non toxique et M. Rendu (1) attirait l'attention sur la pluralité des formes du tremblement dans cette affection. M. Pitres (2) y insistait également. Désormais, on devait décrire « les tremblements hystériques » ; c'est ce que fit M. Dutil (3), d'après lequel nous résumerons les principales formes de ces tremblements.

Les tremblements hystériques ont rarement un début insidieux ; le plus souvent ils apparaissent subitement après une émotion, un traumatisme, une attaque hystérique plus ou moins complète. Parfois, c'est le tremblement seul qui succède aux phénomènes de l'aura et constitue ainsi une *attaque de tremblement*. Dans quelques cas, enfin, le tremblement se montre tout à coup, sans cause apparente, et reste d'abord le seul symptôme d'hystérie que présente le malade : dans ces conditions, on peut méconnaître sa véritable nature, jusqu'à l'apparition de quelque autre stigmate de la névrose.

Ces tremblements sont généralement partiels, revêtent dans leur distribution les formes hémiplégique, paraplégique ou monoplégique, peuvent même se cantonner à un segment de membre. Leur durée est très variable : ils persistent des années, ou ne se montrent que par accès ; ils peuvent disparaître assez brusquement. L'excitation d'une zone hystérogène suffit souvent à en provoquer le retour.

Quand ces tremblements existent pendant le repos, ils sont parfois assez légers pour qu'on ne puisse les constater qu'en faisant, par exemple, étendre la main au malade. Ils gênent alors peu ou point l'exécution des mouvements volontaires. D'autres fois, ils s'exagèrent tellement pendant ces mouvements, qu'ils peuvent même rendre la marche difficile.

Leur rythme est régulier, mais rien n'est plus variable que sa rapidité ; cependant, les cas les plus nombreux offrent un rythme de vitesse moyenne. Il y a d'ailleurs, dans ce groupe, des tremblements *spontanés* et des tremblements *intentionnels* purs. Pour indiquer mieux encore le polymorphisme extraordinaire de ces tremblements hystériques, ajoutons que, chez un même sujet, on peut observer simultanément ou successivement les formes de tremblement les plus différentes.

Envisageant d'abord toutes ces formes au point de vue de leur fréquence, puis au point de vue de leur caractère

(1) Rendu. Soc. méd. des hôpit., avril 1889.

(2) Pitres. *Progr. méd.*, 1889.

(3) Dutil. *Contribution à l'étude du tremblement hystérique*, Th. de Paris, 1891.

spontané ou intentionnel, M. Dutil résume dans le tableau suivant tous les tremblements hystériques :

1° Tremblements VIBRATOIRES (8 à 9 oscillations par seconde).	Existent au repos. Peu ou pas modifiés par les mouvements volontaires.	Imitent tremblement de la *maladie de Basedow*, de l'*alcoolisme*, de la *paralysie générale*.
2° Tremblements MOYENS (5 1/2 et 7 1/2 oscillations par seconde).	*a*) Tremblement rémittent (type Rendu). Peut exister au repos, mais est très exagéré par les mouvements volontaires.	A été désigné sous le nom de *tremblement mercuriel* (1). Imite le tremblement de la *sclérose en plaques*, mais imparfaitement.
	b) Localisé aux membres inférieurs (forme paraplégique).	Imite la *trépidation épileptoide* des paraplégies spasmodiques.
	c) Tremblement intentionnel pur.	Imite exactement le tremblement de la *sclérose en plaques*.
3° Tremblements LENTS.	Existent au repos. Peu ou pas modifiés pendant les mouvements volontaires.	Imitent la *paralysie agitante* et le tremblement dit *sénile*.

Nous croyons inutile d'entrer dans la description de chacun des tremblements indiqués dans ce tableau; ces descriptions ne seraient que la répétition de celles que nous avons déjà données du tremblement dans différentes affections, et prouveraient seulement combien ces types divers sont exactement imités par l'hystérie. On comprend par suite qu'en présence d'un tremblement quelconque, on doive toujours songer à la possibilité d'une origine hystérique, et se préoccuper d'écarter cette hypothèse par un examen spécial du malade, avant de formuler un diagnostic. C'est presque toujours avec la sclérose en plaques, comme le dit M. Roger (2), qu'il faut faire le diagnostic différentiel : on reconnaîtra l'hystérie, soit par la constatation de quelques stigmates, soit parce que certains symptômes fondamentaux de la sclérose en plaques, tels que les troubles de la parole, les troubles oculaires, le nystagmus, feront défaut. Enfin, certains antécédents, chez le malade examiné, plaideront en faveur de l'hystérie : on n'aura garde de négliger, à cet égard, la notion d'une intoxication antérieure, ou même d'une maladie infectieuse.

Il est probable que bien des tremblements dits « nerveux » et qu'on voit s'installer chez un sujet à la suite d'une grande émotion, sont des tremblements hystériques.

5° NEURASTHÉNIE. — En dehors des secousses fibrillaires, qu'on observe dans la neurasthénie, il n'est pas rare de rencontrer du tremblement chez certains neurasthéniques [Bouveret (3), Mathieu (4)]. Il semble bien que très souvent il s'agisse d'hystéro-neurasthénie; mais on observe aussi du tremblement dans cet état d'épuisement nerveux, qui suit une violente émotion et marque parfois le début d'une neurasthénie à laquelle il ne se mêle jamais rien d'hystérique.

(1) Nous nous permettons de modifier ici le tableau de Dutil sur lequel on lit que cette forme de tremblement « imite parfaitement le tremblement mercuriel ». En 1892, Charcot s'est définitivement prononcé en faveur de la nature du tremblement hystérique de tous les tremblements dits mercuriels.

(2) ROGER. Du tremblement hystérique, *Semaine méd.*, 1893, n° 66.

(3) BOUVERET. *La neurasthénie*, 1891.

(4) MATHIEU. *Neurasthénie* (Biblioth. méd. Charcot-Debove), 1892.

Le tremblement en question est menu, à oscillations égales, rapides (près de dix par seconde, d'après Dana); son aspect général rappelle le tremblement de la maladie de Basedow. Il survient d'habitude par accès, sous l'influence d'une émotion, d'une fatigue légère : dans ce dernier cas, il semble bien en rapport avec l'épuisement nerveux qui caractérise la neurasthénie. En effet, la même fatigue n'occasionnerait rien de pareil chez un sujet sain.

6° TREMBLEMENT HÉRÉDITAIRE. — Fernet paraît être le premier auteur qui ait remarqué que le tremblement était héréditaire dans certaines familles : beaucoup de cas de tremblement dit « nerveux » ont, d'après lui, cette origine. Charcot parle de ces faits, dans ses *Leçons du Mardi* (1888). MM. Debove et J. Renault (1) donnent ensuite des observations intéressantes de ce tremblement héréditaire. M. Raymond (2) en a fait une étude d'ensemble, reproduite dans la thèse de M. Hamaïde (3).

Il s'agit d'un tremblement essentiel; c'est à dire qu'il constitue le seul trouble appréciable à l'examen du malade. Dans un cas observé par M. Raymond, il y avait du tremblement spontané dans les membres supérieurs; tandis que les membres inférieurs paraissaient ne présenter que du tremblement intentionnel. D'ailleurs, les oscillations des membres supérieurs s'accentuaient dans les mouvements voulus; elles devenaient très visibles quand le malade étendait la main en écartant les doigts; ceux-ci, cependant, ne tremblaient pas individuellement. Quand le malade porte un fardeau, ou serre fortement un objet, l'amplitude des oscillations augmente et leur rythme s'accélère un peu.

Ce rythme est assez variable d'un cas à l'autre. Tandis que MM. Debove et Renault comptent huit à neuf oscillations par seconde, ainsi que Dana, M. Raymond n'en observe pas plus de quatre à cinq.

Au reste, le tremblement essentiel héréditaire parait susceptible d'offrir des modalités assez différentes. Le malade de M. Raymond présente du tremblement au repos, tandis qu'on ne note que du tremblement intentionnel dans la plupart des autres cas. M. Raymond a constaté qu'il n'y avait pas de tremblement de la tête, de la face, des lèvres ni des paupières : au contraire, les malades de MM. Nagy, Debove et Renault ont du tremblement de ces régions. Chez un malade de Rubens il semble même que le tremblement ait débuté par la tête pour s'étendre ensuite aux membres. Tantôt les boissons exagèrent le tremblement, tantôt elles n'ont pas d'action sur lui.

Ce qui paraît bien établi dans tous les cas rapportés jusqu'à présent, c'est que le tremblement est généralement le seul symptôme observable chez les malades en question (à part une certaine « nervosité » chez quelques-uns), et qu'il est héréditaire. Citons comme très remarquable l'observation due à Dana de 59 trembleurs dans une famille, et celle de Nagy, qui porte sur 19 trembleurs dans une famille de 41 personnes. Le tremblement héréditaire se manifeste souvent à peu près à l'époque de la puberté.

L'impossibilité de rattacher ce tremblement à des lésions organiques du système nerveux ou à une intoxication, l'ont fait considérer comme une névrose.

(1) DEBOVE et J. RENAULT. Soc. méd. des hôpit., 3 juillet 1891.

(2) RAYMOND. Le tremblement essentiel héréditaire, *Bull. méd.*, 1892, n° 18.

(3) HAMAÏDE. *Du tremblement essentiel héréditaire*, Th. de Paris, 1893.

M. Raymond accepte volontiers l'idée qu'il pourrait exister une filiation entre certains cas de tremblement héréditaire, la neurasthénie et la dégénérescence mentale. Cette opinion paraît jusqu'à présent se fonder sur un trop petit nombre d'observations, pour qu'on puisse se prononcer à son sujet.

7° Le tremblement dit sénile. — On décrivait autrefois, chez les vieillards, un tremblement occupant les muscles de la nuque et du cou, et souvent aussi les membres supérieurs. La tête et les membres supérieurs branlaient dès que ces parties n'étaient plus au repos et appuyées, dès que l'action musculaire entrait en jeu pour les soutenir. Il s'agissait d'un tremblement de rythme lent, à oscillations très égales pendant toute la durée de l'effort ou du mouvement. Ce qu'il y avait de plus caractéristique dans le tableau de ce tremblement sénile, était le branlement horizontal ou vertical de la tête. On notait aussi du tremblement de la mâchoire inférieure, de la langue. Rarement les membres inférieurs étaient atteints, plus rarement encore le tremblement était généralisé.

Trousseau, Charcot, tout en reconnaissant l'existence de ces phénomènes chez certains vieillards, protestèrent contre la fréquence qu'on leur attribuait. Demange (1), qui en donne une description détaillée, se range à cet avis. Bourgarel (2) montre, dans une statistique, qu'à la Salpêtrière on trouve du tremblement sénile chez 2 vieillards sur 100 tout au plus. D'autre part, les mêmes auteurs ont fait remarquer que, chez un grand nombre de ces vieillards, le tremblement datait de l'âge adulte ou même de la jeunesse.

Qu'est-ce donc que ce tremblement qui ne relève pas de la sénilité, mais peut débuter à tout âge? Il n'est en relation ni avec une affection organique du système nerveux, ni avec une intoxication. Il ne peut être question non plus de paralysie agitante. Mais nous croyons que l'étude des autres tremblements-névroses faite dans ces dernières années peut servir à éclairer l'étiologie de la plupart de ces prétendus tremblements séniles et peut-être pourrait-on disloquer ce groupe pour en répartir presque tous les cas, parmi les tremblements-névroses et notamment dans le tremblement héréditaire. Demange note que, dans quatre cas sur six de tremblement dit sénile, il a trouvé une filiation héréditaire bien nette, le tremblement remontant parfois à plusieurs générations. Charcot (3), de son côté, indique que le tremblement sénile lui paraît se rapprocher beaucoup de certains cas de temblement héréditaire à oscillations lentes (type du malade de Raymond). Charcot ajoute que la question de savoir si les deux tremblements ne se confondent pas « serait à peu près décidée si le tremblement de la tête venait s'associer au tremblement des mains, de très bonne heure, chez un certain nombre d'individus appartenant à une même famille ». Or, nous avons vu qu'on a même observé le début d'un tremblement héréditaire par la tête (malade de Rubens). Voilà l'argument que réclamait Charcot : il rend peut-être à peu près inutile la création, à laquelle incline Demange, d'une névrose spéciale pour expliquer le tremblement dit sénile.

Quant à certains tremblements n'atteignant que peu ou pas la tête et rangés par exclusion, comme le dit Bourgarel, dans le tremblement sénile, parce qu'on ne savait à quelle affection les rattacher et que les malades étaient âgés, nous ne serions pas surpris qu'ils fussent attribuables à l'hystérie. (Observations 41, 45 et 47 de Bourgarel.)

(1) Demange. Le tremblement sénile, *Rev. de méd.*, 1882.

(2) Bourgarel. *Quelques réflexions sur le tremblement sénile*, Th. de Paris, 1887.

(3) Charcot. *Leçons du mardi*, 1888, p. 566.

III

LE TREMBLEMENT DANS LES INTOXICATIONS

Après avoir étudié le tremblement dans les affections du système nerveux, nous terminerons cette Revue en indiquant ses principaux caractères dans quelques intoxications, et, dans un autre chapitre, dans quelques infections qui déterminent le tremblement soit en produisant des lésions organiques du système nerveux, soit en éveillant une névrose. La conception de ce dernier mécanisme, l'idée aujourd'hui admise que certains tremblements dits toxiques ne relèvent pas directement de l'intoxication, mais sont symptomatiques d'une névrose due à cette intoxication, a amené le démembrement du groupe jadis fort important des tremblements toxiques. On en a retranché d'abord le tremblement mercuriel, qui n'est plus considéré que comme une forme du tremblement hystérique. Il semble bien qu'il faut attribuer la même origine au tremblement d'ailleurs extrêmement rare des saturnins, ainsi qu'à celui qu'on a noté exceptionnellement dans l'empoisonnement par le sulfure de carbone.

Enfin, même dans les intoxications qui semblent généralement pouvoir déterminer du tremblement en dehors de toute névrose, dans l'alcoolisme par exemple, on ne devra jamais oublier que la névrose peut cependant exister chez certains malades et être alors la cause immédiate du tremblement. Le grand fait que tout poison est capable d'être agent provocateur de névrose, et spécialement d'hystérie, doit rendre suspect tout tremblement chez un intoxiqué.

1° Tremblement alcoolique. — La constance de ce phénomène chez les alcooliques est une preuve en faveur de son origine toxique. Il existe dans l'alcoolisme aigu, mais surtout dans l'alcoolisme chronique où il se montre de très bonne heure. Au début, toutefois, il est volontiers intermittent; il se manifeste seulement le matin, quand le malade n'a pas encore pris d'alcool; au reste, c'est toujours à ce moment que le tremblement alcoolique s'accusera davantage, même lorsqu'il sera devenu permanent.

Il se compose d'oscillations rapides, 8,5 à 9,5 par seconde, très peu amples, peu ou point visibles quand les membres sont au repos. Elles siègent d'abord aux mains et se révèlent à la vue ou au toucher surtout quand le malade écarte les doigts : les doigts tremblent individuellement. Les bras, les jambes, les lèvres et la langue offrent plus tard le même tremblement.

Ces petites oscillations gênent peu l'accomplissement des mouvements volontaires; cependant, l'écriture est tremblée. A une période avancée de l'intoxication, le tremblement est entrecoupé de grandes secousses convulsives qui troublent singulièrement les mouvements voulus.

2° Tremblement des morphinomanes. — Ce tremblement, étudié par Jouet (1), occupe surtout les mains et quelquefois la langue. Si l'on fait étendre le bras au malade et qu'en

(1) Jouet. *Étude sur le morphinisme*, Th. de Paris, 1883.

même temps il écarte les doigts, le tremblement devient très net. Il semble se composer surtout de mouvements de torsion du bras sur lui-même, comme s'il se faisait des contractions alternatives des muscles supinateurs et pronateurs. Le rythme en est régulier. Les oscillations, considérées au point de vue de leur étendue, se groupent par séries de 5 à 6 oscillations d'amplitude croissante pour les 2 ou 3 premières, décroissante pour les 2 ou 3 suivantes, chacun de ces groupes étant intercalé à intervalles réguliers dans des séries d'oscillations dont l'amplitude est médiocre et égale d'une oscillation à l'autre.

Jouet remarque que la ligne d'ascension et la ligne de descente de chaque oscillation se réunissent à angle aigu, tandis que dans le tremblement alcoolique ces deux lignes s'unissent plutôt par un arc de cercle.

Il y a cependant plus d'une analogie entre le tremblement des morphinomanes et le tremblement alcoolique; ne serait-ce, comme l'observe Charcot (1), que dans ce fait que l'un et l'autre se montrent surtout quand le besoin du poison habituel se fait sentir. D'ailleurs, Jouet lui-même avoue que les malades étant souvent à la fois morphinomanes et alcooliques, il est parfois difficile de se prononcer sur la nature du tremblement qu'ils présentent.

Charcot, enfin, se basant sur l'absence en somme assez fréquente du tremblement dans le morphinisme, s'est demandé s'il ne fallait pas voir dans ce phénomène l'indice d'une névrose plutôt que le symptôme d'une intoxication. C'est toujours la question qui se pose en présence d'un tremblement au cours d'une intoxication, comme nous l'avons déjà dit.

3° Tremblements d'intoxications diverses. — Nous arrivons à une série d'intoxications où l'on a cité le tremblement, mais où ce phénomène s'est présenté très rarement; de plus, il a été si peu étudié dans ces cas qu'il est souvent discutable.

La *nicotine*, a-t-on dit, peut produire du tremblement. On s'en réfère toujours sur ce point à des expériences déjà anciennes de Vulpian (2), où cet auteur produisit chez la grenouille du tremblement par l'inoculation sous-cutanée de nicotine, et à deux observations de tabagisme de Tardieu : comme on le voit ces cas de tremblement sont très rares. Il en est de même de ceux qu'on attribue à l'action des *sels de quinine*.

Le *café* passe pour être capable de déterminer du tremblement chez les sujets qui en abusent. A vrai dire on en cite quelques rares exemples : notons entre autres une observation de Max Cohn (3) où le tremblement paraît avoir été très net. Cependant il paraît fort douteux que la caféine puisse produire autre chose que des convulsions toniques ou cloniques, ou des secousses fibrillaires. En effet, nous ne saurions voir du tremblement dans les expériences de Leven (4) qu'on cite souvent comme preuve de l'existence du tremblement dans l'intoxication par la caféine. D'autre part, Parisot (5), dans une étude récente sur le même sujet, ne prononce pas une seule fois le mot de « tremblement » : il n'a observé que de l'exagération des réflexes, des contractures, quelquefois des convulsions cloniques.

Dans l'intoxication par le *haschisch* nous ne croyons pas non plus qu'on ait observé un véritable tremblement constitué par des oscillations rythmées : on n'a vu (Liouville et Voisin) que des frissonnements, des secousses fibrillaires, des mouvements convulsifs et de l'incoordination.

Nous en dirons autant des effets du *curare* : il donne du frisson, des soubresauts des tendons, des secousses convulsives, mais il est douteux qu'il cause du tremblement.

C'est encore à tort, pensons-nous, qu'on prononce le mot tremblement dans l'*ergotisme convulsif*; nous n'avons rien vu qui mérite ce nom parmi les phénomènes rapportés par ceux qui ont décrit cette affection, et, notamment, dans les citations recueillies par Lasègue (1); il n'y est question que de crampes, de contractures.

Il ne nous reste plus qu'à dire un mot du tremblement de la *pellagre* : si cette affection est une intoxication, il convient toutefois de se rappeler que son substratum anatomique paraît être une sclérose combinée de la moelle intéressant surtout le faisceau pyramidal [Tuczeck (2)]. On a décrit dans la pellagre des phénomènes convulsifs divers : fort peu nous paraissent être du tremblement. Cependant, nous réserverions volontiers cette dénomination à la vacillation de la tête décrite par Strambio, et aussi à la trémulation continue au repos qui se montre, dit Roussel, chez les pellagreux émaciés, affaiblis, cachectisés, et qui est pour quelque chose dans la démarche tremblante de ces malades. Mais dans cette dernière forme, le tremblement ne nous paraît plus être spécial à la pellagre; c'est le tremblement de tous les organismes affaiblis, épuisés par une affection quelconque, le tremblement des états adynamiques.

Le tremblement *arsénical*, dont on a parlé quelquefois, est probablement, lui aussi, en rapport avec l'état cachectique de certains intoxiqués et n'est pas symptomatique de l'intoxication.

IV

TREMBLEMENT DANS LES MALADIES INFECTIEUSES

Les infections peuvent faire apparaître du tremblement soit, comme les intoxications, en réveillant une névrose, l'hystérie ou la neurasthénie, soit en déterminant des lésions plus ou moins apparentes du système nerveux. Nous ne nous occuperons pas des faits où la névrose est en jeu, puisque le tremblement n'est, en somme, dans ces cas, que l'expression de l'hystérie et de la neurasthénie, et que l'infection, agent provocateur, n'imprime aucun caractère particulier aux symptômes de la névrose.

Quant aux faits qui relèvent de lésions du système nerveux consécutives à des infections, ils sont encore mal connus, au point de vue du symptôme dont nous nous occupons, et l'on cite bien peu de cas de tremblement consécutif à une maladie infectieuse où une lésion médullaire ait été démontrée. Peut-être s'agit-il parfois de simples troubles circulatoires du système nerveux.

Au terme de cette Revue, nous pouvons résumer en un tableau la liste des maladies dans lesquelles nous avons étudié le tremblement. Cette énumération représente à peu

(1) Charcot. *Leçons du mardi*, 1889, t. II.
(2) Vulpian. Soc. de biol., 1859.
(3) Max Cohn. *Therap. Monatsh.*, mars 1889, analyse in *Semaine méd.*, 1889.
(4) Leven. Action physiologique de la caféine, *Arch. de physiol.*, 1868.
(5) Parisot. *Étude physiologique de l'action de la caféine sur les fonctions motrices*, Th. de Paris, 1890.

(1) Lasègue. *Arch. gén. de méd.*, 1857.
(2) Tuczeck. *Klinische und anatomische Studien über die Pellagra*, Berlin, 1893.

près tout ce que nous savons de l'étiologie de ce trouble morbide. (Pour être complet, au point de vue étiologique, ce tableau devrait comprendre le tremblement dans les états adynamiques et le tremblement qui fait partie du frisson.)

I. Tremblement dans les affections organiques du système nerveux central.	Lésions du cerveau. Lésions du cervelet. Sclérose en plaques. Maladie de Friedreich. Sclérose latérale amyotrophique. Paralysie générale.
II. Tremblement dans les névroses.	Épilepsie. Maladie de Basedow. Paralysie agitante. Hystérie. Neurasthénie. Tremblement héréditaire. Tremblement dit sénile.
III. Tremblement dans les intoxications.	Alcoolisme. Morphinisme. Caféisme. Pellagre.
IV. Tremblement dans les infections.	

REVUE DE LA PRESSE

Cataracte et diabète. — M. Valude, dans l'« Union médicale », déclare que les opérations de la cataracte peuvent et doivent être faites chez les diabétiques. Il convient de pratiquer l'extraction avec iridectomie. Moyennant ce correctif, l'opération se présente avec toutes les chances désirables.

Corps étrangers dans le tube digestif. — M. le docteur Léon Toubin publie, dans la « Revue médicale de la Franche-Comté », l'histoire d'un malade qui avala, à quelques jours d'intervalle, un manche de cuiller en fer et un thermomètre à maxima de trousse. Ces deux corps étrangers furent rendus en même temps par l'anus, sans avoir déterminé d'accidents notables pendant leur séjour assez prolongé — du 8 au 27 août 1890 — dans le tube digestif.

La durée du passage avait été de dix-neuf jours. Le thermomètre, tout en verre, avec graduation sur le tube mesurait 113 millimètres de longueur et 6 millimètres de largeur. Il indiquait, comme température maxima, 38°7.

Potion purgative (Constantin-Paul).

Phosphate de soude.	25 grammes.
Eau distillée.	200 —
Sirop de sucre.	60 —
Alcoolature de citron.	xx gouttes.

Limonade purgative gazéifiée (Constantin-Paul).

Phosphate de soude	25 grammes.
Eau distillée	250 —
Sirop de sucre.	60 —
Alcoolature de citron.	xx gouttes.
Acide citrique. . . . . }	ââ 2 grammes.
Bicarbonate de soude . }	

Au bout de deux heures au plus, une première garderobe, suivie à distance de deux ou trois autres, se produit. (*Bull. de thérap.*)

Vaccination et revaccination. — M. le professeur Combemale, après avoir étudié dans le « Bulletin médical du Nord » l'intéressante question : « Au bout de combien de temps la revaccination devient-elle nécessaire ? » résume ainsi son travail, avec exemples à l'appui :

« Il est nécessaire de revacciner les enfants tous les cinq ans. — Les adultes ne peuvent s'assurer une immunité réelle et continue qu'en se soumettant à la revaccination tous les cinq ans également. — En cas d'insuccès de la vaccination chez l'enfant, il faut procéder à la réinoculation chaque année, jusqu'à ce que le succès s'ensuive. — La revaccination pratiquée pendant l'incubation de la variole n'influence pas plus favorablement la variole que le fait d'une première inoculation vaccinale. »

Hystérie chez l'homme. — M. Deroye, professeur de clinique interne à l'École de médecine de Dijon, publié dans la « Bourgogne médicale » un fait absolument authentique d'hystérie chez l'homme (tarassis).

L'hystérie a paru naître dans une crise rhumatismale. La suggestion pendant le sommeil provoqué a très vraisemblablement amené la disparition rapide des phénomènes de contracture et d'impuissance des membres inférieurs.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Les névropathes à Bagnères-de-Bigorre (1), par le docteur Gandy.

Dans une remarquable lettre-préface adressée à l'auteur, M. Beni-Barde déclare que ce livre démontre « d'une façon préremptoire et définitive la valeur thérapeutique de Bagnères-de-Bigorre dans un grand nombre de maladies chroniques ».

Ces maladies chroniques sont surtout des maladies nerveuses, liées ou non à la diathèse arthritique. Et, parmi ces maladies nerveuses, la neurasthénie et l'hystérie occupent le premier rang.

L'auteur passe ainsi en revue les névropathes qui se rendent aux eaux de Bagnères; il examine, sans parti pris, les indications et les contre-indications des eaux, et il conclut, preuves en mains, à leur efficacité dans un grand nombre de cas, qu'il a soin de déterminer.

Plus de 100 observations, recueillies dans la pratique thermale de l'auteur ou empruntées à plusieurs de ses confrères de la station, donnent à cet ouvrage une portée pratique considérable.

Un premier chapitre est consacré à l'étude sommaire des stations thermales qui présentent plus ou moins d'analogie avec Bagnères : Schlangenbach, Ragary, Néris, Plombières, Lamalou, etc.

Un autre chapitre contient la description, à la fois complète et concise, de la station bagnéraise elle-même, de son climat, de ses établissements.

L'ouvrage se termine par de nombreuses analyses des sources, dont les plus récentes, exécutées dans le laboratoire du professeur Würtz, n'étaient pas encore connues du public.

(1) In-12, 350 pages, 5 gravures. Prix : 3 fr. 50. — Paris, O. Doin; et Bagnères, L. Féré.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

ÉLIXIR VIN SACCHARURE EUPEPTIQUE KOLA-MONAVON

Médicat cardio-vasculaire, Tonique reconstituant, quintup les forces, *Aliment d'épargne*, contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*
ELIXIR dosé à 1 gr. 20 Noix de Kola vraie par cuillerée à bouche.
SACCHARURE dosé à 1 gr. 20 " " " à café.
PHARMACIE MONAVON, 10, RUE DE TRION, LYON, ET TOUTES PHARMACIES.

Dans les Cas graves de CHLOROSE et d'ANÉMIE REBELLES aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS

d'HÉMOGLOBINE

SOLUBLE DE **V. DESCHIENS**

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

Dans toutes les Pharmacies

ÉLIXIR — PRÉPARATION NOUVELLE. Liqueur très agréable à prendre. 1 petit Verre après chaque repas.

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES — dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE. 3 à 6 par jour au commencement des repas.

Gros: Mon ADRIAN et Cie, Paris

CAPSULES DE MYRRHOLINE

(EXTRAIT OLÉO-RÉSINEUX DE MYRRHE)

TONIQUE, STIMULANT, BALSAMIQUE

Contre les AFFECTIONS DE L'ESTOMAC et des MUQUEUSES EN GÉNÉRAL

CAPSULES DE MYRRHOLINE CRÉOSOTÉE

Contre les AFFECTIONS GRAVES DES VOIES RESPIRATOIRES

Préparées par **H. KUENEMANN**, pharmacien de première classe, lauréat des hôpitaux, 28, rue de Grammont, Paris.

Envoi GRATIS ET FRANCO à MM. les Médecins qui en feront la demande pour expérimenter.

GOUTTE, GRAVELLE, RHUMATISMES

sont guéris par les

SELS GRANULÉS EFFERVESCENTS DE LITHINE

de Ch. LE PERDRIEL

LE PERDRIEL et Cie, Paris.

TRAITEM. INTENSIF **PHTISIE CREOSOTAL SIMB** CRÉOSOTE CARBON.

CAPSULES à 50 centig.: 6 à 8 par jour; **PUR** 1 à 2 1/2 cuill. à café par jour; **EMULS.** 1/5. — 13, Bd Haussmann, PARIS.

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

Elixir laxatif contre la **CONSTIPATION**

agréable à prendre

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

LIQUIDE CASCARA ALEXANDRE

0fr 50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS.	LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES.	GASTRALGIE.
DYSPEPSIE.	GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES: **Pancréatine Defresne** : 2 à 4 cuillerettes.
Pilules digestives Defresne : 2 à 4 pilules.
Élixir et Sirop.

Détail : Phie, 2, rue des Lombards, Paris.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

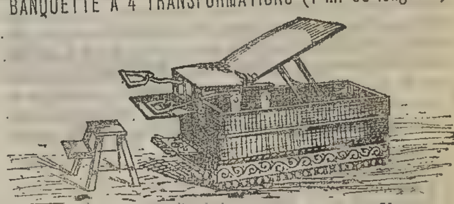
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, précédemment à Paris, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPOT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, phien, 41, Bard Haussmann, et ttes phies.

RHUMATISMES. GUÉRISON

par la flanelle et l'Ouate végétale du Pin sylvestre.
REYNAUD, 22, r. de la Paix. Envoi fo du catalogue.

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc...

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.010	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie..	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.021	0.010	0 010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement *digestives. Emplois spéciaux*: ***SAINT-JEAN***, maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE		
Acide sulfurique libre		1.33
Silicate acide / *Arséniate »* / *Phosphate »* / *Sulfate »*	*Sesqui-oxyde de fer......*	
— de chaux		0.44
Chlorure de sodium		
Matières organiques		

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge; il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

LAIT STÉRILISÉ
ET
LAIT PUR NON ÉCRÉMÉ

De la ferme d'Arcy-en-Brie (SEINE-ET-MARNE)

Arrivant deux fois par jour en vases plombés à la Ferme d'Arcy même.

Analyse du mois de juin 1894 :

Densité à 15°		1031.000
	gr.	
Beurre par litre	41.300	
Albumine	5.300	
Caséine	33.200	
Sucre de lait	47.300	
Sels	7.100	
Total des matières fixes	137.200	137.200
Eau		896.800

L'analyse des sels a donné par litre de lait :

	gr.
Acide phosphorique	2.155
Acide sulfurique	0.162
Potasse	1.751
Soude	0.521
Chaux	1.951
Magnésie	0.176
Acide carbonique, chlore, fer, etc.	0.384
Total	7.100

L'opération de la stérilisation ne permet pas de remplir les bouteilles, mais elles renferment la quantité annoncée. Le **Lait stérilisé** est contenu dans des types de flacons de 250 grammes, 350 grammes et 850 grammes.

Il est expédié dans toute la France.

Adresser les commandes à M. L. NICOLAS, propriétaire-agriculteur, 22, r. Paradis, Paris. — *Deux livraisons par jour, une le matin et une le soir.*

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

ICHTHYOL

PRODUITS SANITAIRES & ANTISEPTIQUES — S F A — PARIS

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*: sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation*.

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA

Société française de produits sanitaires et antiseptiques,

31, rue des Petites-Ecuries, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Muré*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

THERMES DE DAX

et **Grand Hôtel des Thermes.** — *Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.

Paris. COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et phies.



SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

CAPSULES
VALERIANATE D'AMYLE
BRUEL

L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE, qu'il ne faut pas confondre avec l'Éther Valérianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques. C'est aussi le *meilleur dissolvant de la* **Cholestérine.**

Deux capsules prises avant le coucher, procurent un sommeil plus calme que le chloral.

NÉVRALGIES MIGRAINES — COLIQUES HÉPATIQUES — NÉPHRÉTIQUES UTÉRINES

Dans toutes les Pharmacies — DOSE: *8 à 10 Capsules par 24 heures.* — **Gros:** *11, r. de la Perle*, PARIS

AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

CHARBON NAPHTOLÉ

GRANULÉ

3 A 6 CUILLEREES A CAFE PAR JOUR

PHARMACIE FRAUDIN BOULOGNE-PARIS

DYSPEPSIE 3f50 le flacon GASTRALGIE

FRAUDIN

ANTISEPSIE 3f50 le flacon INTESTINALE

N° 77. — MARDI 3 JUILLET 1894. 67e ANNÉE. MARDI 3 JUILLET 1894. — N° 77.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal; et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 2 juillet 1894.

Le tribunal de Versailles vient de se prononcer sur une question qui touche directement le corps médical. Il s'agit de la valabilité légale de la cession d'une clientèle médicale, soit par le médecin lui-même, soit par ses héritiers. On sait qu'au point de vue légal strict, si l'on s'en tient à la lettre même de la loi, la clientèle d'un médecin ne peut se céder, par un acte authentiquement valable. Mais habituellement, la vente d'une clientèle médicale ne consiste pas dans la retraite pure et simple du praticien qui cède et dans l'installation du praticien qui lui succède.

En général, le successeur s'installe dans la maison ou dans l'appartement du médecin qu'il remplace; pendant un temps, dont le contrat fixe la durée et les conditions, le médecin cédant « pilote » son confrère dans sa clientèle, le présente comme son successeur; il fait nombre de visites avec lui, pour que la présentation soit directe et qu'il puisse de la sorte faire commencer effectivement le rôle de médecin traitant par son successeur, alors même que lui continue nominalement à exercer quelque temps encore. S'il y a quelques avantages inhérents à sa situation médicale : médecin de chemin de fer, d'usine, de société, il s'engage à faire le nécessaire pour que son successeur puisse les obtenir. Enfin, une dernière clause indispensable met le médecin cédant dans l'obligation de ne plus exercer la profession dans un rayon dont l'étendue est déterminée par le contrat.

En réalité, il y a donc contrat, contrat moralement et légalement valable. Tout en reconnaissant que la cession de clientèle constitue une vente nulle et sans valeur, le tribunal de Versailles apprécie que les clauses du contrat : présentation du nouveau médecin, cession de son appartement, cessation de l'exercice de la profession, constituent pour le médecin vendeur des charges qui ont une valeur réelle que le tribunal peut apprécier. Ce contrat valable de médecin à médecin est également valable s'il a lieu entre un médecin et la veuve ou les héritiers de son prédécesseur. Voici d'ailleurs les considérants du jugement :

« Attendu que la vente pure et simple d'une clientèle médicale est nulle; qu'il s'agit là, en effet, d'une chose dont le cédant ne pouvait disposer, puisqu'elle résulte uniquement du choix et de la confiance des intéressés;

Attendu qu'en l'espèce, les conventions verbales intervenues entre les parties ne portent pas seulement sur la clientèle du docteur A...;

Que, d'une part, ainsi que cela résulte d'une reconnaissance, en date du 21 janvier 1892, laquelle sera enregistrée en même temps que le présent jugement, les demandeurs au principal se sont engagés à présenter le docteur B... comme seul successeur du docteur A...;

Que, d'autre part, ils lui ont cédé le droit au bail de l'immeuble où le docteur A... exerçait sa profession;

Attendu que ces clauses, qui sont de nature à procurer à l'acquéreur un avantage réel, ne sont pas contraires à la loi;

Attendu que la veuve A... a remis à B... la liste des clients du docteur A..., et qu'elle justifie l'avoir présenté comme son successeur, comme elle s'y était engagée, et ce dans la mesure de ses moyens, la femme d'un médecin connaissant peu ou point les clients de son mari;

Attendu que B..., qui avait traité après le décès du docteur A..., ne pouvait compter sur une présentation plus effective, son prédécesseur n'y étant plus pour l'accompagner et le recommander aux clients;

Attendu qu'en fait cette présentation avait même précédé les conventions verbales; qu'il est établi, en effet, que B... avait, à différentes reprises, remplacé le docteur A..., notamment pendant sa dernière maladie;

Attendu qu'aussitôt après le décès du docteur A..., B... s'était installé dans sa maison, ou tout au moins dans son cabinet, où *il a pu de suite recevoir les clients auprès desquels aucune présentation n'est nécessaire, la plupart d'entre eux venant uniquement parce qu'ils savaient trouver un médecin dans cette maison; qu'ainsi B... a immédiatement tiré un profit du contrat intervenu;*

Attendu, d'autre part, que le bail cédé à B... est d'une durée relativement longue, avec la faculté, pour le preneur seul, de le résilier à certaines époques, si bon lui semble; qu'ainsi, B... a été, autant que possible, mis à même de remplacer le docteur A...; que, s'il n'a pu conserver toute sa clientèle, il ne peut s'en prendre qu'à lui seul;

Attendu que, dans ces conditions, le contrat intervenu entre la veuve A... et le docteur B... n'a rien d'illicite; que les demandeurs ayant rempli leurs engagements, B... ne saurait, sous aucun rapport, en demander la nullité;

Par ces motifs, dit B... mal fondé en sa demande reconventionnelle, l'en déboute et le condamne aux dépens. »

HOPITAL DE LA CHARITÉ. — M. TILLAUX.

Tumeurs pulsatiles du creux poplité.

(Leçon clinique recueillie par le docteur Paul THIÉRY, chef de clinique.)

I

Le 1er février entrait dans le service un malade qui fut couché au lit nº 12 de la salle Velpeau et qui portait une tumeur du creux poplité gauche. Cette tumeur présentait des battements visibles à l'œil, très marqués, et ma première impression, étant donné les battements et le siège de la tumeur, fut : *anévrysme poplité*. Je dois direque cette impression a été partagée par toutes les personnes qui l'ont examiné, en particulier par les juges des examens de cinquième de doctorat. L'avis unanime a été qu'il s'agissait d'un anévrysme de l'artère poplitée.

Mais, au moment de vous en parler, j'ai réfléchi et ai eu quelques doutes : j'examinai à nouveau le malade et j'en suis arrivé à la conclusion ferme qu'il ne s'agit pas d'un anévrysme poplité, et je vais vous donner les raisons sur lesquelles je m'appuie pour repousser ce diagnostic d'anévrysme que j'avais tout d'abord adopté.

Quels sont les caractères principaux de l'anévrysme artériel proprement dit ? Le sang, sous l'impulsion du cœur, arrive dans la poche, d'où il résulte à la fois des battements et de la *distension* de la poche : il y a donc à la fois propulsion ou soulèvement et expansion de la tumeur. C'est là un des principaux caractères de l'anévrysme.

En second lieu, quand le sang pénètre dans la poche par un orifice étroit, il existe un bruit de souffle qui peut, dans quelques cas, au creux poplité par exemple, être double; enfin s'il y a anévrysme artério-veineux, mais même dans l'anévrysme ordinaire, il peut exister un signe spécial bien connu sous le nom de thrill.

Un autre caractère un peu moins important est tiré de l'état du pouls qui est retardé ou affaibli au-dessous de l'anévrysme, si on le compare au pouls du côté opposé.

L'anévrysme vrai est complètement ou partiellement réductible, soit que l'on applique la compression directement sur le sac anévrysmal, ou que la compression soit exercée au-dessus, sur le trajet du vaisseau.

Eh bien, il y a incontestablement des battements, mais cela ne constitue pas de l'expansion, et celle-ci manque absolument. Le maximum des battements est exactement situé sur la ligne médiane, au centre même de la tumeur; mais si l'on porte son doigt sur les limites de la tumeur, les battements n'existent plus : cela est difficile à constater, mais enfin il n'y a pas expansion, car celle-ci devrait se traduire dans tous les sens et exister dans tous les points.

L'examen le plus attentif ne nous a jamais révélé le moindre bruit de souffle et l'absence de ce signe a d'abord éveillé mon attention; je puis affirmer que le souffle n'existe pas : voilà donc déjà un anévrysme sans expansion et sans souffle.

Le pouls de la tibiale postérieure, pris au doigt, paraît plus faible du côté malade : le sphygmographe ne nous a pas donné grand résultat; cette diminution du pouls est pour ainsi dire le seul signe d'anévrysme que présente cette tumeur.

En exerçant une pression à la surface de la tumeur, vous n'obtenez aucune réduction quelle que soit l'attitude du membre; si vous comprimez la fémorale, la tumeur ne bat plus, mais elle persiste dans son volume et n'est pas davantage réductible. Sa consistance est ferme, quoique plus dure qu'un anévrysme. En plaçant le doigt sur la tumeur, vous sentez les battements; pressez un peu plus, les battements diminuent; pressez encore, la tumeur, toujours non réductible, aplatit le vaisseau et les battements disparaissent.

On pourrait me faire l'objection suivante : la tumeur anévrysmatique peut être plus ou moins oblitérée par des caillots, d'où absence de réductibilité et de bruit de souffle. Mais le malade n'a des douleurs que depuis six mois et ne s'est aperçu du développement d'une tumeur que depuis deux mois seulement.

D'ailleurs le signe principal sur lequel je m'appuie est le suivant :

Je dis que ce n'est pas un anévrysme de l'artère poplitée ou une tumeur attenant à l'artère; je dis que ce n'est pas une poche oblitérée par des caillots, parce que si vous mettez les doigts sur la tumeur, vous la sentez absolument limitée, *et mobile sur le plan* profond, non seulement quand la jambe est en flexion, ce qui pourrait se concevoir, mais encore lorsque, le membre étant en extension complète, l'artère est tendue comme une corde et à ce moment la tumeur est mobilisable, non seulement dans le plan transversal, mais encore dans la direction verticale.

La tumeur glisse donc sur l'artère, le mouvement qu'on peut lui imprimer est de un centimètre à deux centimètres et plus, je suis certain que ce signe existe et c'est lui qui a fini d'ébranler ma conviction ; c'est donc une tumeur en contact avec l'artère, reposant sur elle, mais qui glisse sur elle et en est indépendante.

Si je ne me suis pas trompé sur ce dernier signe, il est impossible que cela soit un anévrysme, car ce signe est absolument certain et ne permet pas de porter le diagnostic tumeur anévrysmale ou même tumeur développée aux dépens de l'artère.

Ces caractères me permettent donc de déclarer qu'il s'agit d'une tumeur solide qui n'est pas un anévrysme ou d'une tumeur dépendante de l'artère bien qu'elle repose directement sur elle.

Qu'est-ce donc alors que cette tumeur ? Est-ce un kyste?

Mais on peut faire à cette hypothèse plusieurs objections : d'abord la tumeur est médiane, ce qui n'existe pas pour les kystes d'origine tendineuse : les kystes médians sont en communication avec l'articulation, et dans ce cas il soulèverait l'artère au lieu d'être soulevé par elle.

J'avais cru qu'il s'agissait peut-être d'une tumeur du nerf sciatique poplité externe, parce que, avant de sentir une tumeur dans le creux poplité, le malade avait souffert : c'était non seulement de la fatigue, des fourmillements, mais même une douleur dans la partie inférieure de la jambe, le tout siégeant à la face externe de la jambe et sur le dos du pied, c'est-à-dire exactement suivant les branches du sciatique poplité externe (musculo-cutané). Ajoutez encore que le mollet du côté malade a, en circonférence, un centimètre de plus que celui du côté opposé. Il semble même que le maximum de douleur existe au point où le nerf musculo-cutané de sous aponévrotique devient sous-cutané.

Vous ne serez donc pas surpris que j'aie tout d'abord pensé à une tumeur attenant à ce nerf sciatique poplité externe.

Mais on peut faire plusieurs objections : d'abord la tumeur est médiane et est excentrique par rapport au trajet du sciatique poplité externe ; je sais que Virchow a signalé des tumeurs implantées latéralement sur les nerfs ; je m'étais d'abord rattaché à cette idée, mais je l'ai abandonnée et voici pourquoi : c'est que le raisonnement fait pour éliminer une tumeur de l'artère existe pour le nerf : c'est la mobilité verticale de la tumeur, lorsque, par l'extension du membre, les cordons vasculo-nerveux du creux poplité sont tendus.

Il est cependant certain que la tumeur a des connexions avec le nerf sciatique poplité externe : ce sont des rapports de contiguïté qui expliquent les douleurs sur le trajet du sciatique.

Serait-ce donc un ganglion lymphatique ? Je ne le crois pas, mais ne puis l'affirmer, car il y a quelques ganglions lymphatiques dans la profondeur du creux poplité. Et puis, de quelle nature : lymphome, tuberculose ? je n'ai aucune raison de songer à ces hypothèses ; le malade est excessivement vigoureux et bien portant. Je crois que c'est un fibrome, peut-être à cause de la marche rapide est-ce du fibro-sarcome ; l'histologie nous le dira : ce que je puis dire, c'est que c'est une tumeur dure, solide, mobile, qui n'est ni d'origine vasculaire, ni d'origine nerveuse, ni probablement d'origine lymphatique : voilà ce que je puis affirmer.

Qu'allons-nous faire ? S'il s'agissait d'un anévrysme, je ne tenterais pas la cure opératoire, avant d'avoir essayé des moyens plus simples, la compression, par exemple.

Mais le malade souffre, il est gêné et ne peut faire son travail : il faut enlever la tumeur ; je vais donc me comporter comme avec toute tumeur dans une région dangereuse. J'éviterai autant que possible la veine saphène externe en incisant la peau, le tissu cellulaire et l'aponévrose après avoir mis la bande d'Esmarch. Je dégagerai la tumeur en la serrant de près ; je l'attirerai ensuite avec une pince de Museux et avec une spatule, même je la décollerai pour ne pas faire d'échappée du côté des vaisseaux.

II

Voici l'opération que nous avons faite : nous avons appliqué la bande d'Esmarch et j'ai constaté à nouveau que, malgré la bande, la tumeur avait conservé son volume et sa consistance, ce qui écartait encore l'idée d'anévrysme contenant du sang liquide.

Après avoir incisé, je reconnus d'abord des veines superficielles excessivement volumineuses, comprimées qu'elles étaient par la bande d'Esmarch, puis je reconnus le nerf sciatique poplité externe coupant la tumeur en écharpe : je le libérai, et le fis récliner avec un écarteur.

Puis la tumeur nous apparut, mobile comme je l'avais constaté et je crus d'abord pouvoir l'énucléer complètement mais je reconnus bientôt qu'elle était attenante à l'artère poplitée en haut et en bas et je me décidai alors à l'extirper par la méthode de Purnamm, c'est-à-dire par ligature de l'artère au-dessus et au-dessous : il n'y eut pas d'autre ligature à faire ; dans le fond de la plaie nous aperçûmes la veine poplitée gonflée et énorme.

La tumeur enlevée, nous pûmes constater qu'elle était accolée à l'artère ; la tumeur, du volume d'un œuf de pigeon, sectionnée verticalement suivant sa longueur, car elle était un peu oblongue, nous présente des couches concentriques de caillots feuilletés, suivant l'expression de Broca ; il n'y avait pas trace de caillots actifs ; tous étaient blancs, denses, fibrineux, la poche était donc complètement remplie.

La lumière de l'artère poplitée était perméable, fait rare puisque l'anévrysme était rempli de caillots actifs. Scarpa avait même nié la possibilité de ce fait. Or, si cela est rare, cela peut cependant se présenter, comme la pièce que je vous montre le prouve d'une façon indiscutable.

En somme, c'était un cas de guérison spontanée d'un anévrysme.

Je veux maintenant étudier rétrospectivement ce cas intéressant. Je vous ai dit très affirmativement : ce n'est pas un anévrysme, bien que, de prime abord, j'aie moi-même été conduit à faire ce diagnostic d'anévrysme par l'ensemble des signes. Je vous ai dit, c'est une tumeur, voisine de l'artère, reposant sur elle-même mais *non développée à ses dépens* ; je me suis donc trompé ; je veux rechercher la cause de cette erreur.

Dans la première partie de ma leçon je vous ai dit : ce n'est pas un anévrysme contenant du sang liquide, parce qu'il n'y a aucun des trois signes fondamentaux, expansion, souffle, réductibilité, et, en effet, la tumeur que nous avons trouvée ne pouvait présenter aucun de ces symptômes.

Mais, vous ai-je dit, ne serait-ce pas un anévrysme rempli de caillots ? Et j'ai répondu négativement.

Je lis dans Broca : « On sait, qu'à l'état de simplicité, l'anévrysme sacciforme est une tumeur molle, pulsatile, complètement réductible, donnant lieu à un bruit de souffle plus ou moins fort. Ces caractères peuvent être atténués, masqués ou même effacés par la présence de caillots fibrineux. La tumeur peut devenir plus ou moins dure et acquérir même une fermeté comparable à celle d'une tumeur fibreuse.

On ne sent qu'un soulèvement obscur, et si la tumeur est placée sur le trajet d'une artère profonde, comme la poplitée, le chirurgien est quelquefois fort embarrassé. »

Ces doutes de Broca s'appliquent très exactement à notre cas avec cette différence près que, ne pouvant faire de diagnostic qu'avec des signes, je n'ai pas hésité à repousser le diagnostic d'anévrysme par ce que, l'artère étant tendue par l'extension du membre, je pouvais imprimer à la tumeur un mouvement de locomotion sur les parties profondes. Après la constatation de ce signe, non seulement nous ne pouvions pas, mais nous ne devions pas diagnostiquer autre chose que tumeur solide, indépendante de l'artère quoique accolée à elle.

Les erreurs sont d'ailleurs fréquentes. Samuel rapporte qu'un chirurgien de Saint-Bartholomew's Hospital prit un anévrysme guéri pour une exostose du fémur et amputa la cuisse ; vous voyez quelle devait être l'adhérence de cette tumeur pour provoquer cette erreur de diagnostic.

Pourquoi donc ce signe de mobilité nous a-t-il trompé ? La tumeur n'était pas aussi médiane que je l'avais cru. L'artère avait basculé, la tumeur s'était portée en dehors et l'artère s'était un peu allongée, d'où absence de fixation pendant l'extension du membre.

Supposons maintenant que j'aie fait à l'avance le diagnostic : aurions-nous pu faire une autre opération ? Non, évidemment ; toutes les autres méthodes de traitement quelles qu'elles soient ont exclusivement pour but la formation de caillots dans la poche anévrysmale ; or, ceci était réalisé.

Il fallait donc, ou ne rien faire, ou extirper la poche comme nous l'avons fait.

Je ne pense pas que l'expectation fût indiquée; les douleurs du malade justifiant amplement l'opération.

D'autre part, comme le disait bien Scarpa, tant que le bout inférieur de l'artère n'est pas oblitéré, le malade n'est pas guéri : le sang bat les caillots au niveau de l'orifice de communication de la poche et l'anévrysme s'accroît ou la guérison ne se maintient pas.

Nous avons donc bien fait d'opérer notre malade.

Il va d'ailleurs très bien. Il a cessé de souffrir absolument dans la jambe et le mollet, mais pendant quarante-huit heures, il a beaucoup souffert dans le pied : nous avions, naturellement, réchauffé artificiellement le pied et la jambe, et, malgré un peu de refroidissement, des orteils surtout, il n'y a aucune menace de gangrène au troisième jour de l'opération; on peut donc être certain que le rétablissement de la circulation collatérale s'est effectué surtout par l'anastomose de la récurrente tibiale antérieure avec la grande anastomotique émanée de la fémorale au niveau de la partie inférieure du canal de Hunter.

Ces douleurs existent d'ailleurs à la suite des séances de compression digitale, comme l'ont remarqué presque tous les chirurgiens, et on se demande à quoi tient cette douleur sans qu'on en ait trouvé d'explication bien nette. Elle est due évidemment au retour du sang dans les capillaires : c'est sans doute leur distension et la compression des nervi vasorum qui peut l'expliquer.

Le malade a quitté l'hôpital complètement guéri un mois environ après l'opération.

DE LA FOLIE A DEUX

ET DE SES TROIS GRANDES VARIÉTÉS CLINIQUES (1)

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

II

En présence de toutes ces opinions confuses qui, tendant à séparer le semblable et à rapprocher le dissemblable, ne peuvent qu'entraver l'étude clinique de la contagion mentale morbide, il est urgent, je crois, d'insister sur les caractères tranchés et exclusifs qui font de la folie à deux un assemblage de faits disparates, mais se classant naturellement en trois groupes parfaitement définis, et de démontrer que la folie communiquée, la folie simultanée, la folie imposée sont trois espèces morbides ayant leurs signes propres et leurs conditions spéciales de développement, travail qui, jusqu'ici, n'a pas encore été entrepris.

Et, tout d'abord, commençant par la *folie communiquée*, demandons-nous si ce type existe, si réellement il y a une contagion mentale morbide d'un aliéné à un sain d'esprit? Il n'y a pas bien longtemps encore, une réponse négative ne se serait pas fait attendre de la part des aliénistes. Il est curieux de constater que, sur ce point, ils ont, jusqu'à ces dernières années, professé une opinion diamétralement opposée à celle du public, qui, lui, a toujours soutenu que les fous donnaient leur mal aux gens raisonnables. Ils se fondaient, pour penser ainsi, sur l'intégrité presque constante des facultés intellectuelles chez les personnes chargées de la surveillance et du traitement des malades : infirmiers, gardiens, élèves et médecins conservant leur raison au milieu des aliénés avec lesquels ils sont en contact perpétuel. Un homme du plus grand mérite, un spécialiste des plus éminents, a raconté le professeur Ball, avait poussé si loin sa conviction à cet égard, qu'il n'avait pas hésité à mettre un de ses enfants sous la garde d'une vieille démente inoffensive qui le promenait dans son parc. Un jour, l'enfant, dont l'intelligence commençait à s'ouvrir, dit à son père dans son langage naïf : « Tu sais, papa, que Mlle Joséphine dit des bêtises. » Ainsi, cette jeune intelligence avait poussé en ligne droite, comme un arbre bien planté, malgré le contact incessant d'un esprit malade, et le savant en concluait à la non-transmission de la folie.

Cette négation d'une contagion mentale morbide est fort nettement exprimée et défendue dans la thèse de M. Régis, qui donne l'opinion de l'époque et qui fut soutenue en 1879; on voit que cela n'est pas bien vieux. « Je ne crois pas, écrivait alors le savant aliéniste, fidèle interprète des idées régnantes, à la communication proprement dite de la folie; la vésanie, transmise de toutes pièces, n'existe pas, et ce qui se communique, c'est la partie la moins invraisemblable du délire, de telle sorte que l'individu qui la reçoit n'est jamais un aliéné, quoi qu'il fasse. » Et encore disait-il : « Jusqu'à un certain point, on peut comprendre qu'un individu primitivement aliéné communique une partie de ses conceptions maladives à un autre individu de son contact, mais qu'il communique en même temps ses hallucinations, cela est à peu près inadmissible. » Aussi notre savant confrère concluait-il que, si la perversion sensorielle est de règle chez le sujet actif, elle n'existe jamais chez le second, et que c'est là un critérium par excellence.

Les négateurs de la contagion mentale morbide n'ont reculé que pas à pas, et elle est bien intéressante, l'histoire de la lutte qu'ils ont soutenue. Cette lutte a présenté quatre phases : la première a commencé avec la communication de MM. Lasègue et Falret. Ces messieurs ne se dressaient pourtant pas en révolutionnaires; ils avaient soin de bien spécifier que les contaminés n'étaient pour eux que de faux aliénés, et voici en quels termes ils s'exprimaient : « Le malade est resté le malade, l'aliéné par reflet n'a pas réussi à dépasser les limites de l'Absurde; or l'absurdité, si loin qu'elle soit conduite, n'a de commun avec la folie que les grossières apparences. Le contraste suffit donc pour établir entre les deux la ligne de démarcation la plus infranchissable ; l'un est fou au sens social et médical du mot; l'autre ne l'est pas. » Néanmoins, les deux éminents aliénistes rencontrèrent une assez vive opposition, et nombreux furent ceux qui, avec Baillarger, insistèrent sur la distinction à établir entre les faits de crédulité et de délire vrai; beaucoup d'aliénés, disent-ils, influençant leur entourage et parvenant quelquefois à faire partager à leurs parents leurs idées maladives sans qu'il y ait là véritablement de l'aliénation. N'était-ce pas entamer en effet la doctrine de la non-transmission des affections mentales que d'appeler ces faits folie à deux? Le mémoire de MM. Lasègue et Falret, lu à la Société médico-psychologique en 1873, ne fut publié qu'en 1877, quatre ans après. Pourquoi? Je l'ignore; les réserves formulées par les divers orateurs qui prirent la parole y auraient-elles été pour quelque chose?

Mais bientôt, l'attention se trouvant attirée de ce côté, des travaux parurent, qui furent le signal de la seconde phase de la lutte de résistance. La thèse de M. Mauy, l'ob-

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 702.

servation de M. Maret et surtout le mémoire de M. Brunet mirent en pleine lumière que le sujet passif pouvait bel et bien devenir halluciné et délirant comme le sujet actif, et même parfois encore plus halluciné et plus délirant que lui. Il fallut de toute nécessité s'incliner et avouer l'existence de la contagion mentale morbide. Contraints d'admettre ce principe, les adversaires s'efforcèrent d'en limiter l'action : on déclara que, seul, le délire des persécutions avec hallucinations de l'ouïe se communiquait. Et cette doctrine eut une telle force de loi que, créant son type de folie simultanée, M. Régis le limita à ce seul délire, s'efforçant de justifier cet exclusivisme par les considérations suivantes : le caractère partiel du délire des persécutions le rend plus apte à se montrer à la fois chez deux individus ; en second lieu, le rapport évident entre la nature dépressive de ce délire et la nature des influences occasionnelles, qui est également dans tous les cas dépressive ; enfin, la tendance innée chez l'homme à l'idée de persécution, tendance se développant avec la plus grande facilité sous l'influence des événements malheureux, chez deux individus profondément égoïstes, qui n'aiment qu'eux, vivent en dehors du monde et sont portés par conséquent à ne rien voir autour d'eux que des ennemis. Il y avait, il est vrai, le cas de M. Maret, où l'on rencontrait le délire des grandeurs, mais ce fait n'arrête pas M. Régis, qui l'interprète avec beaucoup de perspicacité et prouve que cette exception est plus apparente que réelle. Il remarque, en effet, qu'au moment où M. Maret les a observés, les deux frères Digasperi étaient déjà malades depuis longtemps ; or, il est constant que la monomanie des grandeurs est constituée par un délire chronique, exceptionnellement primitif et qui succède presque toujours au délire des persécutions ; donc, il est permis de penser que les malades observés par M. Maret ont commencés par être persécutés, et qu'à l'époque relatée dans l'observation, ils se trouvaient à une période déjà très avancée de leur maladie, à la période de mégalomanie terminale du délire de persécution. Moi aussi, d'ailleurs, dans mon mémoire de 1881, je partage absolument cette erreur ; je donne seulement du fait une explication différente de celle de M. Régis : je n'hésite pas alors à poser en principe que tous les cas de folie à deux sont des délires de persécution ; puis, réfutant les trois considérations de mon savant confrère, montrant que le caractère partiel appartient à tous les délires systématisés, que les causes morales invoquées par M. Régis, à l'inverse des causes physiques, ne sont pas spécifiques et n'impriment pas au délire un cachet particulier permettant de les reconnaître par la seule impulsion de l'état mental ; enfin que, loin d'être innée chez l'homme, la méfiance était fille de l'expérience comme le doute en est le fils, je termine en déclarant que si, à notre époque, les cas de folie à deux sont des délires de persécution, c'est que ce délire est, au XIXe siècle, ce que la folie religieuse a été au moyen âge, nous trouvant dans une ère de luttes et de méfiance, de même que nos aïeux ont vécu dans une ère de foi et de superstition. Eh bien, dans ce mémoire, où je défendais et expliquais même, avec cette énergique conviction, la contagion exclusive du délire des persécutions, je rapportais un cas très net de transmission de conceptions délirantes ambitieuses avec hallucinations d'une sœur cadette à son aînée ! Il convient donc de l'avouer, les uns et les autres, nous avons erré ; tous, nous avons été les victimes de l'opinion régnante qui, après avoir nié la contagion mentale morbide, forcée de la reconnaître, la restreignait à un seul délire, au plus fréquent.

Et il fallut encore de nouvelles recherches et de nouveaux travaux pour en arriver à la troisième phase de la lutte de résistance ; les mémoires de Legrand du Saulle, de Nedhams, de Savage, établirent péremptoirement que tout comme les conceptions délirantes de persécution et les hallucinations dépressives, les conceptions délirantes de grandeur et les hallucinations expansives se communiquaient. Alors, les adversaires de la contagion mentale morbide, obligés encore de reculer et d'avouer que tous les délires systématisés, sans exception, se transmettaient, se cramponnèrent aux délires généraux : contagion des folies partielles, soit, mais des folies diffuses, jamais ; telle fut dès lors la formule. Il n'est pas d'exemple, affirmèrent-ils, qu'un maniaque et un mélancolique aient fait des adeptes et qu'ils aient converti quelqu'un, celui-là à sa loquacité incohérente, celui-ci à sa tristesse désespérée.

Pas d'exemple, disait-on, et les observations de Nasse, relatives à la manie, puis celles de MM. Reverchon et Pagès ; et depuis lors, les cas si probants de lypémanie générale communiquée, dus à M. Lapointe, M. Kreuser, M. Schulz, M. Martinenq, M. Tagnet ! Alors, la lutte entra dans sa quatrième et dernière phase, celle de la défaite. Aujourd'hui, qu'il s'agisse de folies générales ou de folies systématisées, la preuve est faite de leur transmission, et la contagion mentale morbide de toutes les variétés mentales de nature névrosique ne sauraient plus être mise en doute. On a vraiment lieu d'être surpris de la lenteur mise par cette vérité à s'imposer, quand on considère la croyance universelle aux folies épidémiques qui sévirent aux différentes époques, et jusqu'en 1864, à Morzines. Pourquoi niait-on à l'état sporadique ce qu'on acceptait de pleine confiance à l'état d'épidémie ? Quoi qu'il en soit, le fait est désormais acquis, et s'il était intéressant de retracer l'historique des efforts qu'il fallut faire pour triompher, il n'y a plus eu aujourd'hui de bataille à livrer ; la conquête est définitive.

C'est à ce groupe de faits désormais indéniables, nettement déterminés, dus à la transmission de la folie, qu'il convient de réserver exclusivement le terme de *folie communiquée*, afin que des cas qui ont une origine spéciale aient un nom propre n'appartenant qu'à eux et ne servant pas à en désigner d'autres. Ils ont, ai-je dit, une origine spéciale : en effet, pour se produire, ils nécessitent des conditions particulières, indispensables à leur genèse, et au nombre de deux : une prédisposition psychopathique marquée chez le sujet passif et une impression vésanique directe qui met en activité cette prédisposition. Dans un mémoire sur les *Conditions de la contagion mentale morbide* qui a paru dans le numéro de mars des *Annales médico-psychologiques*, j'ai minutieusement étudié cette question sous tous ses aspects, et je suis entré sur chaque point dans des développements étendus. Je me bornerai donc ici à un résumé très succinct, renvoyant à ce travail ceux qui désireraient de plus amples détails. J'y démontre que les deux conditions que je viens d'indiquer sont les seules indispensables à la production de la communication des maladies mentales et que toutes les autres qu'on a présentées comme nécessaires ne sont que secondaires ; les unes ou les autres ayant manqué dans de nombreux cas. Quoi qu'on en ait dit, ni l'ascendant intellectuel ou volontaire du sujet actif, ni une vie intime et prolongée, ni une action incessante de

l'aliéné sur son compagnon, ni la vraisemblance du délire ne sont des conditions *sine quâ non* du phénomène. Longtemps j'ai partagé cette erreur, mais j'ai réuni des faits nombreux, dans lesquels un ou plusieurs de ces éléments réputés indispensables ont manqué ; j'ai donc été ainsi amené à rétracter ce que j'avais écrit en 1881 et en 1882 et à reconnaître que, seules, la prédisposition psychopathique et l'impression vésanique directe étaient les facteurs essentiels de la contagion mentale morbide. Il importe d'insister sur ce point, car nous verrons que les conditions génésiques sont différentes dans les trois variétés de folie à deux et contribuent ainsi à prouver l'entité de chacune d'elles en même temps qu'à démontrer le bien fondé de notre classification.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Clinique médicale de la Charité (1), par le professeur Potain.

Ce volume n'est pas un volume homogène, ce n'est pas non plus, dans son ensemble, ce qu'on désigne, en général, sous le nom de clinique médicale : il renferme, comme le dit le sous-titre de l'ouvrage, des leçons et des mémoires. Il est pas dû, à M. Potain seul, mais aussi à ses collaborateurs, MM. Ch. François-Franck, professeur suppléant au Collège de France, H. Vaquez, chef de clinique, E. Suchard, chef de laboratoire, J.-J. Teissier, interne des hôpitaux. C'est, en réalité, comme le dit M. Potain, dans la préface, l'exposé des travaux du service de clinique médicale de la Charité pendant l'année 1893. Ce n'est donc nullement un traité complet des maladies du cœur, ce que regretteront vivement tous ceux qui connaissent la compétence si originale de l'éminent professeur pour cet ordre de questions. Ceux qui liront les leçons cliniques qu'il a insérées dans ce volume, le regretteront davantage encore.

En somme, on trouvera dans cet ouvrage les matières suivantes :

1° Des leçons cliniques, fort bien rédigées par M. Vaquez : elles portent sur la séméiologie du cœur (11 leçons sur 23), sur l'endocardite rhumatismale aiguë, le rythme mitral, le cœur des tuberculeux, les cardiopathies réflexes, les accidents cardiaques liés aux troubles gastro-hépatiques, les névropathies d'origine cardiaque, les traumatismes cardiaques, la symphise cardiaque, le pronostic des maladies du cœur ; les trois dernières leçons sont consacrées au traitement.

2° Deux mémoires de M. Potain sur les souffles cardio-pulmonaires et sur le choc de la pointe du cœur.

3° Une étude de M. Fr. Franck, qui a pour titre : analyse expérimentale de l'action de la digitaline sur la fréquence, le rythme et l'énergie du cœur.

4° Un mémoire de M. Vaquez sur la phlébite des membres.

5° Un travail de M. J. Teissier, sur les rapports du rétrécissement mitral pur avec la tuberculose.

6° Enfin, un dernier chapitre dû à M. E. Suchard, est consacré à la technique des autopsies cliniques.

Il ne s'agit guère, comme on le voit, que du cœur et des vaisseaux.

On ne peut pas nous demander d'entrer plus avant dans l'analyse d'un volume qui compte plus de 1 000 pages ; quant à l'appréciation des travaux qu'il renferme, un mot suffira, ils sont dignes de la réputation de la clinique de la Charité et du professeur éminent qui la dirige. On y retrouve les qualités qui ont fait sa réputation et sa fortune scientifique : en lisant ces leçons, on se prend à regretter que des succès de clientèle très justifiés n'aient pas laissé au professeur le loisir d'écrire un Traité complet des maladies du cœur. Ceux qui n'ont pas pu et ne pourront jamais être ses auditeurs assidus, sont ainsi privés en partie de son substantiel et magistral enseignement. Cette lacune, il est vrai, est en grande partie comblée par les présentes leçons et par les publications de ses élèves. Signalons de nouveau, à ce point de vue, l'article cœur, fait par M. A. Petit, dans le *Traité de médecine*.

(1) Un vol. in-8°. Prix : 30 francs. — Paris, G. Masson.

La femme et l'enfant (1), par le docteur Henri Pineau.

Ce livre est une sorte de causerie médicale sur l'hygiène de la femme, dans ses rapports avec la maternité, sur l'hygiène et l'élevage de l'enfant. Bien que nous n'approuvions pas, sans restriction aucune, les idées de l'auteur, nous dirons que c'est l'œuvre d'un praticien instruit et d'un homme de bon sens.

Examen et séméiotique du cœur [signes physiques (2)], par P. Merklen.

Excellent petit manuel de séméiologie physique du cœur, destiné surtout aux étudiants : souhaitons que ceux-ci sachent en faire leur profit !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 28 juin 1894, M. le docteur Achille Dron, ancien chirurgien en chef des ambulances lyonnaises, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décret, en date du 30 juin 1894, M. René Kœhler, docteur ès sciences, est nommé professeur de zoologie à la Faculté des sciences de Lyon.

— Le prochain concours de l'internat s'ouvrira le mercredi 24 octobre, à midi précis. Le registre d'inscription, ouvert le lundi 10 septembre, sera clos le mercredi 10 octobre.

— Le prochain concours de l'externat s'ouvrira le jeudi 25 octobre à quatre heures précises. Le registre d'inscription restera ouvert du lundi 10 septembre au samedi 6 octobre.

Les candidats qui seront appelés sous les drapeaux à la fin de cette année, seront admis, par exception, à subir consécutivement les deux épreuves réglementaires dès l'ouverture du concours.

Les élèves actuellement sous les drapeaux et qui se seront fait inscrire pour le concours, seront appelés à subir la première épreuve à partir du jour de leur libération du service militaire.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. le docteur Clavelier est institué chef de clinique ophtalmologique (emploi nouveau).

— Notre très distingué confrère M. le docteur Xavier Delore, ancien chirurgien-major de la Charité de Lyon, vient d'avoir la douleur de perdre son fils, M. Paul Delore, brillant interne des hôpitaux de Lyon. Nous adressons nos plus douloureuses condoléances à notre malheureux confrère.

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50 ; relié, 3 francs. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu plusieurs communications intéressantes : signalons d'abord les recherches de M. Straus sur la présence de bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains, fréquentant les locaux habités par des phtisiques. Ces recherches établissent, d'une façon décisive, combien sont abondants les germes de la tuberculose dans l'atmosphère des locaux habités par les phtisiques. Ils permettent, en outre, de saisir le mécanisme de l'infection par inhalation chez l'homme et sa première étape à l'entrée des voies respiratoires. M. Straus se réserve d'étendre ces recherches dont l'importance n'échappera à personne.

M. Guéniot a présenté deux jeunes naines rachitiques, sur lesquelles il a pratiqué quatre fois l'opération césarienne, deux fois sur chacune d'elles. Non seulement elles se remirent très promptement, chaque fois, de l'opération, mais encore les quatre enfants sont parfaitement vivants. Le succès est donc complet et il faut féliciter M. Guéniot d'avoir pensé, contrairement à d'autres chirurgiens, qu'il n'y avait pas lieu, dans ces cas, de profiter de l'opération césarienne pour enlever les ovaires ou pour lier les trompes, et que la méthode conservatrice est incontestablement supérieure, dans l'espèce, aux procédés mutilateurs.

M. Verneuil a fait un rapport sur un travail de M. Quénu relatif à la névrotomie dans les gangrènes douloureuses. Chez un homme atteint de gangrène horriblement douloureuse du pied droit, M. Quénu réséqua les nerfs poplités interne et externe, et le nerf saphène externe. Le soir même, le malade était soulagé et le lendemain toute douleur avait disparu. M. Verneuil approuve pleinement ce moyen d'*algostase*, la névrotomie à distance pour combattre les douleurs qui sont parfois si intenses dans les gangrènes des extrémités.

M. Laborde a fait une communication sur quelques homologues de la quinine.

Nous signalerons enfin la présentation par M. Constantin-Paul d'un diabétique atteint de gangrène des orteils et guéri à l'aide de bains d'oxygène et de lavages antiseptiques.

Au début de la séance, l'Académie a élu deux correspondants étrangers dans la première division : MM. Léon Revilliod (de Genève) et Edward Seguin (de New-York).

HOPITAL RICORD. — M. Charles MAURIAC.

Traitement auxiliaire de la syphilis (1).

II

Il arrive souvent que la syphilis atteint des personnes qui étaient déjà sous l'influence d'une autre maladie constitutionnelle, telle que l'arthritisme, la dartre, la scrofule, pour ne parler que des principales. Il importe alors de faire entrer en ligne de compte, dans le traitement, les indications que fournissent ces états morbides généraux. S'ils ne sont qu'à l'état latent, s'ils n'ont pas donné signe de vie depuis longtemps, on ne dirigera contre eux aucune médication. A plus forte raison, nous en abstiendrons-nous si nous ne faisons que les soupçonner. Mais lorsqu'ils ont été mis en éveil par la syphilis et que leurs manifestations s'ajoutent à celles de cette dernière maladie, n'hésitons pas à les combattre. Là encore, comme pour les anémies, la cachexie chloro-neurasthénique, etc., il n'existe aucune incompatibilité entre la médication anti-syphilitique et la médication auxiliaire et latérale.

Chez les personnes qui étaient scrofuleuses avant la syphilis ou qui, sous son influence, le deviennent et subissent les manifestations de cette maladie constitutionnelle restée latente jusqu'à ce moment, la médication spécifique est indiquée comme chez les sujets sains. Le mercure, contrairement à ce qu'on pourrait supposer, n'est point nuisible, et il exerce son action curative avec la même efficacité que dans les conditions ordinaires. Il n'attaque point l'élément scrofuleux des lésions, mais il ne l'aggrave pas non plus.

Toutefois, l'iodure de potassium a sur lui une supériorité incontestable dans la scrofulo-syphills. Sans être un spécifique des accidents strumeux, il ne reste pas inerte contre eux autant que le mercure; il les modifie même souvent d'une façon avantageuse. Aussi est-il formellement indiqué dans tous les cas où l'économie est fortement imprégnée du vice scrofuleux. Il l'est d'autant plus qu'il s'associe ordinai-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 694.

rement d'une façon très heureuse aux médications antiscrofuleuses.

Ces médications mal délimitées et sans spécificité nettement tranchée n'en sont pas moins des auxiliaires puissants qu'il ne faut pas négliger. L'huile de foie de morue à haute dose est un aliment-remède qu'on doit toujours prescrire dans les adénopathies syphilitico-strumeuses, dans les gommes d'une nature mixte qui tiennent autant de la scrofule que de la syphilis, et bien plus encore dans celles dont la nature scrofuleuse est mise en lumière par leur résistance à l'iodure de potassium. La teinture d'iode est aussi une excellente préparation qui s'adresse aux deux éléments diathésiques de la maladie. Enfin, les ferrugineux, les amers, les toniques sous toutes les formes, entreront aussi pour une large part dans le traitement auxiliaire, etc.

Les diathèses dartreuses, herpétiques et arthritiques, qui sont si étroitement unies qu'on pourrait à la rigueur n'en faire qu'une seule, l'*arthritisme*, dont le domaine est démesurément vaste et presque illimité, ces états morbides complexes se rencontrent très fréquemment chez les syphilitiques. C'est à eux qu'il faut attribuer un grand nombre de manifestations équivoques qui surviennent hors de saison et prolongent, par exemple, indéfiniment la période secondaire. Tenez pour certain que la plupart des éruptions sèches, sans tendance ulcéreuse, qui se montrent chez les syphilitiques, huit ou dix ans après le début de l'infection, sont de provenance mixte et même plutôt arthritico-herpétiques que syphilitiques. Les affections interminables de la langue et de la paume des mains ne nous en donnent-elles pas des preuves continuelles? Le stigmate spécifique n'y existe qu'à l'état d'ébauche; mais ce n'est pas dans le caractère souvent indécis de ces sortes de lésions qu'il faut chercher le diagnostic : nous le trouvons beaucoup plus sûrement dans leur résistance au traitement spécifique.

Chez de pareils sujets, le mercure n'est pas nuisible, mais il ne guérit pas. L'iodure encore moins, sans compter qu'il aggrave quelquefois la situation, loin de l'améliorer. Que faire alors? Recourir à d'autres médications. Il n'y en a pas qui attaquent à fond et d'emblée l'arthritisme et la dartre. Cependant, les alcalins et l'arsenic les modifient quelquefois avantageusement.

L'arsenic surtout est indiqué chez beaucoup de syphilitiques. C'est un agent thérapeutique que j'ai l'habitude de recommander dans les syphilis secondaires qui dépassent leur durée ordinaire. Je le prescris surtout pendant les suspensions du traitement spécifique. Il a l'avantage d'être un reconstituant, en même temps qu'un modificateur actif de certaines dermatoses. Il est rare que je néglige de l'employer dans les syphilides papulo-squameuses qui se concentrent sur la paume des mains, la plante des pieds, et qui attaquent simultanément la langue. Dans les syphilides compliquées d'eczéma, de prurigo, d'herpès récidivants, d'éruptions d'un caractère équivoque et non franchement spécifique, je l'ordonne sous la forme suivante ;

Arséniate de soude	10 centigrammes.
Sirop de gentiane ou de quinquina	400 grammes.

Prendre quotidiennement deux ou trois cuillerées à soupe de ce sirop. — Les malades l'acceptent volontiers, car ils y voient un *dépuratif*. Pour eux, le dépuratif auquel ils aspirent ne peut être que *liquide*. C'est un vieux préjugé.

Je prescris aussi quelquefois les pilules suivantes :

Arséniate de soude ou de fer.	3 milligrammes.
Benzoate de lithine. / Extrait de gentiane.	*ââ.* 10 centigrammes.

pour une pilule. En faire 50 semblables. — On en prendra 2 ou 3 par jour.

Quand il existe des coïncidences rhumatismales bien franches, on peut avoir recours au salicylate de soude, à la dose de 1 ou 2 grammes quotidiennement. La médication alcaline est toujours indiquée.

La diathèse paludéenne, chez les syphilitiques, ne contre-indique point le traitement spécifique. Le mercure et l'iodure doivent être administrés de la même façon qu'aux sujets non impaludés, mais avec beaucoup plus de prudence et à moindres doses, lorsqu'il existe un état cachectique grave. Le sulfate de quinine, l'extrait mou de quinquina, l'arsenic sont d'excellents auxiliaires. Il arrive même que les deux antisyphilitiques n'agissent efficacement que quand l'état morbide aigu et chronique, provenant de l'intoxication palustre, a été amélioré ou guéri par les préparations de quinquina et d'arsenic.

Dans les syphilis qui sont contractées par des cardiaques, les indications spécifiques restent les mêmes que chez les sujets sains. On donnera le mercure et l'iodure en tenant compte des ménagements qu'exigent l'époque, le degré des cardiopathies et leurs conséquences sur l'état général de l'organisme. Des deux spécifiques, l'iodure est certainement celui dont l'action s'adapte le mieux à la situation morbide très complexe créée par les affections cardio-pulmonaires. Il est démontré, en effet, qu'il diminue l'oppression, calme et prévient les attaques d'asthme, désobstrue les engagements viscéraux et modifie les artério-scléroses, si communes dans toutes les cardiopathies. Tout ce qui peut améliorer l'état général ou local chez les cardiopathes syphilitiques favorise l'action curative de l'iodure et du mercure.

Il faut surveiller avec grand soin, chez de pareils malades, le fonctionnement des reins, qui est presque toujours défectueux et insuffisant. Quand ces émonctoires sont sérieusement touchés, il importe d'administrer le mercure avec la plus grande prudence. Dans le cas contraire, il doit être largement donné, non seulement comme antisyphilitique, mais aussi comme diurétique.

Le régime lacté est l'auxiliaire le plus puissant de la médication hydrargyrique, non seulement dans les cardiopathies, mais peut-être encore plus dans toutes les néphrites graves et, en particulier, dans les différents types de la maladie de Bright.

Le diabète ne demande pas les mêmes ménagements que les névropathies. Parmi les dyscrasies, c'est celle qui s'accommode le mieux du traitement spécifique. J'ai soigné beaucoup de glycosuriques atteints de syphilis, et je n'ai jamais trouvé sur eux aucune contre-indication sérieuse à l'emploi du mercure et de l'iodure. Ce dernier remède, ainsi que le bromure de potassium, passe même pour leur être favorable. C'est un point douteux sur lequel je n'ai aucune observation probante. Mais ce dont je suis certain, c'est que le régime auquel on soumet les diabétiques est, chez eux, un auxiliaire actif dans le traitement de la syphilis. Je n'entends point par là qu'il combine directement son efficacité avec celle qui est propre au mercure et à l'iodure; il leur permet seulement de mieux développer leur action en assainissant le terrain dyscrasique.

Chez les syphilitiques atteints de maladies organiques incurables, comme le cancer, la phtisie, les mercuriaux et l'iodure perdent souvent une partie de leurs propriétés neutralisantes. Et puis, pouvons-nous les administrer dans la mesure qu'exigent les indications? Il faut toujours agir avec une extrême circonspection. Mais il arrive trop souvent que nous sommes débordés par les états morbides locaux ou généraux que suscitent ces graves maladies en combinant leur influence délétère. Loin de se neutraliser, elles s'aggravent réciproquement et hâtent la terminaison funeste, malgré tous nos efforts pour la prévenir et la retarder.

NOTE

SUR UN CAS DE SCARLATINE HYPERTHERMIQUE (MORT RAPIDE)

Par M. le docteur P.-A. Lop,
Chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Le 16 juin dernier, nous sommes appelé auprès d'un petit malade, l'enfant P..., qui était revenu la veille de l'école se plaignant de la gorge. A notre arrivée, nous trouvons le petit malade abattu, extrêmement rouge, pouls fréquent. Température rectale 41°8 (huit heures du matin). La gorge est rouge et présente un léger piqueté blanchâtre, adénopathie sous-maxillaire. Nous sommes en pleine période d'éruption d'une scarlatine. Comme traitement, nous prescrivons : gargarismes ou lavages boriqués, badigeons au jus de citron, lait alcoolisé, xx gouttes alcoolature aconit.

Le soir, température rectale 43 degrés : l'éruption est intense, l'abattement extrême, pouls à 190. Nous proposons les bains froids ou progressivement refroidis; refus de la famille, qui accepte, avec répugnance, les lotions froides. Même traitement, en plus une lotion toutes les trois heures.

Dimanche 17, le matin 42°8, même état; le soir 44 degrés. A trois heures du matin l'enfant est pris de convulsions et succombe à cinq heures, avec une température rectale de 41°8.

Depuis notre début dans la carrière médicale, nous avons bien souvent assisté à des épidémies de scarlatine, souvent très meurtrières, mais, dans les nombreux cas observés en ville ou à l'hôpital, une soixantaine environ, il ne nous avait jamais été donné de voir une marche aussi foudroyante. Nous connaissions l'existence de scarlatine hyperthermique, pouvant amener rapidement la mort, mais pas dans un délai aussi bref. L'extrême élévation de la température nous fait comparer ce cas de scarlatine *au coup de chaleur*, si commun dans les pays intertropicaux.

Les cas de ce genre sont, heureusement, très rares. Trousseau, dans ses cliniques, cite l'observation d'un enfant qui succomba en vingt-six heures. En 1824, l'illustre clinicien vit, à Tours, une jeune femme succomber en moins de onze heures, avec élévation excessive de la température, délire, fréquence excessive du pouls.

La forme que nous avons observée est décrite par les auteurs sous le nom de *forme foudroyante*. Ce qualificatif suffit, à lui seul, pour donner la mesure de l'allure que peut prendre, dans certains cas, la scarlatine. Nous pensons qu'il existe peu de maladies aiguës de l'enfance, à l'exception du croup, capables d'amener si rapidement la mort, l'hyperthermie seule doit être mise en cause. Elle n'est justiciable que d'une seule médication : l'hydrothérapie froide.

REVUE DE LA PRESSE

Infection blennorragique de l'utérus et des trompes. — M. Winter communique à la Société d'obstétrique de Berlin les résultats de ses recherches sur 1° la durée de la période aiguë, et 2° les moments les plus favorables à la transmissibilité de l'infection gonorrhéique à l'utérus et aux trompes.

Si la malade n'est pas soumise à une réinfection, la période aiguë peut se terminer en huit jours, et quelquefois la blennorragie guérit ainsi complètement. Quant aux causes qui favorisent l'infection utéro-tubaire, ce sont surtout : 1° les règles : il est démontré que la salpingite et la pelvi-péritonite se montrent immédiatement après les menstrues; 2° peut-être les gonocoques se multiplient-ils dans le sang, qui serait un milieu favorable de culture ou bien le liquide permet aux bacilles d'atteindre les parties situées plus haut; 3° la troisième cause est d'ordre mécanique : mains septiques, canule. M. Veit en conclut qu'à la période aiguë il faut surtout traiter la blennorragie par le repos et l'expectative; le traitement local pouvant facilement aboutir à des pyosalpinx et paramétrites. (*Gaz. heb. méd. de la Russ. mérid.*, n° 4, 1894.)

Pathologie de la dentition. — M. Goundobine a observé 80 enfants et a noté 6 cas de gingivite localisée et 2 cas de gingivite diffuse, qui concordaient parfaitement avec l'éruption d'une dent et ne dépendaient d'aucune autre cause. Les enfants à la mamelle devenaient irritables; les enfants plus avancés en âge localisaient bien la source du malaise.

Il faut faire attention, non pas à l'apparition des dents, mais à la structure des dents déjà parues, et surtout des gencives.

L'auteur a observé que la couche épithéliale a une épaisseur différente et qui diminue avec l'âge. Il se demande si ce phénomène n'est pas en rapport avec la difficulté de la première dentition. Sans pouvoir répondre à cette question, M. Goundobine a tiré de ses observations les règles suivantes : 1° des phénomènes morbides dans la dentition ne s'observent que dans les cas rares, exceptionnels; 2° les enfants rachitiques, scrofuleux, etc., doivent être exclus de la statistique générale; 3° on ne peut tirer de conclusions générales que si l'on a un grand nombre de malades observés par un médecin personnellement, et si l'on a fait l'examen histologique. (*Wratsch*, n° 3, 1894. Congrès des médecins russes.)

Laryngosclérome isolé. — M. Kobler présente à la Société médicale de Vienne un cas de laryngosclérome chez une malade, hongroise, de vingt-quatre ans.

Il y a quatorze ans elle était entrée dans le service du professeur Schrötter, pour un enrouement de la voix, avec difficulté de la respiration. On a constaté un rétrécissement cunéiforme du larynx par formation de chaque côté, en avant et en arrière, de petites tuméfactions gris rougeâtre. Le diagnostic était : hypertrophie des cordes vocales inférieures. Après un traitement de plusieurs semaines par la dilatation par des bougies en caoutchouc durci, la malade fut très améliorée et a quitté le service. Deux ans plus tard, la malade est de nouveau rentrée avec les mêmes phénomènes que la première fois. Les fosses nasales furent examinées, comme pendant son séjour précédent à l'hôpital, de même que l'isthme naso-pharyngien et le pharynx, et on n'y a jamais trouvé quelque chose d'anormal. Même traitement. Enfin, dernièrement, après douze ans, la malade s'est présentée de nouveau, mais avec un tableau bien différent. D'abord, on ne trouve plus de rétrécissement laryngé. On constate la présence d'une membrane rayonnée, s'étendant depuis l'axyle rentrant du thyroïde, jusqu'à la partie

moyenne de la glotte, située au-dessus des cordes vocales inférieures se plissant pendant l'émission des sons, et dont le bord postérieur s'étend de droite à gauche et d'arrière en avant. En plus, on trouve une néoplasie du volume d'un pois, lisse, située dans la corde vocale supérieure droite et qui rappelait un petit kyste par sa forme. Le professeur Schrötter a diagnostiqué un sclérome du larynx. La petite tumeur fut extirpée et l'examen bactériologique et histologique a pleinement confirmé le diagnostic. Il est à remarquer que la malade, sauf cette lésion, jouissait d'une santé parfaite, et que ni dans le nez, ni dans l'arrière-cavité des fosses nasales et le pharynx, il n'y avait la moindre lésion, pas même un léger catarrhe. Pour l'auteur, la malade présentait déjà un commencement de sclérome à sa première entrée à l'hôpital, car le sclérome frappe ordinairement les sujets jeunes, et apparaît rarement après vingt ans. On se propose de sectionner la membrane qui obture la glotte et de traiter le rétrécissement qui peut en résulter par la dilatation. (*Wien. Med. Woch.*, n° 5, 1894.)

Ectopie périnéale du testicule. — M. Hœck a fait une communication à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Vienne, sur un cas d'ectopie périnéale du testicule gauche. On dit qu'il y a, en général, ectopie testiculaire quand la glande séminale se trouve sur un point quelconque du trajet qu'elle doit parcourir. On a ainsi l'ectopie crurale inguino-scrotale ; quelquefois, le testicule se trouve au niveau du périnée, au voisinage immédiat de l'anus.

Dans le cas de M. Hœck, il s'agit d'un enfant d'un mois, chez qui le scrotum est presque normal, divisé en deux moitiés égales par le raphé, la droite contenant le testicule, la gauche absolument vide. En même temps, on constate, au niveau du sillon inguino-scrotal, une tuméfaction bleuâtre allongée, atteignant presque l'anus, recouverte par une peau normale. La palpation démontre qu'il s'agit du testicule gauche en ectopie.

La plupart des observations relatent l'ectopie chez des adultes, et rarement chez les nourrissons.

Quant à l'étiologie, il s'agit pour l'auteur, probablement, d'une insertion anormale du gubernaculum testis. (*Centrabl. f. gyn.*, n° 4, 1894.)

Ictère des nouveau-nés. — M. A. Schmidt a observé 150 enfants nouveau-nés; chez 50 la ligature du cordon fut faite immédiatement après la naissance; chez les 100 autres après un temps qui variait de 10 à 30 minutes, parfois après la délivrance.

Les résultats sont les suivants :

1° L'ictère des nouveau-nés est presque deux fois plus fréquent chez les enfants chez qui on a fait la ligature du cordon immédiatement après la naissance.

2° Les formes les plus graves de l'ictère s'observent dans les cas de ligature précoce du cordon (72,7 p. 100 des cas observés).

3° L'ictère frappe surtout les garçons, quoique le poids de ces enfants soit plus considérable que chez les filles. Ce fait s'observe aussi bien chez les enfants nés à terme, que chez ceux nés avant terme.

4° La date de l'apparition de l'ictère présente des différences considérables : dans la ligature précoce du cordon, l'ictère se montre dès le deuxième jour, dans la ligature tardive, le quatrième jour.

5° La durée moyenne de l'ictère varie aussi : dans la ligature immédiate du cordon, la coloration des téguments disparaît après sept jours et demi; dans la ligature tardive après cinq jours environ.

6° L'époque de la ligature du cordon n'a pas d'influence sur le développement des enfants les premiers quinze jours. Les nouveau-nés à ligature du cordon tardive, qui sont plus rarement atteints d'ictère et sous forme légère, se développent moins pendant la première quinzaine que les enfants à ligature précoce, quoique chez ces derniers l'ictère prédomine comme fréquence et intensité.

7° Les enfants bien portants sont plus rarement atteints d'ictère que les enfants faibles et chétifs. (*Gaz. hebd. méd. de la Russ. mérid.*, n° 4, 1894.)

Anasarque sans albuminurie. — M. Guerster communique une observation intéressante d'un malade de vingt-huit ans, qui fut pris brusquement, il y a un an, à la suite d'un refroidissement, d'un anasarque généralisé, qui persistait encore à son entrée à l'hôpital. On n'a pu trouver dans les antécédents du malade ni syphilis, ni impaludisme. A l'examen du malade, ce qui frappe surtout, c'est l'état de féminisme. Les organes génitaux sont normaux. Le cœur est légèrement hypertrophié, transversalement les membres inférieurs considérablement infiltrés, l'ascite assez notable. Pas de souffles anémiques au cœur, les valvules fonctionnent bien, pas d'insuffisance du myocarde, le pouls était très régulier. Les urines étaient normales, ne contenant ni albumine ni cylindres rénaux. Le nombre des globules blancs et rouges du sang était aussi normal, mais la quantité de l'hémoglobine était diminuée de 50 p. 100. Après exclusion d'œdème par compression, d'origine cardiaque, hépatique, névropathique, hystérique, on a songé à une néphrite interstitielle et le tableau classique s'en rapprochait, en effet, beaucoup. Mais pendant deux mois et demi, l'analyse quotidienne des urines, à différentes heures de la journée, a donné des résultats négatifs. Le régime lacté n'a pas fait disparaître l'œdème. On a pensé ensuite à une angionévrose syphilitique (comme l'a décrit M. Tschirkoff), mais le traitement ioduré a provoqué des phénomènes d'iodisme. L'auteur a alors pensé à un anasarque dû à la chlorose et, en effet, le traitement par le fer et une bonne alimentation a fait disparaître presque tous les phénomènes morbides. Fait curieux, le malade, dont la face était jusqu'alors dépourvue de poils, a vu sa barbe et ses moustaches commencer à pousser à la suite de ce traitement. L'auteur explique l'étendue de l'anasarque par une cause adjuvante à la chlorose, lésion dynamique du système vaso-moteur. (*Wratsch*, n° 1, 1894.)

Sur l'acide chlorhydrique libre dans les gastrites chroniques. — M. R. Wagner a fait une communication au Ve Congrès des médecins russes sur la fréquence de l'absence de l'acide chlorhydrique dans le suc gastrique. Sur 216 malades atteints de gastrite et entérite chronique (dont 126 femmes et 90 hommes), l'auteur a constaté l'absence de l'acide chlorhydrique libre chez 39. De ces 39 malades, 6 seulement étaient atteints de cancer, les autres 33 n'en présentaient aucun symptôme. Il y avait donc, sur 210 cas d'affection gastrique non cancéreuse, 33 cas avec absence d'acide chlorhydrique libre, ce qui fait 15,71 p. 100. Se basant sur ces chiffres, M. Wagner nie la valeur diagnostique de l'absence d'acide chlorhydrique libre pour le cancer; cette absence ne peut que confirmer le diagnostic, si les autres symptômes plaident en faveur du cancer. Tous les autres cas de gastrite sans acide chlorhydrique libre peuvent être divisés en deux groupes : 1° 12 cas où le contenu de l'estomac était neutre ou alcalin et où il n'y avait pas du tout de réaction de peptone; 2° 2 cas où la réaction était acide et le suc gastrique contenait des peptones.

L'acide chlorhydrique libre fait défaut surtout chez les jeunes sujets, entre vingt et trente ans. Si l'on admet l'origine parasitaire du cancer, on peut supposer, par analogie avec les autres maladies infectieuses, que l'absence d'acide chlorhydrique libre dans l'estomac prédispose au développement du néoplasme. L'auteur croit plutôt à cette hypo-

thèse qu'à la disparition d'acide chlorhydrique par le cancer déjà développé. (*Wratsch*, n° 1, 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 3 juillet 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATION

Présence du bacille de la tuberculose dans les cavités nasales de l'homme sain. — M. STRAUS a réussi à mettre en évidence la présence de bacilles tuberculeux virulents à l'intérieur de la cavité nasale d'individus sains fréquentant des locaux habités par des phtisiques.

Ses expériences ont été faites à la Charité sur des infirmiers et des infirmières, sur des malades atteints d'affections non tuberculeuses, mais ayant séjourné à l'hôpital depuis un temps assez long, enfin sur un certain nombre d'élèves attachés à son service. Infirmiers et élèves étaient parfaitement bien portants et ne présentaient aucun soupçon de tuberculose. Chez ces différents sujets, il a recueilli les poussières, les croûtes et les mucosités contenues dans les cavités nasales à l'aide de tampons de coton entortillés à l'extrémité d'une mince baguette de bois, et préalablement stérilisés à l'autoclave. Les tampons chargés du contenu de la cavité nasale sont agités dans un tube à essai contenant du bouillon ou de l'eau stérilisés. Le liquide très trouble ainsi obtenu à la suite du curage des fosses nasales est injecté dans le péritoine d'un cobaye.

Vingt-neuf cobayes ont été ainsi inoculés avec les produits provenant des cavités nasales de 29 individus. Sept de ces cobayes périrent, dès les premiers jours, de septicémie ou de péritonite purulente; dans 13 cas, les animaux demeurèrent bien portants et ne présentèrent pas de lésion à l'autopsie; enfin, dans 9 cas, ils moururent ou furent sacrifiés au bout de trois à cinq semaines avec des lésions tuberculeuses, le plus souvent très accusées, à point de départ intra-péritonéal; la nature tuberculeuse de ces lésions fut toujours vérifiée par la constatation du bacille.

Ainsi sur 29 individus sains ou du moins absolument indemnes de tout indice de tuberculose, mais séjournant plus ou moins longtemps dans les salles d'hôpital, 9 hébergeaient le bacille de la tuberculose, pleinement virulent, dans les cavités des fosses nasales.

Les cas positifs figurent donc dans la proportion inattendue et presque effrayante d'un tiers. Parmi ces cas positifs, 6 se rapportent à des infirmiers vivant à l'hôpital, balayant les salles, secouant les objets de literie; sur 3 malades atteints d'affections étrangères à la tuberculose, mais depuis plusieurs mois à l'hôpital, 1 donna un résultat positif; enfin, parmi 7 élèves du service, qui ne passent que quelques heures par jour à l'hôpital, 2 (dont l'interne du service) avaient des bacilles virulents de la tuberculose dans leurs cavités nasales.

Depuis les travaux de Villemin et de Koch, on s'accorde à regarder les crachats des phtisiques, desséchés et flottant dans l'air, comme les agents par excellence de l'infection tuberculeuse. Cornet, dans un travail bien connu, a montré que l'air des locaux habités par des phtisiques peut charrier des poussières virulentes et tuberculeuses.

M. Straus a pu serrer le problème de plus près. Il ne s'agit plus simplement de montrer que, dans les salles d'hôpital et dans les appartements occupés par des phtisiques, l'air peut contenir des poussières chargées de bacilles de la tuberculose. Nous savons désormais que ces bacilles pénètrent et séjournent, avec la plénitude de leur virulence, à l'intérieur des fosses nasales chez des individus, du reste absolument sains, passant un temps plus ou moins long dans l'entourage des phtisiques.

M. VERNEUIL rappelle avoir parlé du microbisme latent et avoir montré, en particulier, que le streptocoque de l'érysipèle pouvait exister longtemps inoffensif dans l'arrière-gorge.

La communication de M. Straus montre un fait de même nature.

De tout temps, on a remarqué la fréquence de la tuberculose chez les jeunes enfants qui saignent du nez. La présence du bacille de Koch dans les fosses nasales peut rendre compte de cette tuberculose. Le léger traumatisme qui accompagne l'épistaxis explique l'inoculation d'un bacille contenu pour ainsi dire normalement au niveau du traumatisme.

PRÉSENTATION

Opération césarienne multiple. — M. GUÉNIOT présente deux jeunes femmes, sur lesquelles il a dû pratiquer quatre fois l'opération césarienne, deux fois sur chacune d'elles. Par une curieuse coïncidence, la seconde grossesse atteignit son terme presque à la même date. Aussi, les deux opérations qui s'ensuivirent eurent-elles lieu à peu de jours d'intervalle, le 21 mai dernier chez l'une, et le 28 mai chez l'autre. Leurs suites furent des plus simples, et la santé des deux femmes promptement rétablie.

La première césarienne de l'une remonte au 14 janvier 1891, et celle de l'autre au 17 décembre 1892; ce qui représente, pour l'une, un intervalle de trois ans quatre mois et sept jours entre ses deux opérations, et pour l'autre seulement un intervalle de dix-sept mois et onze jours.

Les quatre enfants issus de ces diverses opérations naquirent vivants. Le premier est une petite fille actuellement âgée de trois ans et demi, et qui, sous tous les rapports, s'est parfaitement développée.

M. Guéniot rappelle avoir présenté le second (également une fille) dans la séance du 31 janvier 1893, en notant que sa conformation offrait certains traits du rachitisme congénital. Il était alors âgé de six semaines.

Quant aux deux derniers nés, ils sont l'un et l'autre en bonne voie de développement; ce sont deux garçons qui, à leur naissance, pesaient chacun près de 3000 grammes. L'un est aujourd'hui âgé de quarante-trois jours, et l'autre de trente-six jours. Celui-ci, fait curieux à signaler, présente, comme sa sœur, des traits accusés de rachitisme héréditaire.

Les mères sont de très petite taille et contrefaites. L'une d'elles, Eugénie R..., est même une véritable naine, car elle ne mesure que 1m15. Toutes deux portent les stigmates d'un rachitisme très intense. Chez l'une et chez l'autre, le bassin est profondément vicié; celui de la naine offre à peine 4 centimètres dans son diamètre antéro-postérieur. C'est en raison de ces viciations que, dans les quatre grossesses sus-indiquées, M. Guéniot a cru devoir intervenir par l'opération césarienne.

L'histoire de ces accouchements présente d'intéressants détails que M. Guéniot se réserve de faire bientôt connaître. Pour aujourd'hui, il se contente de mentionner les quelques points suivants :

1° Préférant choisir, dit-il, le jour et l'heure de mon intervention, c'est sur la fin de la grossesse et sans attendre l'apparition du travail que je me décidai à opérer.

2° Trois fois sur quatre, je rencontrai le placenta sous mon bistouri, ce qui occasionna, pour chacune des trois opérations, une perte d'environ 500 grammes de sang. Dans le quatrième cas, au contraire, l'hémorragie fut de médiocre importance.

3° Chez Eugénie R... (la naine), je retrouvai tout à fait intacts, au cours de l'opération, les points de suture uté-

rine que j'avais établis dix-sept mois et onze jours auparavant, lors de la première césarienne (17 décembre 1892).

4° On sait que, en vue de soustraire la femme aux dangers éventuels d'une nouvelle grossesse, une certaine pratique consiste à faire suivre l'extraction de l'enfant, soit de l'amputation utéro-ovarique, soit de la ligature des trompes. D'après l'exposé qui précède, on a pu voir que, dans aucun cas, je n'ai suivi de tels errements, sans quoi les deux enfants derniers-nés n'auraient jamais vu le jour. Du reste, à ces deux exemples je puis en ajouter un troisième qui n'est pas moins significatif.

L'Académie n'a peut-être pas oublié que, le 9 février 1892, j'eus l'honneur de lui présenter, avec son enfant, une femme que j'avais opérée de la césarienne trois mois auparavant. Il s'agissait d'une femme qui, très gravement atteinte d'ostéomalacie au moment de son accouchement, se trouvait complètement guérie trois mois plus tard; et cela, quoique je n'eusse touché ni à ses ovaires, ni à ses trompes. Or, cette femme redevint bientôt enceinte, sans que le ramollissement des os reparût. Le 13 juin 1893, cette nouvelle grossesse étant heureusement parvenue à terme, je pus extraire — cette fois à l'aide de la symphyséotomie — un enfant aussi bien portant que l'était son aîné, le césarien. Et la mère se rétablit promptement de cette symphyséotomie comme, dix-neuf mois auparavant, elle s'était rétablie de la césarienne, tout en gardant son utérus et ses ovaires.

Comparée aux procédés mutilateurs, la méthode conservatrice montre donc ici une incontestable supériorité.

RAPPORT

Névrotomie dans les gangrènes douloureuses. — M. VERNEUIL lit un rapport sur un travail présenté sur ce sujet par M. Quénu.

Le point capital de ce travail est l'introduction de la névrotomie à distance, dans le traitement de la gangrène des membres, pour combattre le symptôme douleur.

D'après les doctrines régnantes et étant admis sans conteste le rôle des nerfs sensitifs et trophiques sur la vie et la nutrition des tissus, il eût été rationnel de redouter chez le malade de M. Quénu une aggravation de la gangrène. Or, c'est précisément le contraire qui est arrivé; non seulement le calme est revenu, l'état général s'est restauré, mais la gangrène s'est limitée, mais la vitalité s'est rétablie dans les téguments de la cuisse, où elle semblait fort compromise.

Il ne faut assurément pas conclure que cette opération devra désormais servir, en quelque sorte, de prélude nécessaire ni même utile à l'amputation qui, tôt ou tard, termine la cure des gangrènes des membres, ni même que cette cure devra toujours s'effectuer en actes plus ou moins espacés, car, dans certaines gangrènes septiques à marche rapide, l'exérèse n'admet, pour ainsi dire, aucun retard.

On peut cependant affirmer aujourd'hui que les sections nerveuses, accusées si catégoriquement de suspendre la vie dans les tissus, peuvent, tout au contraire, dans certains cas qui restent à déterminer, agir tout différemment et rétablir une nutrition quasi normale dans des parties où elle était profondément troublée. Quant à l'interprétation de l'efficacité de la névrotomie, on ne pourra l'aborder qu'après la publication de nouveaux faits.

LECTURE

Homologues de la quinine. — M. LABORDE fait une communication sur l'emploi de quelques homologues de la quinine (cupréine, quinéthyline et quinopropyline) préparés au moyen d'une base retirée du quina cuprea.

Il résulte de ces expériences que la quinéthyline est un antipériodique bien supérieur à la quinine et qui trouverait son indication dans les cas où la quinine a échoué, et que la quinopropyline aura peut-être son emploi comme antithermique puissant dans les fièvres continues.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les dix candidats dont les noms suivent ont été déclarés admissibles aux épreuves définitives du concours de médecin du Bureau central : MM. Ménétrier, de Gennes, Queyrat, Jacquet, Capitan, Dalché, Duflocq, Dubief, Bruhl et Vaquez.

— Le concours du clinicat des maladies mentales vient de se terminer par la nomination, par ordre alphabétique, de MM. les docteurs Roubinowich et Toulouse.

— Un concours pour les emplois de médecins du traitement à domicile et du service des consultations s'ouvrira le lundi 1er octobre 1894.

Les inscriptions seront reçues à l'administration générale de l'Assistance publique, avenue Victoria, 3 (service des secours à domicile), de onze heures à quatre heures, jusqu'au samedi 1er septembre 1894, quatre heures inclusivement.

— *École de médecine de Clermont.* — Sont institués : chef de clinique chirurgicale, M. Fournial; chef de clinique médicale, M. Guillemin.

— M. le docteur J. Comby, médecin de l'hôpital Tenon, vient d'être nommé chevalier de l'ordre de la Couronne d'Italie.

— M. le docteur S. Pozzi est élu membre du Conseil général de la Dordogne pour le canton d'Issigeac.

— M. le docteur S. Schneider, médecin-major de première classe, dont nous avons annoncé la mission en Perse, est nommé médecin de S. M. le Schah.

— Cinq cas de typhus se sont déclarés à Amiens et à Péronne. A Dieppe, une sœur hospitalière a été atteinte de typhus.

A Paris, plusieurs cas ont été déclarés depuis le commencement du mois de juin. L'un des malades appartenait à l'hospice de Bicêtre; une infirmière est décédée le 21, un autre décès avait eu lieu le 19; depuis le 26 juin, 9 cas se sont produits dont 8 aux environs des Halles.

On signale le choléra dans l'Asie-Mineure, l'Autriche-Hongrie, la Pologne; et la peste à Hong-Kong.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barudel (de Vichy); Bernard (du Mas-d'Azil); Bertrand (de Blasimont); Gillet de Grandmont (de Paris), chirurgien-oculiste de la Légion d'honneur; Jamet (de Chateauneuf-d'Ille-et-Vilaine); Jaubert (de Périgueux).

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUDD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

ANTIPYRINE DU Dr KNORR

Nous offrons par l'entremise des maisons de gros l'**ANTIPYRINE** en boîtes fer blanc de **50** et **100**s.

Exiger notre étiquette, seule garantie de pureté.

Compagnie Parisienne de Couleurs d'Aniline.
31, rue des Petites-Écuries. Paris

ÉLIXIR & PILULES GREZ CHLORHYDRO PEPSIQUES

Dyspepsies, anorexie, vomissements, etc.
Paris. COLLIN et Cie. 49, r. de Maubeuge, et phies.

GLYCÉROPHOSPHATE DE CHAUX OU

PHOSPHATE VITAL de Jacquemaire

Phosphoglycérate de Chaux
Identique à celui de l'organisme. Neutre et soluble. *Entièrement assimilable.*

Indiqué dans : *MALADIES des ENFANTS, PHTISIE. Maladies NERVEUSES, CONSOMPTION, CACHEXIE. ALBUMINURIE. CONVALESCENCES, etc.*
En solution gazeuse (Stérilisée par C O2).

L. JACQUEMAIRE, Pharmacien de 1re Classe, **VILLEFRANCHE** (Rhône) et toutes les bonnes Pharmacies.

1° Solution gazeuse; 2° Forme granulée; 3° Solutions injectables (Soude ou Chaux).

PRESCRIRE SOUS LE NOM DE **PHOSPHATE VITAL**

ANÉMIE, CHLOROSE AMÉNORRHÉE DYSMÉNORRHÉE, SCROFULES, ETC.

Pilules
à l'Iodure ferreux inaltérable
DE
BLANCARD

Solution et Comprimés BLANCARD
à l'Exalgine

NÉVRALGIES MUSCULAIRES, DENTAIRES, CARDIALGIES, RHUMATISMES, etc., etc.

Le plus actif, le plus inoffensif et le plus puissant médicament
CONTRE LA DOULEUR

VENTE EN GROS : **BLANCARD & Cie**, 40, Rue Bonaparte, PARIS.

VIN TANNIQUE
DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

ANÉMIE CHLOROSE — DÉBILITÉ ALLAITEMENT

Réparateur prescrit par les Médecins des Hôpitaux de Paris dans tous les *cas de Débilitation*, recommandé aux convalescents, aux vieillards, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.
DÉPOT GÉNÉRAL : **E. DITELY**, propre, **18, Rue des Écoles, PARIS.**

DIIODOFORME TAINE

AYANT TOUTES LES PROPRIÉTÉS DE L'IODOFORME
*sans en avoir les inconvénients et l'**odeur désagréable**.*

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HÔPITAUX on lui a reconnu produire les mêmes effets que l'Iodoforme ordinaire, comme celui-ci il est **anesthésique, désinfectant et antiscrofuleux**; c'est surtout un agent **cicatrisant** de premier ordre, dont l'efficacité est incomparable dans le traitement de toutes les *affections chancreuses* et de toutes les *plaies vives, accidentelles ou chirurgicales*, en un mot de tout ce qui est justiciable de l'Iodoforme.

Son application directe sous forme de poudre ou de pommade est préférable à tout autre mode d'emploi. — Dans ces conditions, on arrive à réaliser des pansements **RIGOUREUSEMENT INODORES**, ce qui est impossible avec l'Iodoforme et ses préparations.

DIIODOFORME — M — V — T
MARQUE DÉPOSÉE

Se vend en flacon spécialisé de 5 grammes pour être délivré au public sur ordonnance des médecins et en vrac, pour préparations, par divisions de 15, 30, 60, 125, 250 et 500 gr.

BIEN SPÉCIFIER : **DIIODOFORME TAINE**

Pharmacie **TAINE**, *7, Rue du Marché-Saint-Honoré, PARIS* et dans toutes les Pharmacies.
Préparation et Vente en gros : Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9, Rue de la Perle, Paris.*

CÉRÉBRINE Coca-Théine Analgésique Pausodun.

MIGRAINES * NÉVRALGIES
Vertige stomacal, Zona, Lumbago, Courbature, Influenza, **COLIQUES MENSTRUELLES**

C. BROMÉE et C. IODÉE : Neurasthénie, *Névroses, Névralgies rebelles, rhumastismales, etc.*
Une c. à soupe à toute période de l'accès. NOTICE et SPÉCIM. fco. Cérébr., flac. de **5** fr. et **3** fr.; C. Bromée et C. Iodée, flac. **5 fr.**
E. FOURNIER, 114, R. de Provence, Paris et ttes Phcies.

ASTHME, PAPIER FRUNEAU

le seul papier anti-asthmatique récompensé à l'Exposition universelle de 1889. 45 ans de succès.
Entrepos. : E. FRUNEAU, Nantes, et toutes Phies.

COALTAR SAPONINÉ LE BEUF

DÉSINFECTANT, ANTIDIPHTHÉRIQUE, CICATRISANT.
Admis dans les Hôpitaux de Paris.

GOUDRON LE BEUF -- TOLU LE BEUF

Approuvés par la haute Commission du Codex.

Ces trois produits se trouvent dans les principales pharmacies. — **Se méfier des contrefaçons.**

THERMES DE DAX

et Grand Hôtel des Thermes.—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure;*

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry M[illegible] pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (G[illegible]

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4** francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

LES SEULES VERITABLES PASTILLES DE

VICHY

sont les

PASTILLES VICHY-ÉTAT

Vendues en Boîtes métalliques scellées

EXIGER la MARQUE de L'ETAT

En vente dans les bonnes Pharmacies.

SAISON DES BAINS
15 mai — 30 septembre.

Inappétence, Dyspepsie flatulente. Atonie du tube digestif.

GRANULES DE BAUMÉ

(*Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.*)
Phie FRANÇAISE, 1 et 3, pl. de la République. Paris.

BAINS D'EAUX-MÈRES

de Salies-de-Béarn (Basses-Pyrénées).

Eaux-mères chlorurées sodiques bromo-iodurés et sels concentrés d'eaux-mères pour bains chez soi. Un litre pour un bain. Flacon : 1 fr. 50.
Rachitisme, lymphatisme, scrofules, nécroses.
Paris, Pharmacie centrale et principales phies.

CONGESTIONS, DILATATIONS, INFLAMMATIONS VEINEUSES
2 à 3 cuillerées à soupe par jour.
HAMAMELINE-ROYA
Principe ACTIF aromatique de l'HAMAMELIS VIRGINICA par LACHARTRE, 19, R. Mathurins, PARIS
HÉMORRAGIES-PHLÉBITES-VARICES-HÉMORROÏDES

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de **BOLDO-VERNE**. 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ÉLIXIR de BOLDO-VERNE**. — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des tumeurs vraies et primitives du médiastin.

Par M. E. Tuja,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Les tumeurs du médiastin constituent une étude qui est un peu à cheval sur la chirurgie et la médecine. Il existe peu de travaux d'ensemble sur ce sujet et il semble que chirurgiens et médecins se soient autorisés à le laisser dans l'ombre, se concédant réciproquement l'autorité voulue pour aborder la question.

Après quelques mots d'historique, nous étudierons, dans un premier chapitre, l'anatomie pathologique des tumeurs du médiastin, et, disons-le dès maintenant, nous n'entendons parler ici que des tumeurs primitives vraies du médiastin. Le temps n'est plus où tumeur était synonyme de tuméfaction. Les anévrysmes de l'aorte, les abcès du médiastin ne sont nullement des néoplasmes et nous n'aurons à nous en occuper qu'à propos du diagnostic.

Notre second chapitre, exclusivement clinique, sera réservé à la symptomatologie générale, au diagnostic et au traitement.

I

Historique. — Pendant longtemps, les tumeurs du médiastin ont été synonymes de manifestations tuberculeuses localisées sur les ganglions de cette région. Gédéon Leblond dans sa thèse qui date de 1824, Laënnec, Andral, Rilliet et Barthez n'en parlent qu'à propos de la phtisie pulmonaire. Le plus ancien travail sur l'adénopathie trachéo-bronchique serait, d'après Baréty, dû à Lalouette (1) qui en parle assez longuement dans son *Traité des scrofules*.

Ces auteurs ne connaissaient que l'adénopathie des enfants. Fonssagrives, en 1861 (2), montra que la même affection pouvait se rencontrer chez l'adulte. Mais nous avons en vain cherché dans ses observations une ganglionnite du type néoplasique.

A H. Rendu (1) revient l'honneur d'avoir rassemblé et publié les premiers cas de tumeurs malignes du médiastin. Plus tard, les travaux de Guéneau de Mussy (2), de Letulle (3), de Marfan (4) sont venus compléter la question.

C'est surtout dans les publications récentes de ces derniers auteurs que nous puiserons les éléments voulus pour constituer une question homogène.

(1) Lalouette. *Traité des scrofules*, 1780.
(2) Fonssagrives. *Arch. gén. de méd.*, 1861.

II

Anatomie pathologique. — *L'anatomie du médiastin* est le préliminaire indispensable de l'étude des tumeurs de cette région. Considérer comme on le fait généralement dans les auteurs classiques, une série de plans occupant successivement le péricarde, le cœur, le hile pulmonaire et les autres organes du médiastin postérieur, ce serait faire fausse route pour le sujet qui nous occupe. Guidé par la clinique, nous considérerons, à la région deux grandes parties : une inférieure ou région péricardique, une supérieure au-dessus du péricarde.

Dans son ensemble, le médiastin est compris d'une part entre le sternum et la colonne vertébrale, d'autre part entre les deux plèvres.

La région cardiaque et le péricarde nous intéressent assez peu. Signalons toutefois, dès maintenant, les rapports qu'elle affecte dans certains cas avec le thymus ou ses débris, et aussi dans des cas rares avec des thyroïdes aberrantes ou des goitres plongeants. Du reste, nous aurons l'occasion de revenir sur la loge thymique.

La région sus-cardiaque est, au contraire, le lieu d'élection des tumeurs qui nous occupent. Nous devons la subdiviser en deux plans : un premier plan vasculaire qui comprend les veines brachio-céphaliques et la veine cave supérieure, la crosse de l'aorte et les artères qui en émanent, les artères et veines pulmonaires.

Dans un deuxième plan, nous rencontrons la trachée et les bronches, le nerf pneumo-gastrique et les récurrents,

(1) H. Rendu. Des tumeurs malignes du médiastin, *Arch. gén. de méd.*, 1875.
(2) Guéneau de Mussy. *Cliniques.*
(3) Letulle. Thymus et tumeurs malignes du médiastin, *Arch. gén. de méd.*, 1890.
(4) Marfan. Kyste dermoïde du médiastin antérieur, *Gaz. hebd. de méd. et de chir.*, 1891.

enfin l'œsophage. Cette division nous servira de base dans notre description clinique ; elle est d'une importance primordiale.

Les néoplasmes du cœur, du péricarde, de l'œsophage relèvent de la pathologie de ces organes. Les altérations de l'aorte, anévrysmes ou autres, les lésions de la trachée, les inflammations du tissu cellulaire, ne sont, encore une fois, nullement des tumeurs dans le sens actuellement adopté et *nous n'avons, en somme, à décrire comme tumeurs primitives du médiastin que deux espèces.*

Les unes sont des tumeurs malignes, soit d'origine ganglionnaire, soit plus rarement émanées des thymus et peut-être de lobes aberrants de la thyroïde.

Le second groupe comprend les tumeurs bénignes, qui sont d'origine variable.

Tumeurs ganglionnaires. — Les ganglions de la région médiastine ont été parfaitement décrits par Barèty (1).

D'après cet auteur, les ganglions cervicaux profonds forment deux chaînes, l'une en avant, l'autre en arrière du faisceau vasculo-nerveux du cou. Ces deux chaînes pénètrent dans le thorax et se rejoignent pour former une anse qui se comporte comme les nerfs récurrents gauche et droit. Elles reçoivent, par leur partie postérieure, la chaîne œsophago-aortique. Par leur partie antérieure, elles se mettent en rapport avec la chaîne qui suit la mammaire interne et celle qui accompagne la sous-clavière. Par leur partie moyenne elles se continuent avec les ganglions péri-trachéo-bronchiques.

Les ganglions péri-trachéo-bronchiques sont ceux qui nous intéressent le plus. Barèty en distingue quatre groupes :

1° Groupe prétrachéo-bronchique droit plus important que le gauche. Il est en rapport avec la veine cave supérieure, la crosse de l'aorte, le pneumo-gastrique, la trachée et la bronche droite.

2° Groupe prétrachéo-bronchique gauche situé dans l'angle de bifurcation de la trachée et de la bronche gauche.

3° Groupe inter-trachéo-bronchique, situé dans l'écartement laissé par la bifurcation des bronches.

4° Groupe péri-bronchique qui accompagne les bronches. D'après Cruveilhier celles-ci sont accompagnées par des ganglions jusqu'à leurs quatrièmes divisions.

En résumé, tous ces amas ganglionnaires sont situés autour de l'extrémité inférieure de la trachée, qui correspond en arrière au corps de la troisième vertèbre dorsale, en avant à l'union de la poignée avec le corps du sternum. Vers eux confluent les voies lymphatiques émanées de la trachée, des bronches, poumons et plèvres.

Comme nous le verrons ultérieurement, les ganglions sus-claviculaires peuvent être envahis par un processus néoplasique émané du médiastin. D'après Richet, l'envahissement se ferait par l'intermédiaire de la plèvre. Barèty incrimine un groupe ganglionnaire rétro-sterno-claviculaire, qui communiquerait d'une part avec les ganglions sus-claviculaires et, d'autre part, avec le groupe péri-bronchique.

1° *Les tumeurs émanées de ces ganglions* sont naturellement du type lymphatique. Les distinctions en sarcomes, carcinomes, fibromes n'ont plus actuellement grande valeur et des statistiques de Pless, de Riégel élaborées dans ce sens ne donnent pas de renseignements bien nets. Des faits de Pasturand, de Cornil, d'Eger relatés dans le mémoire de Rendu établissent que ces tumeurs sont constituées par du tissu lymphoïde. Du reste, leur évolution identique, leur prédilection pour l'âge adulte plaident en faveur d'une analogie de structure. Aujourd'hui, il nous semble logique d'admettre avec M. Bard (1), qu'ici comme pour les autres organes, les tumeurs ne sont pas plus du carcinome que du sarcome, ce sont des tumeurs du type lymphoïde, les unes embryonnaires, les autres plus ou moins adultes : avons-nous affaire à une tumeur maligne? Elle sera constituée presque exclusivement par des cellules du type embryonnaire. Si, au contraire, nous avons affaire au type adulte, le stroma sera plus abondant. Mais toujours la cellule lymphoïde conservera son évolution autonome et caractéristique. Toutefois, le diagnostic entre le sarcome à petites cellules ou globo-cellulaire et le lymphadénome peut être fort difficile par le simple examen histologique. M. Bard prétend qu'il est possible. La connaissance de l'origine ganglionnaire de la tumeur sera dans ce cas très utile.

Cette anatomie pathologique est, en somme, celle que nous trouvons tracée dans des publications bien antérieures à celles de M. Bard, seulement on appelait sarcome et carcinome ce que nous appellerons tumeur lymphatique du type embryonnaire ou du type adulte. Je n'en veux pour preuve qu'un fait d'Eger, cité par Rendu dans lequel « la tumeur principale montra des cellules à formes variées, logées dans les mailles inégales d'une trame alvéolaire ; sur d'autres points de la tumeur, les éléments cellulaires sont devenus plus petits et homogènes, les alvéoles ont disparu, le réseau est fin et délicat ». Ce que Rendu essaye d'expliquer en distinguant là du carcinome encéphaloïde, ailleurs du lymphosarcome, nous le traduirons facilement en nous conformant aux idées de Bard, et nous dirons que notre citation reproduit le schéma d'une tumeur lymphoïde jeune sur certains points, adulte sur d'autres.

Ces tumeurs malignes du médiastin sont susceptibles de se généraliser, ce qui, du reste, n'a rien de spécial. On a pu voir ces néoplasmes envahir secondairement les poumons, le foie, les reins, le pancréas, etc. La plèvre et le péricarde seraient les plus souvent atteints. Le retentissement sur le péritoine serait très rare, fait tout au moins curieux, étant donné la sympathie des inflammations pleurales et péritonéales et les connexions lymphatiques aujourd'hui bien connues de ces deux organes. Là comme ailleurs les voies de généralisation sont la voie sanguine ou lymphatique.

2° *Les tumeurs malignes non ganglionnaires* ont incontestablement une importance moindre. Les néoplasmes des poumons, des plèvres, du cœur, de l'œsophage n'appartiennent pas, je le répète, à la pathologie du médiastin. Seules les tumeurs émanées du thymus ou de ses débris atrophiques sont réellement des tumeurs non ganglionnaires de cette région. Peut-être des thyroïdes aberrantes ou certaines tumeurs plongeant dans le médiastin pourraient-elles être rangées à côté des précédentes.

Dans une thèse toute récente (2), M. Rivière a décrit avec grand soin les différents *groupes de thyroïdes accessoires*. Les groupes supérieurs et latéraux ne nous intéressent pas, les groupes rétro-trachéal et inférieurs méritent, au con-

(1) Barèty. *De l'adénopathie trachéo-bronchique*, Th. de Paris, 1875.

(1) Bard. *Traité d'anatomie pathologique*, p. 189.

(2) Rivière. *Le corps thyroïde et les goitres*, Th. de Lyon, 1893.

traire, de nous arrêter un instant. Le goitre rétro-trachéal a été décrit par Kronlaie (de Zurich), en 1884, et dans le cas de cet auteur, la tumeur avait fusé dans la cavité thoracique jusqu'à la bifurcation de la trachée. « Les glandes thyroïdiennes accessoires inférieures, dit Rivière, peuvent se montrer en différents points; au contact de la sous-clavière (Piorry), du tronc artériel brachio-céphalique et même de la plèvre et du poumon (Virchow). Une mention spéciale doit être faite pour les glandes aortiques (*Aortendrüse*), signalées déjà au contact de l'aorte par A. Delmaure et dont Wœlfer a fait, en 1879, une étude complète; il a relaté, en effet, un assez grand nombre d'observations pathologiques, signalons principalement la *transformation kystique de ces glandules.* »

Les tumeurs vraies du thymus, ne comprenant naturellement ni les hypertrophies simples, ni les inflammations, ont été étudiées dans des mémoires successifs de Hahn et Thomas (1), de Sanné (2), de Letulle (3).

Normalement, le thymus qui a un poids de 12 à 20 grammes est constitué par deux lobes plus ou moins fusiformes situés sur les côtés de la trachée et tendant à monter du côté du corps thyroïde. Sa face postérieure répond en bas au péricarde, plus haut aux gros vaisseaux et, enfin, à la trachée. Antérieurement, nous rencontrons le sternum, les vaisseaux mammaires internes et les plèvres médiastines qui le séparent du poumon. Sur les côtés rampe le nerf phrénique. En hauteur, il s'étend depuis un point voisin du corps thyroïde jusqu'à la troisième, quatrième ou cinquième côte.

D'après Hertwig (4), le développement primitif du thymus étant constitué, son évolution ultérieure se divise en deux périodes : une période d'accroissement et une autre d'atrophie.

« La première période s'étend jusque vers l'âge de deux ans. Le thymus droit, et le thymus gauche s'accroissent en se rapprochant de la ligne médiane, où ils finissent par se fusionner en un organe impair, lobulé. Pendant la seconde période, le thymus s'atrophie et, généralement, il disparaît complètement. »

L'étude anatomique et clinique de ces tumeurs se trouve assez bien établie par huit cas authentiques résumés et critiqués dans le mémoire de Letulle. D'après cet auteur, le processus de désagrégation du thymus favorise l'apparition des néoplasmes. C'est aux dépens des débris atrophiques de cet organe que se constituent les tumeurs du médiastin antérieur. Leur siège, leur progression descendante et pré-péricardique constituent les meilleurs éléments de diagnostic. Histologiquement on a affaire à du lympho-sarcome ou du lymphadénome, distinctions souvent bien difficiles à établir. D'autres fois, on a des épithéliomes à stroma plus ou moins abondant. Letulle explique ces dernières formes en admettant qu'il s'agit d'une émanation des cellules les plus déclives du cæcum thymique primitif. Celles-ci conservent, en effet, leur nature franchement épithéliale, alors que la partie supérieure de l'organe n'est plus qu'un amas lymphoïde.

3° *Les tumeurs bénignes du médiastin* sont des fibromes, des lipomes, des kystes et enfin des tumeurs parasitaires.

Parmi celles-ci, les unes, fibromes et lipomes, sont développées dans le tissu cellulaire au sein duquel sont immergés les organes du médiastin. Ce sont des affections rares et dont l'histoire n'a qu'une importance médiocre; nous n'en connaissons pas de relation autrement que sous forme de découverte d'autopsie. Les tumeurs parasitaires sont des curiosités pathologiques. On n'en connaît guère que quatre observations (1), et encore peut-on se demander à leur propos si elles n'émanent pas du foie.

Seuls les kystes présentent un intérêt tout particulier. Ils ont été fort bien étudiés par A.-B. Marfan dans une publication toute récente (2).

Leur siège est le plus souvent rétro-sternal dans la région thymique, douze fois sur seize cas d'après l'auteur précité : « Le volume de ces kystes, dit Marfan, est variable. Les plus gros atteignent les dimensions d'une tête de fœtus. Ils sont uniloculaires ou multiloculaires. On y trouve de la matière sébacée, des poils, quelquefois des dents, des os, des cartilages. En grossissant ils viennent apparaître quelquefois dans la région du cou; d'autres fois, ils pénètrent dans le poumon, mais, en général, ils n'exercent pas de compression sérieuse sur les organes du médiastin. Dans les cas de Kuckmann observés à la clinique de Rover, après plusieurs poussées de pneumonie, il y eut rupture du kyste dans les bronches et cette rupture fut suivie d'expectoration de poils. Dans le cas de Buchner, le kyste perfora l'aorte. » D'après ces derniers cas, on voit que l'allure de ces tumeurs peut, à un moment donné, se transformer, et si, par elles-mêmes, elles ne sont pas très dangereuses, leurs complications sont des plus redoutables. »

L'origine de ces kystes est analogue à celle des kystes branchiaux. Ils relèvent de la théorie de l'enclavement que nous n'avons pas à reproduire ici. Primitivement situés dans la région cervicale, les éléments enclavés descendent dans la région médiastine accompagnant le cœur et les gros vaisseaux dans leur migration. Évidemment, ces inclusions fœtales peuvent rester latentes pendant de longues années et leur transformation kystique ne se produira qu'à l'âge adulte. Ces tumeurs, très intéressantes par leur pathogénie, sont, du reste, assez rares. On trouvera à l'article de Marfan la bibliographie de douze observations recueillies par l'auteur.

En somme, depuis quelques années, les tumeurs du médiastin antérieur ont été très étudiées et actuellement elles méritent d'occuper une place bien nette dans la pathologie des tumeurs primitives du médiastin. Le mémoire de M. Letulle sur les tumeurs du thymus, celui de M. Marfan sur les kystes dermoïdes résument les données actuelles sur ce point de la question.

A côté des néoplasmes vrais du thymus, nous croyons devoir signaler certains cas d'hypertrophie du même organe, que nous qualifierons plutôt de physiologiques. Je veux parler des cas de reviviscence du thymus étudiés tout récemment par M. P. Marie (3). D'après cet auteur, dans certaines maladies qui atteignent le corps thyroïde ou les

(1) HAHN et THOMAS. Rôle du thymus dans la pathogénie des tumeurs du médiastin, *Arch. gén. de méd.*, 1879.

(2) SANNÉ. *Dict. encycl. des sc. méd.*, 1886, art. THYMUS.

(3) LETULLE. *Arch. gén. de méd.*, 1890.

(4) HERTWIG. *Traité d'embryologie*, 1891.

(1) RICHTER. *Journ. de chir.*, 1827. — ALIBERT. *Journ. hebd. de Paris*, 1828. — SIMON. *Journ. des conn. méd.-chir.*, 1840. — D. MOLLIÈRE. Soc. des sc. méd. de Lyon, 1870.

(2) A.-B. MARFAN. Kyste dermoïde du médiastin antérieur, *Gaz. hebd.*, 1891, et *Bull. de la Soc. anat.*, 1891.

(3) MARIE. Reviviscence du thymus, *Semaine méd.*, 1893.

glandes vasculaires sanguines, on pourrait voir le thymus réapparaître. Ce fait, déjà signalé par M. Bourneville dans l'idiotie myxœdémateuse, par Möbius dans la maladie de Basedow, a été constaté par M. Marie dans l'acromégalie et de nouveau dans le goitre exophtalmique. Ce ne sont point des tumeurs vraies du thymus, mais le fait méritait d'être signalé à côté des kystes dermoïdes, en raison des difficultés de diagnostic.

Des quatre cas de tumeurs parasitaires actuellement connues, trois sont d'une époque antérieure à 1840 ; nous n'avons pu en lire les relations. La dernière observation du docteur Mollière est relative à un kyste hydatique du foie ouvert secondairement dans la plèvre, ce n'est donc pas une tumeur primitive du médiastin.

En résumé, l'histoire anatomique que nous venons de constituer, comprend la description de tumeurs, les unes malignes, les autres bénignes. Les tumeurs malignes sont, suivant les cas, des tumeurs du type embryonnaire ou adulte ; les unes émanent des ganglions et sont des tumeurs du médiastin postérieur, les autres émanent du thymus (elles pourraient émaner de thyroïdes aberrantes) et sont des tumeurs du médiastin antérieur.

Les tumeurs bénignes sont surtout intéressantes par l'histoire des kystes dermoïdes d'origine branchiale qui ont une prédilection pour la région médiastine antérieure. L'histoire des fibromes, lipomes et kystes hydatiques est obscure et rentre surtout dans le cadre des découvertes d'autopsie. La reviviscence physiologique du thymus mérite une mention.

III

Étude clinique. — Les divisions nécessaires en anatomie pathologique deviennent inutiles pour l'étude clinique. Celle-ci doit avoir pour base la notion de siège bien plus que celle de nature. Nous prendrons pour type les tumeurs du médiastin postérieur et nous dirons ultérieurement ce qui caractérise spécialement les tumeurs du médiastin antérieur.

L'étiologie, les symptômes, le pronostic et le diagnostic feront l'objet de ce chapitre. Nous parlerons du traitement dans un paragraphe final.

Les antécédents, les prédispositions locales ou générales n'ont, ici, pas plus de valeur que pour les autres tumeurs. Seule, la notion d'âge mérite d'être notée dans l'*étiologie*. D'après M. Rendu, les tumeurs malignes du médiastin se montrent de préférence de vingt-cinq à trente ans. On n'en connaîtrait pas de cas après soixante ans. Les tumeurs du thymus appartiennent également à l'âge adulte ; enfin les kystes dermoïdes rentrent dans le cadre des tumeurs à origine congénitale.

Symptômes. — « Lorsque l'on voit survenir, chez un sujet non prédisposé par des antécédents diathésiques, de la toux, de l'oppression graduellement croissante, avec des menaces de suffocation, sans que l'auscultation révèle aucune altération du poumon ou du cœur, c'est déjà une présomption pour que le médiastin soit intéressé. La certitude devient presque absolue quand, à ces symptômes, se joignent l'engorgement des veines du cou, la cyanose, l'œdème de la face et des membres supérieurs et surtout l'apparition dans la région sus-claviculaire de tumeurs ganglionnaires se rattachant manifestement à des productions de même nature développées dans l'intérieur de la poitrine » (Rendu).

Mais comme le fait remarquer l'auteur précité, ce n'est point toujours ainsi que se présente le tableau clinique de ces tumeurs. Les prodromes existent le plus souvent. Parfois on aura simplement un peu d'oppression ou bien le malade se plaindra d'avoir des palpitations de cœur. Ces somptômes surviendront sans cause appréciable et, à ce moment, l'affection est susceptible d'en imposer pour des crises d'asthme ou pour une lésion cardiaque au début.

D'autres fois, la période initiale ressemblera à une phtisie commençante. Le malade toussera un peu ; il accusera de l'amaigrissement et se plaindra de sueurs nocturnes (cas de Moore, de Bennett, cités par M. Rendu). Bien entendu, dans ces phases prémonitoires, le diagnostic sera presque toujours impossible. Cependant, dès ce moment, on rencontre parfois un symptôme partout signalé et qui aurait une grande valeur : c'est la *douleur rétro-sternale*, douleur permanente, sans phases aiguës, siégeant sur un point bien déterminé, sans retentissement notable sur la sphère avoisinante. Dans un cas de Kaulich, relaté dans la thèse de Pless (1), ce fut le seul symptôme. Rossbach a signalé un cas où l'aphonie fut le seul indice de l'affection.

Mais le début n'est pas toujours aussi insidieux et le plus généralement, il s'accuse par l'apparition de symptômes dont l'évolution ultérieure constituera toute la maladie. Tantôt ce sont les symptômes nerveux qui sont les premiers en date (cas de Labric, Rendu, Pasturaud, Taylor). D'autres fois, les phénomènes de compression vasculaire se montrent les premiers : marches, à vrai dire, bien faciles à expliquer par les considérations anatomiques exposées au début de ce travail.

Prenons pour notre description le cas le plus classique d'*une tumeur débutant au niveau du plan vasculaire et évoluant ultérieurement vers la profondeur*. Notre affection peut alors se diviser en *deux phases*, qui se surajoutent l'une à l'autre :

1° *Période des compressions vasculaires* ;

2° *Période des compressions bronchiques*, *nerveuses et œsophagiennes*.

Les *compressions vasculaires* donnent naissance à une pléiade symptomatique, surtout caractérisée par la cyanose, l'œdème de la partie supérieure du corps, le développement d'une circulation collatérale complémentaire :

La *cyanose* est évidemment sous la dépendance de la stase veineuse, cependant cet élément principal vient assez souvent se combiner à divers autres facteurs, dont le résultat est de diminuer le champ de l'hématose. Ce seront les compressions du poumon par la tumeur ou bien l'existence concomitante d'un épanchement pleural, ce qui n'est pas rare ; ou enfin une péricardite concomitante ; d'autre part, le rétrécissement des bronches et de la trachée peut, ultérieurement du moins, prendre une grosse part dans la production de la cyanose. En résumé, la cyanose est un excellent symptôme de compression vasculaire, mais celle-ci n'en est pas l'unique facteur.

L'*œdème de la partie supérieure du corps* est bien dû à une stase veineuse. M. Rendu soutient qu'il faut une oblitération complète du vaisseau (veine cave ou ses affluents), que celle-ci soit due à une compression ou à une thrombose. M. Comby (2) a dernièrement émis les mêmes idées sur la

(1) Pless. Th. de Greifswald, 1867.

(2) Comby. Soc. méd. des hôpit. de Paris, 1892.

pathogénie de l'œdème supérieur à propos d'un anévrysme de l'aorte.

Dans ces cas, on retrouve, comme le dit M. Dieulafoy, les signes de la congestion céphalique par stase veineuse : la face est injectée, bouffie, les paupières sont énormes; le malade est sujet à des céphalalgies et même à des vertiges. Enfin, il n'est pas rare d'observer des épistaxis et MM. Rilliet et Barthez ont même signalé des hémorragies méningées.

Exceptionnellement, on peut voir de l'*œdème des membres inférieurs*. Il s'agit alors d'une affection cardiaque surajoutée ou d'une thrombose cancéreuse des iliaques primitives (cas de MM. Rendu, Labric).

Le *développement d'une circulation collatérale complémentaire* relève de la même pathogénie que le symptôme précédent. C'est un processus analogue à celui de la cirrhose atrophique. La lumière de la veine cave supérieure étant diminuée ou oblitérée, le sang cherche à se créer une voie détournée en repassant dans la veine cave inférieure. D'où, développement des anastomoses (1). Celles-ci peuvent se faire par la grande et la petite azygos, par les veines intercostales, par la mammaire interne, l'épigastrique, la sous-cutanée abdominale et enfin par la circulation iliaque. Il s'ensuit, comme le dit M. Marfan (2), « que, dans ces cas anormaux, le courant du sang se fait du haut en bas dans les veines cutanées du thorax et de l'abdomen et il est facile de se convaincre du sens du courant, en refoulant le sang d'un segment veineux dilaté et en supprimant alternativement la compression à l'extrémité supérieure ou à l'extrémité inférieure du segment exsangue ».

A côté de ces symptômes primordiaux, il convient de citer la *compression possible des veines pulmonaires*, qui s'accompagnera d'hydrothorax; la *compression isolée de la grande veine azygos* qui pourrait également s'accompagner d'hydrothorax, mais seulement à droite (Marfan). Fait curieux, l'hémoptysie serait rare dans ces cas; MM. Rilliet et Barthez en ont cependant signalé une suivie de mort.

Les artères peuvent aussi subir le contre-coup des tumeurs du médiastin. Mais on note alors plutôt des déplacements que des compressions. C'est ainsi que l'*aorte peut venir émerger au-dessus du sternum* et, comme le soutient M. Jaccoud (3), s'il n'y a pas de signes de lésions aortiques, on devra penser que l'artère est refoulée par une tumeur du médiastin. *La sous-clavière, le tronc brachio-céphalique peuvent être comprimés* et on aura alors de la diminution d'amplitude du pouls radial du côté lésé. On aurait noté le pouls paradoxal (pulsus intermittens respiratione).

Si l'*artère pulmonaire* était *comprimée*, on pourrait avoir du souffle dans le deuxième espace. MM. Aldibert (4), Jeanselme (5) ont signalé des cas de perforation de cette artère au cours d'une adénopathie trachéo-bronchique.

Supposons maintenant que la tumeur, poursuivant son évolution en arrière, vienne atteindre la région où sont immergés la trachée et les bronches, les nerfs et l'œsophage.

Si la trachée est comprimée, nous aurons, suivant le degré d'occlusion, du ronchus trachéal ou bien du cornage avec tirage. L'auscultation pulmonaire révélera de l'affaiblissement du murmure vésiculaire, mais la sonorité sera conservée. Si la lumière des bronches elles-mêmes est diminuée, on pourra avoir la production d'un souffle rude, tubaire, dont le maximum aura pour siège la région étendue de la partie inférieure du bord spinal de l'omoplate à la colonne vertébrale : c'est le *souffle inter-scapulo-vertébral* qui a été bien étudié par Guéneau de Mussy. Suivant cet auteur, ce souffle inspiratoire serait assez doux, quelquefois il atteindrait l'intensité d'un souffle caverneux ou amphorique. Cet état de choses s'accompagne d'une diminution de l'expansion thoracique qui, à la longue, pourrait entraîner, chez les jeunes sujets, de l'aplatissement du thorax et de la scoliose. Enfin on peut voir des modifications du cœur et de la respiration en harmonie avec la *loi de Marey*, laquelle s'énonce ainsi : *si l'on respire par un tube étroit, la respiration devient plus rare et les battements du cœur plus fréquents*.

Tous ces symptômes, fort bien étudiés dans les classiques, sont, en somme, la caractéristique d'une compression trachéale. Mais ils n'ont rien de spécial aux tumeurs vraies du médiastin et c'est même l'adénopathie trachéo-bronchique qui a fourni leur principal sujet d'étude.

Il serait intéressant, à propos de ces compressions, de rechercher comment se comporte la trachée. Nous savons que E. Rose décrit un aplatissement de cet organe avec dégénérescence granulo-graisseuse et ramollissement de ses parois, dans les cas de goitres compresseurs, plus particulièrement de goitres plongeants. Le conduit aérien peut alors être constitué par deux parois absolument souples, accolées l'une à l'autre et ne permettant pas le passage de l'air. Dernièrement, nous en avons vu un très bel exemple relaté dans une thèse récente (1). Les compressions par des tumeurs intra-médiastines ne pourraient-elles pas exercer sur la trachée une influence analogue? S'il en était ainsi, le facteur altération des parois devrait s'ajouter au facteur compression de l'organe et aurait sa part de responsabilité dans les symptômes que nous venons de décrire.

Les manifestations engendrées par les *compressions nerveuses* sont multiples. Elles ont pour caractère général leur gravité, qui est toujours assez prononcée pour faire craindre une terminaison prochaine, sinon une mort subite.

L'*accès de suffocation* serait, de tous les symptômes de compression nerveuse, le plus fréquent et le plus redoutable. « Ceux-ci, dit M. Rendu, ont beaucoup de rapport avec les attaques d'asystolie; ce n'est pas la lutte de l'asthmatique, cherchant à introduire dans sa poitrine le plus d'air possible, c'est plutôt l'angoisse du cardiaque ou de l'homme atteint d'angine de poitrine. » Joal (1) a décrit, au contraire, dans les cas d'adénopathie des jeunes enfants, des accès de suffocation qui reproduisent le type de l'accès d'asthme. Cet auteur, s'appuyant sur des observations personnelles et d'autres de MM. Fonssagrives, Rilliet et Barthez, Guéneau de Mussy, Williams, Barety, admet qu'il existe de l'asthme ganglionnaire vrai ne reconnaissant pas d'autre cause que l'adénopathie trachéo-bronchique.

On a encore noté de l'*accélération du pouls*, plus rarement du ralentissement. La *tachycardie* a été signalée; elle est

(1) Consulter, à propos de ces anastomoses : Vimont. *Oblitérations de la veine cave inférieure*, Th. de Paris, 1892.
(2) Marfan. *Traité de méd.*, t. IV, p. 834.
(3) Jaccoud. *Semaine méd.*, 1891.
(4) Aldibert. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1891.
(5) Jeanselme. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1892.

(1) Delmas. *De la trachéotomie et du calibrage de la trachée dans les opérations sur la glande thyroïde*, Th. de Lyon, janv. 1894.
(2) Joal. De l'asthme ganglionnaire, *Arch. gén. de méd.*, 1891.

due à une paralysie du pneumo-gastrique, ou bien c'est simplement une conséquence de la loi de Marey. La *toux coqueluchoïde* n'est pas rare. Enfin MM. Barety et Dieulafoy ont signalé des *symptômes d'angine de poitrine*.

Ces différentes manifestations sont toutes sous la dépendance d'une compression simple ou avec altération du pneumo-gastrique. Les récurrents peuvent aussi être atteints et déterminer toutes les variétés de *spasme ou de paralysie glottique*. Plus rarement, le phrénique sera lésé et on pourra voir survenir de la *névralgie diaphragmatique*, *de la dyspnée*, *du hoquet*. L'*inégalité pupillaire* indiquera une compression du grand sympathique. Enfin les névralgies intercostales ne sont pas rares.

Si la lumière de l'œsophage est diminuée, on aura de la *dysphagie*. Celle-ci sera généralement permanente. On devra toujours songer, dans ces cas, à l'élément spasmodique qui pourra se surajouter et en imposer pour une coarctation bien plus prononcée qu'elle ne l'est en réalité.

L'*exploration physique* complétera cet exposé symptomatique : « A l'inspection, dit M. Marfan, on note parfois une *déformation de la région*; il y a un *soulèvement de la première pièce du sternum et de l'extrémité interne de la clavicule*; rarement, il y a usure des os comme dans l'anévrysme de l'aorte. »

Une constatation de grande valeur est celle de la présence de *ganglions sus-claviculaires indurés*. Nous avons étudié, au début de ce travail, leurs connexions avec les organes lymphoïdes du médiastin.

Par la *palpation rétro-sternale*, on pourrait parfois sentir des masses néoplasiques.

La percussion révèle de la *matité au niveau de la tumeur*. Guéneau de Mussy a décrit des *aires de matité* correspondant à l'hypertrophie des ganglions bronchiques. Il existerait une zone antérieure correspondant au manubrium et à ses articulations costales et claviculaires, ce serait l'*aire ganglionnaire antérieure*; l'*aire ganglionnaire postérieure* correspondrait à l'espace qui sépare le bord spinal de l'omoplate des trois premières vertèbres dorsales.

On ne devra jamais négliger l'examen du poumon, des plèvres et du cœur. On recherchera l'atélectasie pulmonaire, les propagations cancéreuses, les inflammations pleurales; il faudra voir si le cœur est à sa place, ou plus ou moins abaissé. Nous reviendrons, du reste, sur ces différents points à propos du diagnostic des complications.

Le pronostic et l'évolution des tumeurs du médiastin ont été fort bien décrits par M. Rendu. Nous ne saurions mieux faire que de citer les quelques lignes qui se rapportent à ce point particulier du sujet qui nous occupe : « On peut poser en règle générale, dit l'auteur précité, que dans la plupart des cas où la tumeur siège sous le sternum et comprime graduellement les vaisseaux du médiastin, la maladie suit une marche régulière, et la mort se produit graduellement, par suite de l'augmentation de la dyspnée. Le malade s'asphyxie peu à peu; l'hématose devenant de plus en plus insuffisante, la cyanose augmente, la sensibilité périphérique s'émousse, ainsi que celle des bronches, qui ne sentent plus la présence des mucosités, et la mort survient lentement, sans accès de suffocation. Tout différent est le tableau, quand la tumeur comprime la trachée et surtout les nerfs; les accès de suffocation se répètent à des intervalles de plus en plus rapprochés, et le malade meurt, soit pendant un de ces accès, soit, le plus souvent, d'une façon inopinée, presque subitement. Cette mort subite se produit, sans aucun doute, par le mécanisme de la syncope, ordinairement à l'occasion d'un mouvement du malade. »

Nous devons, avant d'aborder le diagnostic, voir si les tumeurs du médiastin antérieur ont quelques symptômes qui leur soient spéciaux. Nous n'oserions conclure, à l'heure actuelle, d'une façon bien affirmative. M. Letulle signale bien une voussure plus ou moins prononcée, correspondant à la région inférieure et droite du sternum. Cette voussure, correspondant à la région antérieure du péricarde, serait animée de battements isochrones au pouls radial; suivant l'expression de l'auteur, on dirait qu'un second cœur bat à droite du sternum, jusqu'au voisinage du mamelon droit.

La marche de ces tumeurs fournirait un précieux élément d'investigation. Quand on pourra reconnaître la localisation primitive dans la région juxta-sternale supérieure, quand on pourra noter ensuite la marche descendante et pré-péricardique, on devra songer à une tumeur de la loge thymique. Le siège pré-péricardique, s'il peut être reconnu, semble en résumé être l'élément ayant le plus de valeur. Le refoulement excentrique du poumon et du cœur, l'envahissement des plèvres médiastines, commençant par la région supérieure, ne sont nullement l'apanage exclusif des tumeurs du médiastin antérieur.

Tels sont les symptômes des tumeurs du médiastin. Nous voyons, en somme, que leur allure dépend avant tout de leur siège. Anatomiquement parlant, les plus bénignes peuvent déterminer, par leurs rapports, des accidents aussi graves que les plus malignes, et si l'envahissement ou la généralisation ne sont pas à craindre dans le premier cas, les compressions de toute espèce peuvent, dans tous les cas, produire un tableau symptomatique à peu près identique.

IV

DIAGNOSTIC. — Nous aurons à nous demander successivement :

1° *Y a-t-il tumeur du médiastin?*
2° *Celle-ci étant reconnue, quelle en est la nature?*
3° *Quel en est le siège et y a-t-il des complications?*

1° *Y a-t-il tumeur du médiastin?* — Andral cité par Fonssagrives, déclarait en 1825, que la solution du problème était absolument impossible. Aujourd'hui, nous sommes mieux armés, et Guéneau de Mussy, dans ses cliniques, a décrit avec grand soin les quelques symptômes qui peuvent « faire soupçonner un engorgement des glandes du médiastin ». Il insiste sur la faiblesse ou la diminution des bruits respiratoires, alors que l'état du poumon ne justifie nullement ces manifestations; sur la dyspnée habituelle ou à allure paroxystique sans lésion pulmonaire ou cardio-vasculaire; sur la toux quinteuse, sèche, sans cause véritable; sur les symptômes de compression du pneumo-gastrique.

Malheureusement ces signes essentiels peuvent ne pas exister. Il y a des *formes latentes*, torpides, sans manifestations valables; *ou bien c'est un seul symptôme qui domine tout*. C'est ainsi qu'au début on pourra avoir simplement de la toux avec des accès de suffocation, et on songera à une bronchite et surtout à de la tuberculose commençante. Tels les cas de Neligan, Bennett, Watson, Murchison, cités par M. Rendu. Il faudra alors ausculter soigneusement la poitrine et la disproportion des symptômes fonctionnels et des

troubles physiques mettra peut-être sur la voie du diagnostic.

D'autres fois, le néoplasme aura pour première manifestation, l'apparition d'un épanchement pleurétique. Si, dans ce cas, on songe à faire une ponction et que l'on retire un liquide hématique, on devra songer à une tumeur maligne ou à une pleurésie tuberculeuse hémorragique. Mais on devra attendre de nouveaux symptômes pour pouvoir se prononcer.

Dans un cas normal, on devra se garder de confondre la lésion avec un *phlegmon du médiastin*. La constatation de l'état pyrétique aura une grande valeur. On explorera avec grand soin la colonne vertébrale, les côtes et le sternum, la région cervicale, pour tâcher de découvrir la cause d'un abcès migrateur.

L'anévrysme de l'aorte a des symptômes qui lui sont assez spéciaux : ce sont les mouvements d'expansion, le double centre de battements, le souffle tantôt double, tantôt unique. On pourra aussi se baser sur la remarque de Stokes : « Jamais les tumeurs du médiastin n'ont de tendance à faire saillie en dehors, à l'inverse des anévrysmes qui déterminent si souvent l'usure des parois thoraciques. »

2° *Quelle est la nature de la tumeur ?* — Nous avons reconnu la présence d'une production anormale à l'intérieur du médiastin. Notre problème n'est encore qu'à demi résolu. Il faut démontrer que cette tumeur est primitive, démontrer aussi que nous avons affaire à une tumeur vraie et non à un processus inflammatoire.

On recherchera avec soin s'il ne s'agit pas d'un cancer de l'œsophage; on examinera tous les organes environnants : les poumons et les plèvres, le cœur, le cou, les parois thoracique et abdominale.

En effet, toute tumeur maligne de ces organes peut, par propagation, amener de l'engorgement secondaire des ganglions du médiastin. Ne savons-nous pas que ce fait n'est pas bien rare dans les néoplasmes du sein ? On éliminera ces causes d'erreur par des investigations soigneusement dirigées.

Le diagnostic de la nature intrinsèque de la tumeur offre des difficultés très sérieuses. Multiples en effet sont les affections qui déterminent de l'hypertrophie non néoplasique des ganglions médiastinaux. Dans les *cas d'adénie ou de leucémie*, les masses ganglionnaires sont multiples ; on en trouve généralement au cou, à l'aisselle, à l'aine. L'examen du sang ne sera pas négligé.

Les adénopathies simples du médiastin relèvent, le plus souvent, d'affections pulmonaires, pneumonies, bronchite, catarrhe survenant au cours d'une rougeole ou d'une coqueluche. C'est un retentissement inflammatoire vrai et la suppuration peut même en être la conséquence. On se rappellera que l'adénopathie en question survient surtout chez les jeunes enfants, et on examinera avec soin l'état des organes respiratoires et le tracé thermique. L'adénopathie tuberculeuse est presque toujours consécutive à une lésion pulmonaire. Elle se montre surtout aussi dans le jeune âge. Dans certains cas, bien décrits par Parrot, la lésion ganglionnaire l'emporte de beaucoup sur la lésion pulmonaire, et le diagnostic pourra alors être fort difficile. On recherchera les signes de tuberculose du premier âge; l'état général du sujet, l'hypertrophie du foie, de la rate, la micropolyadénite périphérique devront être notés avec soin. Du reste, encore une fois, toutes ces adénopathies ne sont point des affections de l'âge adulte. Elles sont l'apanage presque exclusif de l'enfance. La constatation du fait précédent, la présence d'une lésion pulmonaire ou de tel autre état morbide, seront autant d'éléments qui feront faire le diagnostic.

Les tumeurs du médiastin antérieur ne peuvent faire hésiter qu'entre un kyste dermoïde ou un néoplasme du thymus. Le diagnostic sera, croyons-nous, le plus souvent impossible. Nous nous rappellerons, toutefois, que le kyste dermoïde est lié à une perturbation dans l'évolution des arcs bronchiaux, et nous rechercherons s'il n'en existe pas d'autres, telles que fistules ou fissures du cou. D'autre part, un kyste aura une allure plus bénigne qu'un cancer du thymus, et généralement son évolution sera plus lente, sinon plus précoce.

3° *Diagnostic du siège et des complications.* — Le diagnostic du siège a été fait longuement avec la symptomatologie. Nous rappellerons que si la tumeur siège dans le plan vasculaire, les symptômes de compression prédominent; si, au contraire, elle se développe d'emblée dans le plan postérieur, la dyspnée, le cornage et surtout les accès de suffocation occupent toute la scène. La réunion des deux tableaux pourra faire songer à une infiltration diffuse du médiastin.

Nous devons enfin rechercher s'il y a des complications et les préciser : « Ces complications, dit M. Rendu, sont tellement fréquentes, qu'elles constituent, pour ainsi dire, la règle, et l'on ne fait pas une seule autopsie de tumeur du médiastin, sans trouver, soit des épanchements pleuraux, soit des lésions de péricardite ou d'œdème pulmonaire. »

L'épanchement pleural est, en effet, l'épi-phénomène le plus fréquent : il peut être dû à une simple irritation de voisinage ou à un envahissement vrai par le processus néoplasique. Dans le premier cas, on pourra avoir beaucoup de peine à faire le diagnostic de la cause. L'épanchement lui-même pourra être d'une découverte difficile, si le poumon se trouve refoulé ou atélectasié. En effet, dans ces cas le parenchyme pulmonaire condensé peut transmettre les vibrations avec une intensité exagérée et masquer ainsi l'influence du liquide pleurétique; ou bien si nous avons un organe qui fonctionne mal, ce murmure vésiculaire sera affaibli, et il sera difficile de dire si c'est la pleurésie qui est en cause. Dans le second cas, si la plèvre est envahie par le néoplasme, l'épanchement, dont on pourra par la ponction constater la nature, tranchera le diagnostic d'une façon presque certaine. Le liquide hémorragique est, en effet, un excellent signe de carcinose pleural.

La péricardite est la complication la plus fréquente après la pleurésie. Ici aussi le diagnostic peut être très difficile. Le poumon peut être refoulé au-devant du cœur, ou bien la matité de la tumeur peut se continuer sans ligne de démarcation avec celle du péricarde. Les frottements ne sont pas perceptibles, la force des pulsations est masquée par les organes déplacés ou par la présence du néoplasme. M. Rendu admet comme symptôme ayant une certaine valeur, la propagation à distance de battements à peine perceptibles, dans la région précordiale. Ce fait s'expliquerait par la présence d'un poumon atélectasié ou d'une masse néoplasique, qui serviraient de voie de transmission des ondes sonores, alors que celles-ci seraient dissimulées antérieurement par la présence de l'épanchement péricardi-

que. Les symptômes subjectifs auront ici une grande valeur : les palpitations du cœur, la faiblesse de son impulsion, les tendances au collapsus, les vertiges seront autant de manifestations qui plaideront en faveur de l'hydro-péricarde.

Les néoplasmes malins sont susceptibles de se généraliser, mais ce n'est point une complication fréquente. En effet, les lésions locales ou de contiguïté ne suffisent que trop souvent à amener la mort. Les propagations ganglionnaires seront constatées par une inspection banale. Nous connaissons la prédilection pour les ganglions de la région rétro et sus-claviculaire. Quant aux atteintes viscérales, on aura, suivant les cas, une réaction locale plus ou moins intense, qui n'a rien de spécial. Ce seront des douleurs hépatiques, quelquefois avec ictère, ou bien des lésions rénales avec hématurie, des troubles gastriques, s'il y a néoplasie stomacale. C'est, en somme, ce que l'on peut voir dans toute métastase cancéreuse.

En un mot, les plèvres, les poumons, le péricarde sont le véritable siège des complications des tumeurs du médiastin. Les généralisations ou les métastases à grande distance sont rares.

V

Traitement. — Les tumeurs vraies sont, le plus souvent, au-dessus des ressources de la thérapeutique et le chirurgien ou le médecin seront ordinairement obligés de déguiser leur impuissance en usant des narcotiques, belladone, chloral et surtout injections de morphine.

Il est des cas, cependant, où l'on pourra faire au moins des interventions palliatives. La trachéotomie est de ce nombre. Le cornage, le tirage, les spasmes glottiques seront des indications qui motiveront suffisamment cette opération. Malheureusement l'accalmie qu'elle pourra procurer sera le plus souvent de courte durée : que peut, en effet, une trachéotomie contre les désordres multiples créés par des compressions vasculaires et surtout nerveuses?

L'idéal serait évidemment l'ablation complète de la tumeur. *A priori*, l'opération ne semble pas impossible. Sous l'égide de l'antisepsie, on peut aujourd'hui se permettre de pénétrer largement dans le médiastin. Mazzoni, Köster, Bardenhauer, Ollier et d'autres ont fait des sternectomies suivies de guérison. Kœnig a pu enlever un ostéo-chondrome du sternum; il déchira, pendant l'opération, les deux plèvres et le péricarde, et néanmoins son malade guérit très bien. On pourrait aussi pénétrer dans le médiastin postérieur par la voie proposée par MM. Quénu et Hartmann, pour l'œsophagotomie externe intra-thoracique. Mais toutes ces opérations n'ont été pratiquées que pour atteindre et enlever des lésions bien circonscrites, telles que carie, nécroses ou tumeurs du sternum.

Ce n'est pas tout de pouvoir pénétrer dans le médiastin, il faut encore pouvoir enlever la tumeur qui s'y trouve. Le fait seul de créer la voie de pénétration, constitue déjà une opération grave. Pour être autorisé à la pratiquer, il faudrait être sûr de tomber sur une tumeur qu'on pourra extraire, et s'il est déjà difficile de diagnostiquer la nature du néoplasme, il sera presque toujours impossible de délimiter exactement son territoire. Si, du reste, le diagnostic de tumeur bénigne était certain, on pourrait probablement se contenter d'intervenir en employant des procédés moins graves qu'une sternectomie. C'est ainsi que Roser, le Bèle, ont pu ouvrir des kystes dermoïdes, soit par la région sus-sternale, soit en trépanant le sternum, et guérir ensuite leur sujet par des injections modificatrices ou intra-kystiques.

Nous conclurons en disant, qu'à part les cas rares de tumeurs bénignes diagnostiquées, à part les cas, plus rares encore, où l'on aurait de très grandes chances de tomber sur des tumeurs malignes bien circonscrites, le chirurgien se gardera de pénétrer dans la région médiastine. Ce serait pousser une reconnaissance qui l'exposerait à battre précipitamment en retraite. Or, cette reconnaissance constitue déjà un danger par elle-même.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 4 juillet 1894. — Présidence de M. Championnière.

RAPPORT

Ostéomes des cavaliers. — M. Delorme lit une longue communication sur les ostéomes, en particulier sur les ostéomes du cavalier. Il y étudie surtout la pathogénie et le traitement de ces tumeurs osseuses, d'après des observations personnelles et des faits communiqués à la Société par MM. Yvert, Rigal et Sieur, médecins-majors de l'armée.

I, II. La première observation est relative à des ostéomes du moyen adducteur consécutifs à un traumatisme et développés en quelques mois. Le plus grand de ces ostéomes mesurait 19 centimètres de long sur 8 de large. Entouré d'une coque épaisse qui se moulait sur sa surface, il s'insérait par un large pédicule sur le corps du fémur près de la ligne âpre, sur une longueur de 8 centimètres. Bien que M. Delorme se soit contenté de toucher le pédicule avec une gaze iodoformée à peine chargée d'iodoforme et de recouvrir la plaie réunie, d'une gaze iodoformée, le malade succomba, le quatrième jour, à un délire nerveux iodoformique.

III. Le deuxième fait dû à M. Rigal ressemble au précédent. Le malade a été montré à la Société de chirurgie. Ostéomes doubles du moyen adducteur. D'un côté, tumeur dure, implantée sur le fémur, de 14 centimètres de long sur 5 de large, non douloureuse, gênant peu la marche; de l'autre côté, tumeur un peu moins volumineuse et quelque peu mobile. Ablation par morcellement. Pendant l'opération on s'assure bien que l'un des ostéomes est implanté sur le fémur, que l'autre est intra-musculaire. Réunion de la plaie. Le malade succombe, un mois environ après l'intervention, à des accidents de septicémie chronique. Les ostéomes enlevés, examinés histologiquement, présentaient, comme les précédents, la constitution d'os jeunes, sans canaux de Havers.

IV. Cas de M. Yvert, ostéome volumineux du moyen adducteur non implanté sur le fémur, ne déterminant ni gêne, ni douleurs. Pas de traumatisme antérieur. Pas d'intervention.

V, VI. M. Sieur a communiqué, à la Société, l'observation de deux malades. L'un présentait, sur le trajet du moyen adducteur, un ostéome composé de deux masses, l'une de 9 centimètres de long, l'autre de 7 centimètres. Implantation sur le fémur. Traumatisme treize mois auparavant. Le deuxième malade, un mois et demi après une rupture musculaire, portait un chapelet de tumeurs osseuses dans l'épaisseur du moyen adducteur, adhérentes au fémur, et grosses comme une noix.

VII. Ostéome du grand adducteur développé peu après une chute de haut. Implanté sur le fémur, il a 10 centimètres de long.

Les autres observations sont relatives à des ostéomes du coude.

VIII. Luxation du coude en arrière. Peu après, tumeur d'une dureté osseuse occupant toute la partie antérieure du coude, limitation des mouvements. L'ostéome enlevé était recouvert d'un muscle normal et d'une coque fibreuse épaisse. Il était implanté sur l'extrémité inférieure de l'humérus sous le brachial antérieur. Des prolongements se portaient vers le cubitus et le radius sans leur adhérer. Guérison sans rétablissement intégral des mouvements.

IX. Malade de M. Yvert. Luxation du coude en arrière. Deux mois plus tard, ostéome sous le brachial antérieur avec prolongement vers le cubitus. Ablation par morcellement. La tumeur osseuse adhère au cubitus, au niveau de l'insertion du brachial. Guérison avec rétablissement presque intégral des mouvements.

X. Ostéome du coude constaté un mois après une chute violente sur la main, siège sous le brachial antérieur, massages énergiques et prolongés, la tumeur se réduit d'un bon tiers, devient mobile et fait entendre de la crépitation pendant les mouvements qu'on lui imprime.

Après la lecture de ses observations, M. Delorme apprécie la valeur des théories émises sur la genèse de ces ostéomes. Celle de la transfusion osseuse d'un foyer hématique ne lui semble pas soutenable. Des faits de MM. Rigal, Sieur et d'autres relatifs à des ostéomes développés en plein muscle, confirment l'origine musculaire, l'ostéogenèse par myosite ossifiante dans certains cas. Mais les faits les plus nombreux, ceux qu'il rapporte et qui ont la valeur qui s'attache à une constatation de visu démontrent que ces tumeurs osseuses s'insèrent le plus souvent sur les os par une large base d'implantation au niveau des insertions tendineuses. Leur origine osseuse, leur formation aux dépens de la couche ostéogénique du périoste n'est donc pas douteuse.

Il discute ensuite la valeur de la théorie du détachement périostéo-osseux. D'après Orlow, un traumatisme assez violent pour déchirer les fibres musculaires peut aussi arracher le périoste, soit seul, soit avec des lamelles osseuses superficielles. Transporté en un point de la masse musculaire par la rétraction de ses fibres, ce tissu périostique continue à former de l'os. Cette théorie, soutenue par M. Berger, semble avoir acquis une importance majeure depuis les expériences de MM. Berthier et Sieur.

Après avoir détaché, au bistouri, des lambeaux de périoste sur le lapin, ils ont constaté des formations osseuses dans les points où ces lambeaux s'étaient fixés. S'appuyant sur des expériences faites en commun avec M. Marcus, M. Delorme montre que des tractions dépassant 100 kilos sont incapables d'arracher le périoste au niveau des insertions des adducteurs et que l'arrachement de l'épine pubienne est impossible. Cette genèse, si séduisante qu'elle soit, ne saurait donc être acceptée.

M. Delorme, rappelant les examens histologiques faits par MM. Rigal, Yvert, Sieur, conclut que ces ostéomes, suivant leur âge, ont la constitution incomplète d'os jeunes ou celle d'os à l'état de complet développement.

Relativement à l'intervention, il ne croit pas qu'il soit indiqué de la faire trop hâtive, de l'entreprendre quand les ostéomes ne sont ni douloureux, ni gênants. La protection qu'assure aux parties molles voisines la coque fibreuse épaisse qui entoure ces ostéomes engage à en faire l'ablation en respectant cette coque. Cette ablation sera totale.

LECTURE

Bromure d'éthyle. — M. MARTIN lit une note sur l'emploi du bromure d'éthyle comme anesthésique. (Comm. M. Peyrot.)

PRÉSENTATION DE MALADE

Gangrène du pouce. — M. MONOD présente une jeune femme atteinte d'une gangrène du pouce pour avoir baigné son doigt, pendant une demi-heure, dans une solution phéniquée au centième.

M. DELORME a observé deux cas analogues à la suite de traumatisme et de bains phéniqués; il estime que, dans ces cas, il faut tenir compte autant du degré d'attrition des tissus que de la durée du bain phéniqué.

M. PEYROT ne croit pas qu'on doive attacher autant d'importance à la durée des bains phéniqués. Dans son service, il y a constamment des blessés qui prennent des bains phéniqués au centième prolongés et jamais on n'y a observé de gangrène. Ces accidents de gangrène doivent tenir surtout à l'impureté de l'acide phénique ou à une solution mal faite.

M. CHAMPIONNIÈRE croit également que la mauvaise qualité de l'acide phénique employé est la principale cause de ces gangrènes. Il faut tenir compte aussi de la continuité de l'action du topique. A ce point de vue, l'application permanente de charpie phéniquée est bien différente du bain.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons de thérapeutique (1), par Georges HAYEM.

Dans cette nouvelle série de leçons, M. Hayem étudie les agents thermiques, l'électricité, les modifications de la pression atmosphérique, les climats et les eaux minérales. Ce sont des sujets que la plupart des traités de thérapeutique laissent généralement de côté. Le praticien qui veut se faire une opinion sur ces agents de médication, cependant si importants, est obligés de puiser dans des ouvrages différents. Il se trouve en présence ou de traités étendus, trop étendus pour les besoins de la pratique, ou d'opuscules destinés surtout à vanter les bons effets du ou des procédés employés par l'auteur. D'autres fois, ce sont des affirmations contradictoires au milieu desquelles il est bien difficile de distinguer la vérité.

Les médecins trouveront réunis dans le livre de M. Hayem les données les plus importantes, les plus scientifiques, soumises à une critique sérieuse et impartiale. La lecture du livre de M. Hayem leur donnera donc, condensés, réunis et jugés, les éléments d'information qu'ils eussent dû, pour les avoir, rechercher dans des ouvrages didactiques nombreux et des recueils scientifiques disséminés.

Pour préparer ces leçons, M. Hayem a dû faire un travail considérable de compilation. Il est heureux qu'il ait voulu en faire profiter ceux qui n'ont pas l'avantage de pouvoir entendre le professeur.

Enfin, sur certains de ces sujets, sur les eaux minérales appliquées au traitement de la dyspepsie en particulier, M. Hayem a des idées personnelles, qu'on sera curieux de connaître. Quant aux autres eaux, il les étudie avec un scepticisme scientifique, bien fait pour reposer des prospectus commerciaux et des réclames, plus ou moins habilement déguisées, sous des allures savantes et originales.

Précis de clinique thérapeutique (2), par le docteur A.-F. PLICQUE.

Dans sa préface, l'auteur explique, avec une sincérité et une modestie qui l'honorent, la genèse de ce manuel. Sorti de l'internat, il s'est aperçu que les notions de thérapeutique

(1) In-8°. Prix : 12 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-16. Prix : 7 francs. — Paris, Steinheil.

qu'il avait, suffisantes pour la pratique de l'hôpital, devenaient insuffisantes pour la pratique de la ville. Il s'est donc mis à parfaire son éducation à ce point de vue, il a pris des notes pour son usage personnel, et ce sont ces notes qui lui ont servi pour rédiger le présent volume. Il aura donc l'avantage d'épargner aux autres un travail que bien peu auraient le temps et le courage de mener à bien; ajoutons que fort peu l'auraient fait avec autant d'érudition, de clarté et de sens clinique.

En dirons-nous plus pour recommander cet ouvrage? Il nous semble que nous venons d'en faire le meilleur éloge. Il est suivi d'un formulaire très simple, qui indique l'emploi, les doses et les principales formules des principaux médicaments.

Les tractions rythmées de la langue (1),
par J.-V. Laborde.

Tous les médecins connaissent actuellement le procédé des tractions rythmées de la langue, inventé par M. Laborde pour ranimer les noyés. C'est « un moyen rationnel et puissant de ranimer la fonction respiratoire et la vie », ainsi que le dit le sous-titre de ce volume. Ce n'est peut-être pas, à proprement parler, le traitement physiologique de la mort, ainsi que le porte l'en-tête de la couverture, car on ne traite pas la mort, mais c'est un procédé précieux, qui a déjà rappelé à la vie un certain nombre de personnes qui, sans lui, eussent certainement succombé. M. Laborde cite 63 cas de semblables résurrections.

Les tractions rythmées s'appliquent, non seulement à l'asphyxie par submersion, mais à toutes les autres asphyxies, y compris celle des nouveau-nés, à la syncope, en un mot à la mort apparente dans tous les cas.

M. Laborde explique son mécanisme par un réflexe bulbaire, dont il trace le schéma.

Un autre dessin montre un médecin, qui ressemble beaucoup à l'auteur : après avoir ouvert la bouche d'un noyé à l'aide du bout de sa canne, il pratique la traction de la langue. Sur un autre dessin, un médecin, qui ressemble encore plus à l'auteur, pratique la traction de la langue sur un nouveau-né.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'ordre du jour du Sénat appelait hier, 5 juillet, la première délibération sur la proposition de M. le docteur Léon Labbé, tendant à modifier l'article 24 de la loi du 15 juillet 1889, sur le recrutement de l'armée, en ce qui touche les obligations militaires des étudiants en médecine.

Sur la demande de M. Léon Labbé, rapporteur, le Sénat, consulté, prononce l'urgence.

L'article unique est mis aux voix et adopté. Nos lecteurs savent que cet article reporte à vingt-sept ans la limite d'âge, fixée d'abord à vingt-six ans, pour l'obtention du doctorat ou du titre d'interne des hôpitaux.

— Par décision ministérielle, en date du 4 juillet 1894, M. Voulgre, médecin aide-major de deuxième classe, a été mis à la disposition du département des colonies, pour être attaché à une mission d'études au Congo.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bruneau (de Villaines-la-Juhel), Eugène Cohen (de Paris), Sadoul (de Werth), Vaucheret (d'Asnières).

— Chemin de fer d'Orléans. — Mai-Octobre 1894. — *Excursions aux stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Pau, Salies-de-Béarn* (tarif spécial G. V., n° 106, Orléans). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classe sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations balnéaires et thermales ci-après du réseau du Midi :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Lamalou-les-Bains, Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie, Pau, Pierrefitte-Nestalas (Cauterets), Prades (le Vernet et Molitg), Saint-Girons, Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat les-Bains.

Durée de validité : **15 JOURS**, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou balnéaire, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de dix jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de dix jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — Billets d'aller et retour de *Paris à Berne et à Interlaken* (viâ Dijon, Pontarlier, Neuchatel) ou réciproquement, et de *Paris à Zermatt* (*Mont-Rose*) (viâ Dijon, Pontarlier, Lausanne) sans réciprocité.

Prix des billets de Paris à Berne : 1re classe, 101 fr.; 2e classe, 75 fr.; 3e classe, 50 fr. — De Paris à Interlaken : 1re classe, 113 fr.; 2e classe, 84 fr.; 3e classe, 56 fr. — De Paris à Zermatt (Mont-Rose) : 1re classe, 140 fr.; 2e classe, 108 fr.; 3e classe, 71 fr.

Valables soixante jours, avec arrêts facultatifs sur tout le parcours. Franchise de 30 kilos de bagages sur le parcours P.-L.-M.

Trajet rapide de Paris à Berne en douze heures.

Les billets d'aller et retour de Paris à Berne et à Interlaken sont délivrés du 15 avril au 15 octobre; ceux pour Zermatt, du 15 mai au 30 septembre.

— *Exposition universelle à Lyon. — Tickets d'entrée à l'Exposition.* — Jusqu'au septième jour avant la fermeture de l'Exposition, il sera *délivré gratuitement* des tickets d'entrée à l'Exposition, aux voyageurs prenant des billets aller et retour (tarif spécial G. V. n° 2), pour Lyon, au départ des gares du réseau P.-L.-M. situées à 20 kilomètres au moins de cette ville.

Ces tickets seront remis aux voyageurs dans les conditions suivantes :

1 ticket,	si la gare de départ	est distante	de Lyon	de 20 à 100kil.	
2	—	—	—	—	101 à 200 —
3	—	—	—	—	201 à 300 —
4	—	—	—	—	301 à 400 —
5	—	—	—	—	401 à 500 —
6	—	—	—	—	501 à 600 —

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-16. Prix : 3 fr. 50. — Paris, F. Alcan.

Inappétence, Convalescence, Anémie, Maladies de poitrine, de l'estomac et des intestins.

PEPTONE DEFRESNE

Première admise, après analyse, dans les Hôpitaux de Paris.
Adoptée officiellement par la Marine.

Elle se recommande par son pouvoir nutriti intense puisqu'elle contient :
25 p. 100 de Peptone, soit 4 p. 100 d'Azote;
0,69 p. 100 d'Acide phosphorique,
0,71 p. 100 Fer et Bases Alc. terr.

En outre, la **Peptone Defresne** se distingue par son goût savoureux; à la dose d'une cuillerée à bouche à la fois (40 gr. viande) dans un peu d'eau tiède et salée, elle donne un bouillon *succulent et exquis.*

DOSE : 2 à 4 cuillerées par jour. — Le flacon : 5 fr.
VIN—POUDRE—CHOCOLAT—ELIXIR.
DEFRESNE, auteur de la Pancréatine.
Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.

FARINE MALTÉE DEFRESNE

NUTRIMENT COMPLET
COMPARABLE AU LAIT MATERNEL DESSÉCHÉ

Farine maltée		Lait maternel desséché	
Erythrodextrine	22 »	*Aliments protéiques*	12.70
Aliments protéiques	14.63	*Aliments gras*	29.50
Aliments gras	10.59	*Sucre-Lactose*	54.35
Sucre et Maltose	49 »	*Phosphte de chaux.*	2.45
Phosphte de chaux.	2.21		

Cette délicieuse farine, dont le gluten et l'amidon ont été rendus assimilables par la germination du blé, emprunte au jaune d'œuf ses matières grasses émulsionnées et son phosphate de chaux.

La **Farine maltée Defresne** supplée à l'insuffisance du lait maternel, elle prévient le danger que présente le brusque passage de l'élevage au sein à l'alimentation ordinaire. Avec la **Farine maltée,** il n'y a plus à redouter les **entérites** ni les **affections gastro-intestinales,** si meurtrières chez les nourrissons. — PRIX : **2 francs.**

DEFRESNE, auteur de la *Pancréatine* et Ph^ies.

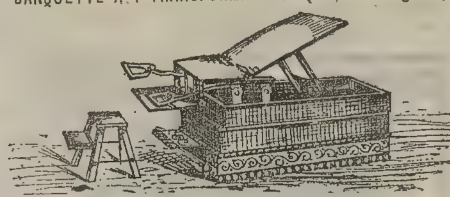
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, précédemment à Paris, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
Tentures et sièges pour cabinet sur devis.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fab^t ces meubles bon marché (garantis).

Valérianate PIERLOT

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT, GUBLER, TROUSSEAU
le **Valérianate d'Ammoniaque Pierlot** est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses,* des *névralgies* et du *nervosisme.*

Le **Valérianate** de **Pierlot** doit être pris par cuillerée à café, matin et soir, dans un peu d'eau sucrée.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Prescrire le VÉRITABLE VALÉRIANATE PIERLOT, de la M^on CLIN et Cie, 20, r. Fossés St-Jacques, PARIS.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

ÉLIXIR VIN SACCHARURE EUPEPTIQUE KOLA-MONAVON

Médicat cardio-vasculaire, Tonique reconstituant, quintup les forces, *Aliment d'épargne,* contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*
ELIXIR —— dosé à 1 gr. 10 Noix de Kola vraie par cuillerée à bouche.
SACCHARURE dosé à 1 gr. 10 » » » à café.
PHARMACIE MONAVON, 10, RUE DE TRION, LYON, ET TOUTES PHARMACIES.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

BROMURE D'ETHYLE ANALGÉSIQUE ADRIAN

En FLACONS de 30 grammes fermés à la lampe.

Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : *9 et 11,* Rue de la Perle, Paris.

DÉBILITÉ NERVEUSE, AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL, CHLOROSE, ANÉMIE

TRAITEMENT PAR LE

GLYCÉROPHOSPHATE DE FER FREYSSINGE

Solution contenant **0,25** de **Glycérophosphate de FER** par cuillerée à soupe. Dose moyenne : une cuillerée avant chaque repas, dans un peu d'eau pure ou sucrée. C'est le ferrugineux le plus assimilable et le mieux toléré.

Le flacon : **3** *francs.* — 105, *rue de Rennes,* PARIS, *et les Pharmacies*

PERLES DE GAÏACOL-CLERTAN

Au Gaïacol Cristallisé, Marque Alpha

Tous les Gaïacols *liquides* du commerce sont *impurs.* — Ce sont des mélanges en proportions variables de principes différents. — Le gaïacol *cristallisé (marque Alpha)* est le seul donnant toute certitude au point de vue de la médication gaïacolée.

C'est avec le *gaïacol cristallisé* alpha que sont faites les perles de Gaïacol-Clertan. Chaque perle renferme dix centigrammes de *gaïacol cristallisé chimiquement pur.* Dose moyenne : 2 à 4 par jour.

PARIS, 19, rue Jacob — Maison L. FRERE — A. CHAMPIGNY & Cie, Suc^rs, ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES DE TOUS LES PAYS

DYSPEPSIES - GASTRALGIES
Pepsine Boudault

« *En prescrivant simplement : Pepsine,* « *le pharmacien est obligé de ne donner* « *que celle du Codex. Cette pepsine ne doit* « *peptoniser que 20 fois son poids de fibrine,* « *tandis que* **la Pepsine Boudault** « *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault,** « peptonisent **deux fois** leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus.** »

SANTAL SALOLÉ LACROIX

4 à 8 capsules par jour. — **AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES**
76, RUE DU CHATEAU-D'EAU, PARIS, ET TOUTES LES PHARMACIES.

PASTILLES BI-BORATE DE SOUDE VIGIER

à 0^gr10. — 6 pastilles par jour.

N° 80. — MARDI 10 JUILLET 1894. 67e ANNÉE. MARDI 10 JUILLET 1894. — N° 80.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 9 juillet 1894.

Voici la fin de l'année scolaire; les Facultés de médecine vont jeter sur la terre de France quelques centaines de nouveaux docteurs, en quête d'une situation à acquérir. Pour beaucoup c'est l'heure des désillusions qui va sonner.

Les uns, les moins nombreux, savent exactement ce qu'ils vont faire. Ils ont commencé leurs études en vue d'un poste médical à prendre, ils succèdent à l'un des leurs, à un parent, à leur propre père, et aussitôt leurs études finies, ils s'empressent d'aller se mettre sous la direction éclairée et bienveillante de leur aîné, qui leur aplanit les difficultés premières et les initie aux exigences de la pratique médicale. D'autres ne succèdent à personne, ils ont toujours eu l'idée d'exercer la médecine dans le pays où ils sont nés, où habite leur famille, où ils conservent quelques relations de parenté ou d'amitié. La situation est parfois médiocre, leur arrivée ne peut que l'amoindrir encore, mais peu leur importe! c'est là qu'il leur plaît de vivre, travailler et mourir. Leur choix est fait. A ceux-ci nous n'avons rien à dire.

Le plus grand nombre des nouveaux promus ne rentre ni dans l'une, ni dans l'autre de ces catégories, et leur diplôme en poche les néo-docteurs s'en vont de tous côtés, quêtant des conseils, à la recherche d'une position médicale. Beaucoup se laissent prendre aux petites annonces alléchantes qui émaillent les vestibules de nos Facultés, ou les colonnes de journaux médicaux, où, soit dit en passant, certains de nos confrères les accueillent avec trop de facilité. Ces annonces sont, en général, ainsi libellées : « Commune de X... — Secrétariat de la mairie. — La commune de X... demande un docteur, jeune, actif, rayon de 10000 habitants, honoraires probables 15000. Le nouveau docteur serait médecin du chemin de fer, de l'usine, du bureau de bienfaisance et s'assurerait ainsi un traitement fixe de 2000 francs. »

Comme tout ceci est tentant! Malgré toutes ces promesses, nous dirons volontiers à nos jeunes confrères : Ne prenez pas la peine de vous déranger. Ce poste ne vaut rien. Tout d'abord, la commune que l'on met en nom ne demande rien; elle a généralement son médecin qui lui suffit et qui vit modestement des honoraires qu'il touche. C'est le maire, ou un adjoint, ou le pharmacien, ou un ennemi quelconque du médecin résident qui désire un autre médecin, qui pense que deux confrères sur un petit territoire, à production restreinte, seront obligés, pour végéter tous deux, de faire des concessions, d'abaisser le prix des visites, etc. Ne vous dérangez donc pas, jeune confrère, on n'a pas à offrir un bon poste médical. Il est à peine libre qu'il est déjà occupé. Mais si vous tenez à vous rendre compte, ce dont, après tout, on ne saurait vous blâmer, interrogez, prenez bien vos renseignements, consultez différentes catégories d'habitants, puis, en connaissance de cause, allez trouver le confrère déjà installé et faites-lui part de vos intentions. Il vous fera voir que la commune de X..., où il est installé depuis tant d'années, ne peut produire que tant d'honoraires médicaux, que la commune est habitée en grande partie par les employés de chemin de fer, les ouvriers de l'usine et que le reste des habitants fait partie ou du bureau de bienfaisance ou de sociétés de secours mutuels et que les 2000 francs d'honoraires fixes qu'on vous promettait et que vous n'êtes point sûrs d'avoir, constitueront la plus grosse part de vos recettes.

Aussi répéterons-nous au docteur nouveau reçu : Ne vous pressez pas trop dans le choix de votre installation définitive, utilisez, à la rigueur, les premiers mois de votre noviciat à remplacer un confrère qui se repose; vous vous initierez ainsi à ce qu'est la véritable pratique de la profession médicale, ce dont l'École ne vous a donné aucune idée, et, votre remplacement fini, vous pourrez juger, en meilleure connaissance de cause, soit que vous vous décidiez à créer un nouveau poste médical dans un petit centre qui en est encore dépourvu, ou dans un quartier d'une grande ville qui regorge de médecins et dont, soyez-en persuadés, vous apprécierez difficilement la valeur au point de vue professionnel; soit, qu'enfin, vous succédiez à un confrère défunt ou à un confrère qui vous cède sa clientèle.

L'achat d'une clientèle entre de plus en plus dans nos mœurs d'une façon tout à fait légitime, à notre avis. Légalement, et sous certaines conditions que nous avons spécifiées récemment à la suite d'un jugement du tribunal de Versailles, la cession est valable et, d'ailleurs, les contractants étant de bonne foi, le recours devant les tribunaux constitue une infime exception.

Il est évident qu'il convient de ne pas payer trop cher le droit à la clientèle, qu'il faut bien stipuler les conditions habituelles de présentation de la part du confrère cédant, de droit au bail de la maison qu'il occupe, de l'obligation

pour lui de ne plus exercer, etc., toutes clauses usuelles, et qu'on n'oublie pas de spécifier. Or, les quelques mille francs que le successeur donnera au médecin qui cède, seront vite restitués du fait que, de son installation dans la place vendue, le nouveau confrère touche quelques mille francs qu'il n'aurait jamais touchés sans cela, et tout compte fait, l'argent qu'il a versé est de l'argent placé à gros intérêts.

Pour terminer, nous donnerons un dernier conseil en disant aux jeunes docteurs : Ne vous engagez pas trop vite; le poste que vous méditez de prendre ne vaut pas ce que vous pensez, soit que vous succédiez à un confrère, soit que vous le fondiez seul, car rien ne vous dit que demain un nouveau confrère, ne sachant où planter sa tente, ne viendra pas, en désespoir, s'installer près de vous et rendre mauvaise une situation qui, jusque-là, était à peu près passable. Cette considération doit toujours guider le confrère qui achète une clientèle, dont la valeur peut se trouver diminuée du fait de l'installation d'un nouveau confrère qui, lui, n'a rien payé et cependant viendra rogner quelque chose sur une part que le premier croyait tout à fait sienne.

HOSPICE DE LA SALPÊTRIÈRE

Inauguration des bustes de Baillarger et J.-P. Falret.

Samedi, 7 juillet, a eu lieu, comme nous l'avons annoncé, sous la présidence du préfet de la Seine, à l'hospice de la Salpêtrière, l'inauguration des bustes des docteurs Baillarger et Jean-Pierre Falret. Cette inauguration est due à l'initiative de la Société médico-psychologique.

Plusieurs discours ont été prononcés par MM. les docteurs Jules Falret, comme président du comité de souscription; Magnan, au nom de l'Académie de médecine; Ritti, secrétaire général de la Société médico-psychologique; Auguste Voisin, médecin de la Salpêtrière; Christian, médecin de Charenton; Motet et Bouchereau, au nom des anciens élèves de MM. Falret et Baillarger.

Nous sommes heureux de reproduire le discours de M. Jules Falret, médecin de la Salpêtrière :

Messieurs,

En ma qualité de président du Comité de la souscription Baillarger, je viens aujourd'hui, au nom de la Société médico-spychologique et en mon nom personnel, offrir à l'administration de l'Assistance publique et à l'hospice de la Salpêtrière, les bustes du docteur Baillarger et de mon père, le docteur Jean-Pierre Falret, dont l'administration a autorisé l'érection dans la première cour de la Salpêtrière et dont la Société médico-psychologique a décidé, pour aujourd'hui, l'inauguration solennelle, devant M. le préfet de la Seine et M. le directeur général de l'Assistance publique, qui ont bien voulu accepter notre invitation et rehausser ainsi, par leur présence, l'éclat de cette cérémonie.

C'est un grand honneur pour nous, Messieurs, de voir ici réunie une affluence aussi considérable de représentants de l'autorité, du Conseil général de la Seine, et de la profession médicale, pour honorer la mémoire de deux médecins éminents, qui ont laissé dans l'hospice de la Salpêtrière des souvenirs si vivaces, et dans notre science spéciale des traces si durables, destinées à perpétuer leurs noms. Nous adressons donc nos plus vifs remerciements, à tous ceux qui ont bien voulu honorer cette réunion de leur présence et rendre ainsi hommage à notre famille aliéniste dans la personne de deux de ses plus illustres représentants.

La vie de ces deux maîtres de la pathologie mentale, malgré les profondes différences de caractère et de tendances scientifiques qui les ont séparés pendant tout le cours de leur existence, a présenté néanmoins de nombreux points de contact, qui les rapprocheront aux yeux de la postérité et qui justifient pleinement l'inauguration simultanée de leurs bustes que nous célébrons aujourd'hui.

Tous deux, élèves directs de nos grands maîtres Pinel et Esquirol, ils ont adopté, sauf des modifications secondaires, et propagé les doctrines philanthropiques et scientifiques de leurs illustres maîtres, pour lesquels ils ont toujours professé la plus grande vénération.

Tous deux médecins de la Salpêtrière, ils ont eu l'insigne honneur d'inaugurer en même temps, dans cet hospice, où leurs maîtres avaient déjà fait école, l'enseignement clinique des maladies mentales, à une époque où cet enseignement n'avait pas encore de représentant officiel; tous deux, ils ont, pendant près de trente ans, poursuivi avec zèle et persévérance le but d'initier à la science, si dédaignée encore, qu'ils cultivaient avec tant de succès, de nombreux élèves, qui ont puisé dans ce double enseignement toutes les notions qu'ils ont pu acquérir sur la science des maladies mentales et qui se sont repandus ensuite en France et à l'étranger pour propager leurs doctrines et pour devenir médecins et directeurs des asiles d'aliénés publics et privés dans toute l'Europe.

Tous deux, animés du même zèle humanitaire qui caractérisait leurs devanciers, ils ont mené de front la philanthropie et la science. Ils ont fondé, l'un la Société de patronage des aliénés convalescents, qui, depuis plus de cinquante ans, n'a pas cessé de rendre les plus grands services aux aliénés sortis guéris des asiles publics du département de la Seine, et l'autre, les *Annales médico-psychologiques*, vaste recueil où se trouvent réunis, depuis 1843, les documents les plus nombreux et les plus précieux pour les travailleurs de l'avenir; la Société médico-psychologique qui a rendu, depuis 1852, des services si considérables à notre science spéciale, et enfin, l'association mutuelle des médecins aliénistes qui a fait tant de bien aux veuves et aux enfants des médecins spécialistes, morts sans fortune !

Tous deux enfin, médecins de la Salpêtrière et membres de l'Académie de médecine, ils ont laissé dans la science des découvertes durables que la postérité conservera.

L'un a démontré la non-existence de la monomanie, délire partiel exclusivement limité à un seul sujet, telle que la concevait Esquirol ; il a découvert la *folie circulaire* et la *folie du doute*, devenue le point de départ des études ultérieures sur les obsessions et la folie avec conscience; il a décrit les trois périodes successives de l'évolution des délires partiels, appliquées depuis lors au seul délire de persécution ; enfin, il a proclamé la nécessité de créer désormais des espèces naturelles de maladies mentales, basées sur l'ensemble des symptômes physiques et moraux et sur la marche de ces affections.

L'autre, Baillarger, a laissé de nombreuses études cliniques sur la mélancolie avec stupeur, les hallucinations psychiques et psycho-sensorielles, la folie à double forme et surtout sur la paralysie générale, travaux qui suffiraient pour immortaliser son nom et qui, basés sur une observation sérieuse et persévérante, défieront les atteintes du temps, sans parler de toutes les recherches anatomiques et physiologiques qui ont complété son œuvre.

Comme fils, il ne m'appartient pas de faire ici l'éloge de mon père, pour lequel j'ai conservé la plus filiale vénération, et qui m'a donné doublement la vie, comme père et comme maître en aliénation mentale. Je laisserai ce soin à mes excellents collègues qui prendront la parole après

moi. Mais je ne puis terminer ce discours sans rendre un hommage solennel à la mémoire de ces deux maîtres de la médecine mentale, dont les bustes sont aujourd'hui placés sur leur piédestal, à l'entrée même de cet hospice de la Salpêtrière, où ils ont rendu de si grands services aux aliénés et à la science pendant de si longues années. Tous les deux nous ont laissé un salutaire exemple et un enseignement précieux. Leur vie, consacrée tout entière au travail, aux progrès de la science, et au bien-être des aliénés, est pour nous un vrai modèle à suivre. Comme leurs maîtres, Pinel et Esquirol, ils ont été dirigés, pendant tout le cours de leur existence, par deux mobiles supérieurs, l'amour des aliénés et le désir constant de faire progresser la science spéciale, encore si incomplète, à laquelle ils avaient consacré leur vie, et tous deux nous ont légué, comme testament scientifique, ce suprême enseignement : La clinique doit être la véritable base de la pathologie mentale ; l'anatomie pathologique et la psychologie normale, sciences auxiliaires indispensables, doivent lui servir d'appui, mais non la dominer, et la clinique seule peut contribuer à son avancement et à ses progrès !

La semaine dernière, la Société médicale des hôpitaux, s'associant au deuil national, n'avait pas tenu sa séance hebdomadaire.

Malgré la proximité des vacances, la séance du vendredi 6 juillet a été remplie par d'intéressantes communications. M. Gaucher et son interne, M. Sergent, ont présenté une remarquable étude sur un cas de *pseudo-tuberculose* due à l'*aspergillose simple*. Un malade était entré dans le service de M. Gaucher à l'hôpital Saint-Antoine, se plaignant de toux, de crachements de sang, de faiblesse, etc., c'est-à-dire sous les apparences d'un vulgaire tuberculeux. L'auscultation révélait, à l'un des sommets surtout, des signes de ramollissement. Le malade était gaveur de pigeons aux Halles. On sait que cette industrie consiste à offrir au pigeonneau, directement, de bouche à bec, des graines préalablement prises dans la bouche et broyées sous les dents de l'homme. Or, M. Gaucher savait que l'aspergillus a été plusieurs fois observé dans cette corporation, avec ou sans le bacille de Koch.

Les recherches entreprises par son interne, M. Sergent, lui firent découvrir dans les crachats de magnifiques arborisations d'*aspergillus fumigatus*. Mais ce que cette observation offre de particulièrement intéressant, c'est que des examens répétés ne permirent pas de trouver un seul bacille de Koch.

Deux observations de pseudo-tuberculose, par aspergillose simple, ont déjà été publiées, mais l'une est dépourvue de sanction expérimentale, et le malade qui en fait l'objet n'a pas été suivi ultérieurement. Dans la seconde, les inoculations, faites à des animaux, ont donné de la tuberculose, alors que les crachats ne semblaient pas renfermer de bacilles.

MM. Gaucher et Sergent ont pu non seulement démontrer, par des examens répétés, l'absence du bacille de Koch chez leur malade, mais ils ont cultivé le parasite dans le liquide de Raulin et sur des plaques d'agar, et des inoculations, faites à des cobayes depuis quarante-cinq jours, n'ont pas donné, jusqu'ici, de tuberculose. Les mêmes cultures, inoculées à des pigeons, ont amené la production de l'aspergillus dans divers organes, et notamment dans le foie, où ont été recueillies les magnifiques végétations d'aspergillus fumigatus, que les auteurs mettent sous les yeux de la Société.

M. Gaucher ne pense pas que le parasite soit disséminé dans l'air, il croit à une transmission directe : les vesces qui servaient au gavage contenaient de l'aspergillus.

M. Netter objecte, toutefois, que la première observation d'aspergillose avait été constatée sur une plaie de l'oreille, exemple qui ne permet peut-être pas d'innocenter complètement l'air.

M. Barié présente un homme *atteint de maladie bleue*. L'auscultation du cœur fait entendre un bruit de souffle à direction transversale du bord droit du sternum vers le côté droit, vraisemblablement dû à l'inocclusion du septum, en même temps qu'un souffle aortique propagé dans les vaisseaux du cou. Ce malade présente une transposition complète des viscères : le cœur est manifestement à droite de la poitrine, le foie au niveau de l'hypocondre gauche, la rate et la grosse tubérosité de l'estomac, à droite. Il est assez extraordinaire de rencontrer, chez le même individu, deux malformations aussi remarquables, mais il ne semble pas possible d'établir une relation entre ces deux faits.

M. Huchard n'est pas seulement un clinicien consommé, c'est un érudit, un chercheur. Il aime à lire les vieux livres et à retrouver, chez des auteurs anciens, oubliés, quelques-unes des découvertes de nos contemporains.

Sénac, en 1749, dans son livre sur les maladies du cœur, signale l'influence d'une alimentation trop riche sur les troubles cardiaques, et dit que les *mets trop recherchés sont de véritables poisons*.

Guy Patin, dans l'une de ses lettres, dit que l'inflammation des poumons *est fatale aux rousseaux*.

Vous croyez peut-être que l'emploi de l'huile dans le traitement de la colique hépatique est de date récente et nous vient d'Amérique? Il y a beau temps que Pujol (1739-1802) la conseillait à ses malades et il a eu soin de nous apprendre que l'huile ingérée à hautes doses s'élimine souvent par l'intestin en masses solides distinctes, comme l'ont découvert les savants modernes.

Et les *humeurs peccantes*, si fort en honneur aux deux derniers siècles, si ridiculisées dans les trois premiers quarts de celui-ci, ne les retrouvez-vous pas aujourd'hui, mises à la mode du jour, rajeunies par les ptomaïnes, leucomaïnes et autres toxines ?

A ces exemples, M. Huchard aurait pu ajouter Lucrèce qui, un siècle avant notre ère, expliquait la contagion de la peste par la dissémination des atomes, provenant des malades, et enfin Guy de Chauliac (1) qui, dans sa *Grande Chirurgie*, présente, parmi ses instruments, le *pyulcrum* ou *tire-pus*. « *Ce n'est autre chose qu'une syringue, laquelle étant introduite vuide, succe et épuise la matière qu'elle rencontre liquide et sequace comme la bouë contenüe dans la poitrine aux empyiques.* »

Il est évident qu'une lecture approfondie des anciens nous rendrait souvent modestes ! *Nihil novi sub sole !*

M. Huchard, toutefois, a fait une découverte fort intéressante : le pouls de Corrigan, si caractéristique de l'insuffisance aortique, avait été admirablement décrit par Vieussens, au commencement du XVIIIe siècle ! Cet auteur avait été frappé de ce pouls, heurtant vivement le doigt, vibrant en quelque sorte comme une corde bien tendue. De plus, il avait constaté

(1) *La grande Chirurgie de Guy de Chauliac*, 1363.

et décrit, avec une étonnante précision, l'élargissement de l'orifice aortique, dont les valvules dures, pierreuses, ne pouvaient plus se rejoindre, d'où retour du sang dans le cœur et hypertrophie de celui-ci. Or cette description fut totalement oubliée, puisque Sénac n'en parle pas, non plus que Corvisart, et c'est seulement en 1832 que Corrigan découvre une maladie nouvelle : l'insuffisance aortique.

Un siècle et demi de priorité permet assurément à Vieussens de revendiquer le mérite de l'invention. Ne disons donc plus le pouls de Corrigan, la maladie de Corrigan. Il est vrai que l'on appelle couramment maladie de Basedow un syndrome décrit par Graves.

Comme le fait remarquer M. Huchard, il serait infiniment préférable d'emprunter le nom d'une maladie à sa détermination anatomique. Dans une pieuse intention, les pathologistes donnent le nom d'un Maître à une maladie qu'il a décrite et chaque nouveau symptôme portant le nom de son inventeur, la symptomatologie d'une affection est encombrée de noms propres au milieu desquels il devient difficile de se reconnaître.

M. Huchard quitte ces intéressantes considérations sur l'histoire de la médecine pour revenir sur un point récemment discuté devant la Société : les troubles du cœur dans la fièvre typhoïde. Il pense, comme M. Rendu l'a déjà exprimé, qu'on abuse un peu des myocardites. Assurément les altérations du muscle cardiaque se rencontrent au cours de la fièvre typhoïde, mais elles sont loin d'être aussi fréquentes et aussi importantes qu'on le dit aujourd'hui.

M. Huchard pense qu'il s'agit souvent de simples troubles de l'innervation cardiaque, dus soit à des altérations du plexus cardiaque, comme celles que vient d'étudier M. Vincent dans la diphtérie, soit à des lésions bulbaires, le poison typhoïdique agissant à la façon des poisons du cœur et, en particulier, de la digitale, donnée à doses toxiques, ainsi que l'a déjà dit M. Bernheim (de Nancy).

M. Huchard compare, à ce propos, la fièvre typhoïde à la grippe, où ces accidents de collapsus sont fréquents, dès le début de la maladie. La variole a une influence plus marquée sur le cœur. Pour M. Huchard, la variole frappe surtout le myocarde, la scarlatine l'endocarde, et la fièvre typhoïde atteint surtout l'appareil d'innervation et quelquefois le muscle.

Tel n'est pas l'avis de M. le professeur Hayem, qui a quelque compétence en cette matière, puisqu'il a fait, en France, les premières recherches sur ce sujet (Société de biologie 1870). Il a d'ailleurs examiné un grand nombre des cœurs de varioleux qui ont fait l'objet de l'important mémoire de MM. Desnos et Huchard. Or, sa conviction est que les lésions cardiaques sont *plus fréquentes et plus profondes dans la fièvre typhoïde que dans la variole*. Il ne nie point les altérations nerveuses, quoiqu'elles n'aient pas été jusqu'ici décrites avec une précision suffisante, notamment en ce qui concerne le nerf pneumogastrique ou le plexus cardiaque, mais les altérations du myocarde sont nettes, indiscutables dans un grand nombre de cas. Quelquefois elles sont localisées, partielles et peuvent échapper à un examen incomplet. Ces lésions sont d'origine dyscrasique, et M. Hayem accepte volontiers l'assimilation du poison typhoïdique aux poisons du cœur, mais il fait remarquer que la mort, dans ces cas, est due à des phénomènes complexes parmi lesquels il est bien difficile de faire la part de l'élément musculaire, du cerveau, des nerfs périphériques ou splanchniques, et des différents viscères.

M. Siredey croit à la prépondérance des troubles de l'innervation cardiaque dans quelques cas, et il se réserve d'apporter une observation dans ce sens. Mais dans l'immense majorité des cas, il est facile de constater des lésions histologiques du cœur. Elles existent à des degrés divers, même chez des sujets, morts, par exemple, à la suite de perforation, et qui n'avaient présenté aucun trouble du côté du cœur pendant la vie. Un argument encore plaide en faveur des lésions cardiaques, c'est la fréquence des cardiopathies tardives, consécutives à la fièvre typhoïde.

M. Siredey pense, avec M. Hayem, que la variole atteint beaucoup moins le cœur que la dothiénentérie, et les faits observés par lui à Aubervilliers confirment pleinement cette manière de voir.

M. Netter présente, à la fin de la séance, les pièces d'un malade qui a succombé à une hématémèse consécutive à un ulcère rond. Il existait un kyste hydatique développé à la face inférieure du lobe gauche du foie et ce kyste a peut-être comprimé l'artère coronaire stomachique et provoqué ainsi la genèse de l'ulcère, hypothèse très rationnelle.

DE LA FOLIE A DEUX

ET DE SES TROIS GRANDES VARIÉTÉS CLINIQUES (1)

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,

Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

III

Avant de passer à la folie simultanée, je voudrais dire un mot de la *folie induite* ou *folie transformée*. On a désigné sous ces deux noms à l'étranger, en Amérique et en Allemagne, la transmission de conceptions délirantes et d'hallucinations d'un aliéné à un autre aliéné. En France, ce point particulier n'a donné lieu, que je sache, à aucun travail d'ensemble; on trouve seulement signalée la possibilité du fait dans certains traités des maladies mentales, celui de M. Régis et celui de M. Dagonet, ou notée en passant dans quelques travaux sur la folie à deux, par exemple, dans le récent mémoire de M. Arnaud. Cette contamination d'un aliéné par un autre aliéné compte cependant des incrédules. Je citerai le professeur Ball. Les faits de ce genre, a écrit le regretté aliéniste, me paraissent bien étranges; ils sont absolument contraires à toutes nos observations; nous avons toujours vu les aliénés témoigner le plus profond mépris pour les conceptions délirantes de leurs voisins, et jamais nous n'avons réussi à leur inculquer nous-même une nouvelle absurdité; mais enfin, ajoute-t-il, nous ne voulons pas contester des faits qu'on dit avoir observés, et nous admettrons la folie transformée de Kiernan. Pour ma part, mon observation personnelle confirme pleinement l'existence de cette variété de contagion mentale morbide. J'ai cité, il y a quatorze ans, le cas de cet aliéné d'Auch, notre domestique de la salle de garde, délirant systématique à la troisième période et dont le délire ainsi que les perversions sensorielles s'enrichissaient chaque jour du délire et des perversions sensorielles de ses camarades de marque. Depuis lors, j'ai observé d'autres faits très nets de même genre, que je me propose de publier incessamment. L'existence de la folie induite ou folie transformée

(1) Suite. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 724.

est, à mon avis, incontestable, mais elle ne constitue pas une espèce indépendante, elle n'est qu'un cas particulier de la folie communiquée ; la communication de la maladie mentale, au lieu de s'opérer d'aliéné à sain d'esprit, s'opère d'aliéné à aliéné ; au fond, le phénomène pathologique est identique et ses conditions de production sont les mêmes. Il ne convient donc pas de lui faire une place à part.

Nous arrivons à la *folie simultanée* que M. Régis a créée de si magistrale façon qu'il n'y a rien à retoucher à la description qu'il en a donnée, rien non plus à y ajouter. Il la définit : un délire partiel, ordinairement de persécution, survenant simultanément chez deux individus franchement héréditaires ou simplement prédisposés, et cela, en vertu de cette prédisposition morbide, du contact intime et perpétuel dans lequel ils vivent, d'influences occasionnelles qui agissent à la fois sur eux et jouent, à l'égard de la production de leur délire, le rôle de causes déterminantes. Il n'y a donc plus ici ni sujet passif ni sujet actif. Il y a deux individus qui, au même titre, sous l'influence de causes identiques subies en commun, deviennent aliénés au même moment et ensemble, puisant dans cette communauté des mêmes impressions la même vésanie. Dans ces cas, la contagion mentale morbide n'intervient pas, l'identité des conceptions délirantes et des hallucinations ayant son application, non dans une action exercée par un aliéné sur l'autre sain d'esprit, mais dans les circonstances qui, chez tous les deux, ont amené en même temps la folie. D'après M. Kinkel, cette conception serait plutôt idéale, et cette absence de toute pression d'un sujet sur l'autre, partant de toute contagion, ne se rencontrerait guère dans la réalité. Je n'irai pas jusqu'à nier que les deux codélirants ne soient sans s'influencer ; l'identité absolue de leur délire est d'ailleurs la preuve d'une communication de leur esprit. Sans cette communication, remarque judicieusement M. Arnaud, on serait en présence de deux cas de folie survenue chez deux personnes placées dans les mêmes conditions, on aurait deux aliénés distincts au lieu d'un seul aliéné en deux personnes. Mais cette communication n'implique pas le moins du monde une contagion mentale morbide, car ce n'est pas sous la poussée de l'un que l'autre devient malade ; ils le deviennent tous les deux en même temps par les mêmes causes nocives ; il ne saurait donc y avoir entre eux que ce que le distingué médecin-adjoint de la maison de santé de Vanves appelle avec esprit et justesse une collaboration délirante aboutissant à une folie en partie double.

Comment, dès lors, M. Arnaud en conclut-il que, dans les deux formes en question, il n'y a pas une différence radicale, absolue, et que, seulement, la communication du délire s'opère suivant des modes différents ? Dans la vraie folie communiquée, dit-il, l'aliéné, par tous les moyens, s'applique à convaincre du bien fondé de ses idées délirantes sa victime qui lutte et résiste jusqu'à ce que, après un temps variable, mais toujours assez long, elle soit vaincue et convaincue, tandis que, dans la folie simultanée, au contraire, les sujets sont tous deux entrés dans l'aliénation sous des influences communes, quand ils en viennent à se communiquer leurs conceptions maladives ; cette communication devient très vite réciproque, mais elle reste inconsciente, au moins involontaire, et les malades ne mentent pas lorsqu'ils affirment qu'ils ne se sont pas confié leurs secrètes préoccupations. Ainsi, pour M. Arnaud, entre le cas d'un sain d'esprit, contaminé par l'action incessante d'un aliéné sur son esprit, et le cas de deux individus entrés tous deux en même temps dans l'aliénation sous des influences communes, il n'y a pas de différence radicale, mais seulement une différence de nuances. Mais la preuve que cette différence est radicale se trouve dans les conditions qui président à la genèse des deux phénomènes.

Nous avons vu que, pour la folie communiquée due à la contagion mentale morbide, deux seules conditions étaient indispensables : une prédisposition psychopathique et une impression vésanique. Or les conditions sont tout autres pour l'éclosion de la folie simultanée ; si la prédisposition psychopathique est encore nécessaire, l'impression vésanique ne l'est plus. Elle n'est même jamais réalisée, mais par contre deux autres éléments sont aussi indispensables que la prédisposition : un contact intime et perpétuel, puis des influences occasionnelles perturbatrices de l'esprit qui agissent à la fois, au même moment et de la même façon sur les deux sujets. Cette genèse différente est le critérium d'une différence profonde dans la nature des deux manifestations morbides : la communication relevant de la contagion, la simultanéité du milieu. Que faut-il de plus pour les séparer l'une de l'autre ?

L'existence de la folie simultanée comme type morbide spécial radicalement distincte de la folie communiquée me paraît donc, pour les raisons que je viens d'invoquer, absolument démontrée ; toutefois j'avouerai que sa fréquence ne semble pas excessive. Je n'en ai rencontré qu'un seul cas, celui que j'ai publié dans mon mémoire de 1881. Rapportés par d'autres auteurs je ne connais que les cinq cas de la thèse de M. Regis et celui tout dernièrement rapporté par M. de Bœck. Les détails de l'observation de M. Maret ne permettent pas de se prononcer et quant à celle de M. Arnaud, j'ai longuement démontré qu'elle n'appartenait pas à la folie simultanée, les causes occasionnelles dépressives, supposées par l'auteur, n'existant pas d'après les renseignements précis que j'ai recueillis : la situation financière était très prospère et la situation irrégulière du ménage, incriminée par cet aliéniste, était voulue de la femme. Pas de causes occasionnelles perturbatrices, pas de folie simultanée, ce point était donc le seul important à établir ; mais M. Arnaud l'a complètement passé sous silence dans sa réponse à mon mémoire ; il s'est borné à affirmer derechef que le concubinage tourmentait la concubine quand j'ai fourni la preuve qu'elle s'en trouvait, au contraire, si bien pour les raisons que j'ai données qu'elle a constamment refusé de se marier. Je ne connais donc que sept cas incontestables de folie simultanée, c'est peu sans doute, mais de ce que le phénomène morbide serait assez rare, cela ne militerait en aucune façon contre la réalité du type créé par M. Régis.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La variole (1), par F. de Grandmaison.

Peut-être penserait-on, *a priori*, que la variole se prête peu à un travail d'ensemble dans le genre de ceux qui composent la bibliothèque Charcot-Debove, qui est comme une collection de revues générales étendues, suffisamment dé-

(1) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

veloppées, destinées à mettre au point une question de pathologie. L'histoire de la variole avait-elle donc besoin d'être mise au point? A-t-elle varié depuis les grandes descriptions classiques, celles des Cliniques de Trousseau, par exemple? Il est peu probable que la variole ait beaucoup changé, mais on la connaît mieux, et sa description a été remaniée encore, de façon à s'adapter plus étroitement aux différentes formes cliniques; de plus, on a mieux étudié sa propagation, sa prophylaxie, on a recherché de nouveau les rapports de la variole et de la vaccine, sans du reste trancher définitivement la question. De là l'utilité du livre de M. de Grandmaison qui connaît bien la variole, pour avoir été interne dans le service des varioleux, à l'hôpital d'Aubervilliers.

L'insuffisance mitrale (1), par G. André.

Étudier l'insuffisance mitrale est quelque chose d'artificiel; en effet, l'insuffisance se lie souvent au rétrécissement, celui-ci succédant à celle-là; elle se combine souvent aussi à d'autres lésions orificielles, et, plus souvent encore, à la myocardite interstitielle. Montrer ces rapports est précisément même ce qu'à l'heure actuelle une étude d'ensemble sur l'insuffisance mitrale peut avoir de plus actuel et de plus instructif. M. André l'a compris, et, d'une façon générale, il a bien fait ce travail de mise au point. En séparant ce chapitre de l'histoire des cardiopathies, il a eu soin de montrer ses attaches avec les autres chapitres.

Il a donné au traitement un certain développement : les praticiens lui en sauront gré.

De la myocardite typhique et de son rôle dans la mort subite et le collapsus cardiaque (2), par J. Hobbs.

Voici les conclusions de cette thèse inaugurale :

La mort subite peut être diagnostiquée plusieurs jours à l'avance par la disparition du premier bruit du cœur.

Il y a des cas où, sans qu'il y ait eu pendant la vie aucun phénomène cardiaque, on trouve, à l'autopsie d'un typhique mort subitement, des lésions de myocardite aiguë.

La pathogénie de la mort subite peut être séparée de celle du collapsus cardiaque.

Il y a lieu de rapprocher les lésions anatomo-pathologiques du collapsus cardiaque de celles rencontrées par Renaut dans la myocardite segmentaire essentielle.

La mort subite au cours de la fièvre typhoïde doit être imputée à une action sidérante des toxines sur les centres nerveux du cœur.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

248. M. Aury. Le cidre et le poiré en santé et en maladie. — 249. M. Montalescot. Le chlorure de zinc dans le traitement de l'otite moyenne, suppurée, chronique, granuleuse. — 250. M. Bompaire. Du torticolis mental. — 251. M. Druène. Contribution à l'étude de l'hystérie. Du bégayement chez les hystériques. — 252. M. Delagrange. De l'épilepsie partielle sensitivo-sensorielle. — 253. M. Martel. De l'hystérie toxique. (Intoxication sulfo-carbonée.) — 254. M. Boissier. Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressives considérées dans leurs rapports réciproques. — 255. M. Weisenburger. Considérations sur la morphinomanie. — 256. M. Grallan. De l'antisepsie buccale et nasale. — 257. M. Leblanc. De l'exentération du globe oculaire. — 258. M. Chauvenet. Contribution à l'étude des abcès périnéphrétiques. — 259. M. Passelaigue. De la résection orthopédique du poignet. — 260. M. Cortot. Contribution au traitement de l'épilepsie. — 261. M. Cégan. De l'éléphantiasis exotique, ses rapports avec la filaire du sang. — 152. M. Bergeot. Quelques considérations sur le traitement des cataractes secondaires. — 153. M. Leblois. Contribution à l'étude des fractures chez les enfants et de leur traitement. — 254. M. Gratien. De l'influence curative de la laparotomie. — 255. M. Mouflier. Considérations sur l'asepsie et l'antisepsie dans la chirurgie rurale. — 256. M. Mével. Contribution à l'étude des troubles oculaires dans l'acromégalie. Essai sur la pathogénie de cette affection. — 257. M. Campbell. De l'emploi de l'éther comme anesthésique général.

(1) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, L. Baillière et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 21 juin 1894, les médailles d'honneur et les mentions honorables suivantes ont été accordées, en récompense du dévouement déployé au cours de l'épidémie cholérique qui a sévi en 1893-1894 dans le département du Finistère :

Médailles d'or. — MM. les docteurs Léseleuc et Caradec (de Brest); Guader (de Lambézellec).

Médailles de vermeil. — MM. les docteurs Anner et Cerf-Mayer (de Brest); MM. les médecins de la marine Bourdon, à l'Ile-Molène; Négadelle, Le Floch et Vincent, à Camaret.

Médailles d'argent. — MM. les docteurs Allain (de Saint-Pierre-Quilbignon); Le Port (à Lanildut).

Médailles de bronze. — MM. les quartiers-maîtres infirmiers de la marine Le Fur, à Lambézellec; Gourion, à l'Ile-Molène; Prigent, à Plouarzel; Mazé, à Camaret; MM. les matelots infirmiers de la marine Landuré, à Lambézellec; Cloarec, à l'Ile-Molène; Mmes Brès, en religion mère Brès; Colichet, en religion mère Saint-André; de Paroués, en religion sœur Saint-Victor, attachées à l'hôpital de Brest; M. Loustalot, infirmier à l'hospice de Brest; Mme André, infirmière à l'hospice de Brest.

Mentions honorables. — M. Divanach, infirmier à l'hospice de Brest; Mme Merrer, infirmière à l'hospice de Brest.

— Par décision ministérielle, en date du 6 juillet 1894, M. Clément (C.-J.-A.), médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée, a été désigné pour le 14e escadron du train des équipages militaires, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe Dupard.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Cambours est nommé préparateur du cours d'histoire de la médecine.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Coignet est institué chef de clinique des maladies cutanées et syphilitiques.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Bruant est institué suppléant de la chaire d'histoire naturelle.

— M. le docteur Bougey est nommé membre du Comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque publique d'Auxonne.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Étude de Me GASTALDI, notaire à Paris, place de la Bourse, n° 10, et de Me PINEAU, avoué à Paris, rue des Capucines, n° 22.

Vente, le 20 juillet 1894, à 2 heures, en l'étude et par le ministère de Me GASTALDI, en onze lots, de quarante-neuf **ACTIONS** et de cent deux **PARTS** de jouissance nominatives de la Société Française des Eaux Minérales, dont le siège est à Paris, boulevard des Italiens, n° 5. Mises à prix : 1er à 9e lots (cinq actions et dix parts), chacun 1250 francs ; 10e lot (quatre actions et huit parts), 1000 francs ; 11e lot (quatre parts), 25 francs.

S'adresser à Mes PINEAU et RANSONS, avoués, et à Me GASTALDI, notaire.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **10 fr.**	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête nationale, le journal ne paraîtra pas samedi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décrets, en date du 9 juillet 1894, ont été nommés :

M. Berger (Paul), professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris;

M. Hédon (Charles-Édouard-Eutrope-Emmanuel), professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Montpellier.

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le médecin de première classe Mutin; MM. les médecins principaux de deuxième classe Laurens, Blaise et Delmas; MM. les médecins-majors de première classe Minzior et Cottel.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Lauza, Granier, Darde, Bounaix, Marty, Chopinet, Bergounioux, Vuillemin, Adam, Laval, Petit, Chatain, Ucciani, Vautrin, Cadot et Robert; MM. les médecins-majors de deuxième classe Liron, Mackiewicz, Mourey, Cassan, Duval, Boulian, Jacquey, Mons et Durget; MM. les docteurs Carassus (de Milly) et Licourt (de Châtillon-sur-Marne).

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, M. le médecin principal de première classe Debaussaux est promu au grade de médecin-inspecteur dans le cadre du corps de santé militaire, en remplacement de M. le médecin-inspecteur Mathis, placé dans la section de réserve.

— La séance annuelle de la Société d'hypnologie et de psychologie aura lieu le lundi 16 juillet 1894, à quatre heures, au palais des Sociétés savantes, 28, rue Serpente, sous la présidence de M. Dumontpallier, membre de l'Académie de médecine.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Depons (de Bazas) et Langlois (de Nancy).

Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

268. M. Combalat. Dermatoses professionnelles. — 269. M. Guilliou. Contribution à l'étude du mécanisme et du traitement du prolapsus chez les femmes âgées. — 270. M. Cordier. De l'emploi des injections brown-séquardiennes chez les aliénés mélancoliques. — 271. M. Trenel. États spasmodiques et contractures permanentes dans la paralysie générale. — 272. M. Bourdin. De l'impulsion et spécialement de ses rapports avec le crime. — 273. M. Pau. Des urines dans la scarlatine. — 274. M. Hamel. Du paludisme dans le canton d'Evran (Côtes-du-Nord). — 275. M. Baudron. De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan). — 276. M. Courtey. Étude sur le ptérygion. — 277. M. Sépet. Des rechutes ou récidives à brève distance dans la variole. — 278. M. Barret. Relations entre la pelade et la teigne. — 279. M. de la Rochefordière. Sur deux cas récents d'utérus bicorne. — 280. M. Miquet. De l'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard. (Étude anatomique, histologique et physiologique.) — 281. M. Laurent. Étude sur l'évolution anatomique et clinique des anévrysmes de la pointe du cœur. — 282. M. Martin. Les difficultés du traitement des teignes tondantes. — 283. M. Grasset. Rapports du scrofulo-lymphatisme avec la syphilis et la tuberculose. — 284. M. Dambies. Du traitement du genu valgum infantile. — 285. M. Lagoudaky. Étude clinique des rapports de la syphilis et du tabes. — 286. M. Chibret. Contribution à l'étude anatomo-pathologique des épithéliomas adamantins. — 287. M. Turmel. Contribution à l'étude du mérycisme. — 288. M. Delhaye. Des albuminoïdes d'origine animale dans le régime alimentaire des malades. — 289. M. Valentin. Les religions orientales considérées dans leurs rapports avec l'hygiène et la prophylaxie des maladies contagieuses. — 290. Mlle Bologowski. Sur le choléra asiatique de 1892-93, en Russie, et les mesures administratives prises par le gouvernement contre cette épidémie. — 291. M. Dupont. De la tuberculose intestinale et de son traitement. — 292. M. Charnaux. Essai sur le diabète sucré syphilitique. — 293. M. Roy. Contribution à l'étude de l'urobilinurie et de la glycosurie dans l'érysipèle. — 294. M. Escat. Évolution et transformations anatomiques de la cavité naso-pharyngienne. — 295. M. Patricopoulo. Neurasthénie d'origine traumatique. — 296. M. Le Bart. Le chancre primitif du nez et des fosses nasales. — 297. M. Bagourd. Contribution à l'étude des kystes essentiels de la mamelle. — 298. M. Lucas. Étude clinique des tumeurs néoplasiques des doigts. — 299. M. Alam. Essai sur l'application des méthodes de laboratoire au traitement de la tuberculose. — 300. M. Wermeille. Stomatite et rhinite impétigineuses dans la rougeole; leurs rapports avec la broncho-pneumonie. — 301. M. Marsat. Essai d'urologie clinique dans l'érysipèle.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Les chirurgiens s'enhardissent, avec raison, croyons-nous, à intervenir de plus en plus dans les affections cancéreuses de l'estomac. C'est ainsi que MM. Tuffier et Quénu, dans cette même séance, ont apporté deux intéressantes observations de résections stomacales. Le premier a enlevé un néoplasme occupant la grande courbure et les deux faces de l'estomac, sans empiéter sur le pylore. Le segment d'estomac enlevé ne mesurait pas moins de 9 centimètres sur la grande courbure et de 4 sur la petite.

Dans le cas de M. Quénu, il s'agissait d'un cancer du pylore ayant envahi la première portion du duodénum. Dans un premier temps, M. Quénu anastomosa la face antérieure de l'estomac avec le jéjunum au moyen du bouton de Murphy, cela fait il disséqua la tumeur et excisa toutes les portions malades de l'estomac et du duodénum.

Dans ces deux cas, le résultat opératoire fut des plus satisfaisants. Non seulement les malades ont très bien supporté l'opération, mais elles ont engraissé et jouissent actuellement d'une parfaite santé. Combien de temps cela durera-t-il ? A ce point de vue, il serait bien intéressant que MM. Tuffier et Quénu fissent connaître plus tard les résultats définitifs.

M. Fontan (de Toulouse) propose un ingénieux moyen de désobstruer les voies biliaires après la cholécystotomie. Après l'ouverture de la vésicule et sa fixation à la plaie abdominale, M. Fontan pratique des injections d'éther dans les canaux biliaires, quand ceux-ci n'ont pas pu être débarrassés directement par le cathétérisme. Ce moyen, dans un cas, lui a donné de très bons résultats.

Signalons encore une heureuse intervention de M. Legueu qui a pratiqué, avec succès, la néphrolithotomie avec suture complète de la plaie rénale, dans un cas d'anurie calculeuse datant de cinq jours.

M. le docteur Roussy a profité d'une déplorable facilité qu'il a d'attraper l'influenza pour faire de l'auto-observation et de l'auto-expérimentation, d'où il résulte que l'agent pathogène de l'influenza doit être un élément vivant infiniment plus tenu que le plus petit des microbes connus; il s'agirait d'une sorte de vapeur d'une grande toxicité et d'une extrême contagiosité. M. Roussy recommande, comme moyen prophylactique, le sulfate de quinine et comme moyen curatif la créosote, le phosphate de chaux et les pulvérisations d'eau iodée.

M. Panas a lu un rapport sur une observation de M. Piedvache relative à un cas de névrites périphériques primitives du membre inférieur droit, ulcération dystrophique, puis gangrène sèche du gros orteil; en raison des douleurs excessives qui ne tardèrent pas à survenir, l'amputation fut pratiquée au lieu d'élection; elle amena la guérison.

L'intérêt de cette observation réside dans la coïncidence de la gangrène avec le mal perforant, coïncidence déjà établie par M. Duplay.

Signalons, pour terminer, une lecture de M. Gaube (du Gers) qui propose des injections sous-cutanées d'albuminoïde chlorurée-calcique-magnésienne-phosphorée-sodique dans la tuberculose pulmonaire.

L'Académie a élu trois membres associés nationaux, MM. Jacquemin (de Nancy), Audouard (de Nantes) et Schagdenhauffer (de Nancy).

DE CERTAINES AMYOTROPHIES POST-TRAUMATIQUES DE L'AVANT-BRAS ET DE LEUR IMPORTANCE AU POINT DE VUE DU PRONOSTIC DES TRAUMATISMES ARTICULAIRES DU COUDE

Par le docteur J. Huguet,

Médecin aide-major de première classe à l'École spéciale militaire de Saint-Cyr.

Les amyotrophies d'origine articulaire sont aujourd'hui bien connues, et de nombreux travaux ont été publiés sur cette intéressante question. Tout récemment encore, M. le docteur Plicque leur consacrait une étude d'ensemble (1), en insistant particulièrement sur l'évolution, la pathogénie, le traitement préventif et curatif. Cependant, il nous a semblé qu'il ne serait pas sans intérêt d'attirer l'attention des chirurgiens sur quelques modalités cliniques d'amyotrophies dont la constatation peut jeter un certain jour sur le pronostic des traumatismes articulaires.

Ayant eu l'occasion d'observer, dans ces dernières années, un nombre considérable de traumatismes articulaires, nous avons été frappé de la physionomie spéciale que prenaient certains muscles situés dans le voisinage d'une articulation traumatisée. Pour le coude, en particulier, — c'est cette région que nous aurons en vue dans notre étude, — nous avons été conduit à remarquer, dans certains cas, la rapidité d'évolution de l'amyotrophie, la tendance à se localiser à un groupe musculaire défini, la résistance au traitement; enfin et surtout, ces formes morbides ont toujours coïncidé avec des traumatismes d'une assez haute gravité comme accidents immédiats et comme complications. Apparaissant même avant ces dernières, les amyotrophies, se manifestant dans de telles conditions, nous semblent avoir une grande valeur pronostique.

C'est sur ces différents points que nous désirons insister, appuyant nos réflexions sur cinq cas observés, parmi lesquels deux nous paraissent particulièrement démonstratifs; aussi de ces deux cas seulement rapportons-nous l'observation.

Observation I. — Le cavalier G... Alexandre, âgé de vingt-trois ans, n'a jamais subi de traumatisme et n'a eu aucune affection articulaire, rhumatismale ou autre. Cet homme a 1m68 de taille; il est fortement musclé.

Le 1er août 1892, étant debout dans la chambre, ce militaire, voulant s'approcher de son lit pour prendre son tablier de travail (il est employé à l'atelier du bottier), met le pied sur une gamelle laissée sur le parquet, glisse et tombe de façon telle que le coude droit porte sur le pied en fer du châlit. Au moment où l'accident s'est produit, l'avant-bras était fortement fléchi sur le bras, et en adduction, la main droite se trouvant au niveau de l'épaule gauche.

Le blessé ressent immédiatement une grande douleur et ne peut se relever. Le médecin de service appelé constate une luxation du coude complète en arrière, dont il opère la réduction non sans quelque difficulté; cependant, aucune déformation osseuse n'est signalée, non plus qu'aucune mobilité anormale. G... est envoyé à l'hôpital le même jour. L'immobilisation est obtenue au moyen d'un appareil plâtré qui est laissé en place pendant douze jours. Le 13 août, l'appareil est enlevé et le membre maintenu par une écharpe. A cette époque, tout gonflement a disparu; il persiste deux ecchymoses, l'une postéro-externe, l'autre antéro-interne qui sont encore perceptibles le 30 août.

(1) A.-F. Plicque. Les amyotrophies d'origine articulaire; leur traitement curatif et préventif, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 187.

Dès le treizième jour après l'accident, les mouvements communiqués sont pratiqués; l'articulation est le siège de craquements qui disparaissent vers le vingt-troisième jour environ. La flexion s'opère assez facilement et presque complète, mais les mouvements d'extension sont extrêmement douloureux. Les douleurs constantes éprouvées au début, parfois très vives, au point de produire l'insomnie, sont localisées en deux points au niveau des régions postéro-externe et antéro-interne, cette deuxième région le siège des douleurs les plus intenses, spontanées aussi bien que provoquées. A ce niveau, les tissus, œdématiés pendant les premiers jours qui ont suivi l'accident, ont repris leur

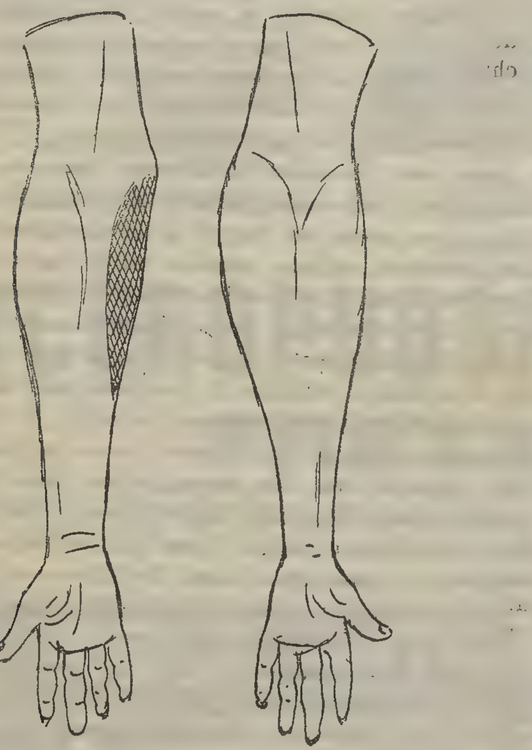


Fig. 1. (*Obs. I.*) Fig. 2.
Avant-bras droit. Avant-bras gauche.

volume normal en ce qui concerne les parties molles. Seule la portion épitrochléenne de l'humérus reste plus volumineuse qu'à l'ordinaire; à la palpation, on trouve le périoste épaissi, et une arête rugueuse oblique en bas et en dehors formant un léger relief au niveau de l'épitrochlée à 1 centimètre en dehors de cette apophyse; cette arête est sans nul doute le vestige d'un cal fissuraire consécutif à un arrachement incomplet de l'épitrochlée, lésion passée jusqu'alors inaperçue.

Mais le point le plus saillant de cette observation est le suivant : le jour même où l'appareil plâtré a été enlevé (13 août), on a pu constater, en comparant le membre malade et le membre sain du côté opposé, qu'une dépression anormale de 7 centimètres environ de longueur sur 4 de largeur existe au niveau de la région occupée par la masse des muscles épitrochléens; cette dépression est limitée en haut par l'épitrochlée et le pli du coude; en bas, elle se termine par une ligne plus appréciable à la vue qu'au toucher et qui se fond insensiblement avec les parties voisines.

Autre caractère important, cette atrophie, malgré la mise en usage des traitements les plus actifs (massage, électricité, douches), ne paraît encore, un mois après l'accident (31 août), avoir subi aucune amélioration notable. A cette époque, la dépression persiste encore si évidente que, désireux d'analyser exactement les faits, nous pouvons procéder à des mensurations comparatives, et nous obtenons les résultats suivants :

	BRAS DROIT (côté malade)		BRAS GAUCHE	
	Circonférence.	Mensuration au compas d'épaisseur.	Circonférence.	Mensuration au compas d'épaisseur.
Du sommet du creux de l'aisselle à la partie la plus saillante du deltoïde .	35cm	9cm 1/3	34cm 1/2	8cm 1/2
Bras, région moyenne	25	6 3/4	25	6 3/4
Coude, de l'épitrochlée à l'épicondyle	24 1/2	8 3/4	23 1/2	8
Coude, de l'olécrâne au milieu du pli du coude	»	6 3/4	»	6 1/2
Avant-bras : à 1cm au-dessous de l'épitrochlée.	24 1/4	»	23 3/4	»
Avant-bras : à 3cm au-dessous de l'épitrochlée.	24 1/2	»	25 1/2	»
Avant-bras : à 5cm au-dessous de l'épitrochlée.	24 3/4	»	25 3/4	»
Avant-bras, région moyenne, à 12cm au-dessous de l'épitrochlée. . . .	22 3/4	7 3/4	23	7 3/4

Avec cette atrophie, coïncident certains troubles fonctionnels caractérisés par une légère anesthésie, et surtout par un affaiblissement marqué de la force musculaire.

G..., malgré les divers traitements dont il a été l'objet dans la suite, n'a pu récupérer ses muscles épitrochléens; il y a eu un peu d'amélioration, mais les progrès ont été si lents qu'on est en droit de penser que cette atrophie persistera au moins dans une grande mesure. En 1893, nous avons revu le blessé, l'amyotrophie après une année était restée très nette; depuis nous n'en avons plus eu de nouvelles.

Rappelons, en terminant cette observation, que, contrairement aux lésions musculaires, les lésions osseuses et périostiques se sont amendées sous l'influence de cautérisations ponctuées, combinées aux traitements employés pour combattre l'amyotrophie. Quatre mois après l'accident, le blessé a pu reprendre son service aux cuirassiers, et il l'a continué sans interruption jusqu'à sa libération.

Obs. II. — G... Alexandre, âgé de vingt-deux ans, n'a aucun antécédent pathologique. Cet homme très robuste a 1m66 de taille; il est fortement musclé. Le 10 mars 1892, en faisant un exercice de voltige, G... veut prendre son point d'appui en avant sur les reins du cheval; il manque son mouvement, ses mains glissent et il tombe à droite du cheval, les deux mains à plat, tout le poids du corps portant sur le membre supérieur droit. A ce moment, le cavalier sent un craquement se produire dans son bras et ne peut se relever seul. Le médecin de service est appelé; il constate que l'extrémité supérieure de l'avant-bras est fortement déplacée en arrière et en dedans, et que la luxation des deux os est complète. La luxation est réduite sans trop de difficultés; cependant, ce n'est qu'après une seconde tentative que la mise en place est bien effectuée.

G... est envoyé à l'hôpital, où l'on constate que les extrémités articulaires sont en place, l'olécrâne paraît seulement plus volumineuse; aucune mobilité anormale, pas de douleur localisée à la pression. Une ecchymose très considérable siège à la partie antérieure et interne du membre;

elle s'étend du quart inférieur de l'avant-bras au tiers supérieur du bras. Disons de suite que cette ecchymose a persisté pendant trois semaines.

Le membre est immobilisé en demi-flexion dans une gouttière plâtrée pendant huit jours. Le 10 mars, la gouttière est enlevée. Au cours des quelques mouvements qui sont pratiqués, on remarque une rétraction assez considérable du tendon du biceps; l'extension de l'avant-bras est très pénible et quelques craquements sont perçus au niveau de l'article. La mobilisation des extrémités articulaires provoque une douleur sourde assez intense, mais à laquelle le blessé lui-même ne peut assigner aucune localisation déterminée. Le coude malade n'est pas replacé dans la gouttière, il est maintenu en immobilisation relative au moyen d'une écharpe pendant cinq à six jours, puis on reprend les mouvements communiqués en y ajoutant l'électrisation du membre.

Le 30 mars, est constatée l'apparition de phénomènes inflammatoires (gonflement, rougeur) qui nous obligent à supprimer les mouvements communiqués; les séances d'électrisation sont seules continuées. Après quelques jours, le gonflement disparaît; il persiste seulement un peu de douleur pendant les mouvements. De plus, l'olécrâne présente une notable augmentation de volume, due à de la périostite et probablement aussi à la formation d'un cal, car on suit très nettement sur l'olécrâne une ligne de rugosités, saillante au niveau de la base, indice du travail de réparation osseuse au niveau de cette partie de l'os.

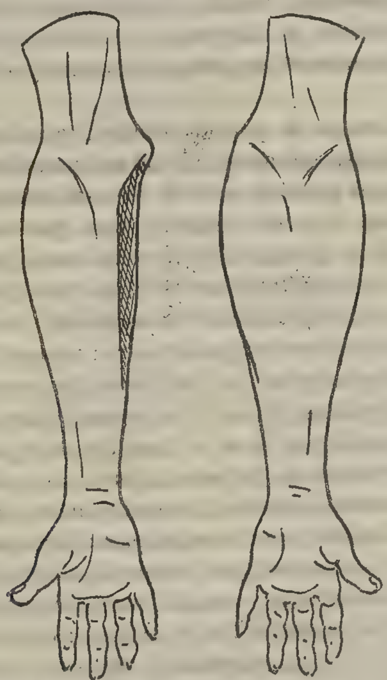


Fig. 3. (*Obs. II.*) Fig. 4.
Avant-bras droit. Avant-bras gauche.

Les mouvements communiqués sont repris jusqu'au 25 avril. A cette date, le blessé part en congé de convalescence d'un mois. Le 26 mai, il revient à l'hôpital, l'amplitude des mouvements a diminué, le tendon du biceps est tendu et l'on sent, à la palpation, que ce muscle a subi un certain degré de rétraction; c'est à peine si une légère extension de l'avant-bras peut être obtenue.

Comme pour le blessé de l'observation I, on a pu constater chez celui-ci un aplatissement de la région des muscles épitrochléens dont l'atrophie, évoluant avec rapidité, a commencé à être nettement perceptible vers le 30 mars, pour arriver à son maximum vers le 1er mai, époque à laquelle nous procédons aux mensurations suivantes :

	BRAS DROIT (côté malade)		BRAS GAUCHE	
	Circonférence.	Mensuration au compas d'épaisseur.	Circonférence.	Mensuration au compas d'épaisseur.
Du sommet du creux de l'aisselle à la partie la plus saillante du deltoïde	26cm 1/2	9cm 1/2	26cm 1/2	9cm 1/2
Bras, région moyenne	24	7 1/2	24	7 1/2
Coude, de l'épitrochlée à l'épicondyle	26 1/2	7 1/2	25 1/2	8 1/4
Coude, de l'olécrâne au milieu du pli du coude	»	9	»	8 1/3
Avant-bras : à 1cm au-dessous de l'épitrochlée	26	»	25 1/2	»
Avant-bras : à 3cm au-dessous de l'épitrochlée	24 1/2	»	26	»
Avant-bras : à 5cm au-dessous de l'épitrochlée	24 1/3	»	25 1/2	»
Avant-bras, région moyenne, à 12cm au-dessous de l'épitrochlée	22 1/2	7 1/3	22 3/4	7 1/2

Les troubles fonctionnels sont caractérisés par un certain degré d'anesthésie de toutes les régions musculaires de l'avant-bras; la force musculaire est considérablement diminuée, et les mouvements volontaires se font avec une certaine difficulté, non seulement à cause des troubles trophiques de l'avant-bras, mais aussi à cause de la rétraction du biceps dont le tendon fait saillie sous la peau, comme une corde tendue, et maintient l'avant-bras fléchi, suivant un angle de 135 degrés.

Ces différentes lésions ne s'étant pas améliorées, malgré les différents traitements institués (massage, douches, frictions au gant de crin, électrisations), G... a été proposé pour la réforme n° 1 avec gratification, qui lui a été accordée.

De ces observations, il nous reste à tirer les conclusions suivantes :

1° A côté des amyotrophies lentes et progressives, qui sont les plus communes et que l'on constate fréquemment à la suite des arthrites aiguës, il importe d'étudier certaines amyotrophies qui se développent très peu de temps après le traumatisme.

2° Parmi les amyotrophies qui présentent comme caractère essentiel d'être précoces : *a.* les unes affectent les mêmes symptômes que les amyotrophies lentes, reconnaissent les mêmes causes et sont justiciables du même traitement; ces amyotrophies sont celles que l'on constate le plus souvent sur le deltoïde, le triceps brachial, le triceps fémoral, les muscles fessiers; *b.* les autres, ce sont celles-ci que nous avons en vue, non seulement évoluent avec une grande rapidité, mais se localisent à un groupe déterminé de muscles (muscles épitrochléens) et sont rebelles à tout traitement; elles n'ont été constatées que chez des blessés ayant subi de grands traumatismes.

3° L'apparition rapide de ces amyotrophies et leur constatation peut éclairer utilement le chirurgien sur la gravité du traumatisme articulaire; ces lésions spéciales ne lui sont pas, à proprement parler, consécutives; leur prompte évolution peut les faire considérer comme un symptôme, plus que comme une complication; leur existence doit

rendre le chirurgien très réservé au point de vue du pronostic du traumatisme articulaire et de la récupération par l'article de l'intégrité de ses mouvements.

4° Ces amyotrophies spéciales, si nettement localisées, doivent reconnaître différentes causes. M. Plicque (1) a énuméré, d'après M. Raymond (2), les théories relatives aux amyotrophies d'origine articulaire. Ces théories, et en particulier celle de Vulpian, Le Fort, Charcot (action réflexe exercée vers les centres trophiques de la moelle), permettent d'expliquer les amyotrophies que l'on rencontre le plus souvent à la suite des péri-arthrites; mais nous pensons que, dans certains cas, et notamment en ce qui concerne les atrophies des muscles épitrochléens dans leurs rapports avec les traumatismes du coude, il y a lieu de considérer comme un facteur également important la contusion directe des muscles au voisinage de l'articulation. Cette contusion est d'autant plus violente, qu'au moment du choc ou de la chute, les éléments musculaires sont en contraction et que la pression des tissus s'effectue contre un plan osseux dur et résistant.

5° Les lésions des muscles épitrochléens nous ont paru être toujours en rapport direct avec l'intensité du traumatisme dont l'articulation du coude avait été le siège; aussi est-ce sur la constatation de ces amyotrophies localisées, que nous avons désiré nous étendre avec quelques détails, leur interprétation pouvant, à notre sens, permettre au chirurgien, dans certains cas difficiles, de formuler un pronostic réservé quant à la gravité du traumatisme articulaire.

DE LA FOLIE A DEUX

ET DE SES TROIS GRANDES VARIÉTÉS CLINIQUES (3)

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

IV

Reste à examiner la *folie imposée*, troisième variété de la folie à deux. Elle n'est pas, à proprement parler, une folie, elle n'est en réalité que l'erreur d'un esprit abusé. Dans ces cas il n'y a ni contagion mentale vésanique, ni travail morbide. J'ai proposé cette appellation pour distinguer des précédents malades que nous venons d'examiner ces individus qui, induits en erreur par débilité mentale ou crédulité, c'est-à-dire par défaut de logique ou de perspicacité, ajoutent foi au délire d'un aliéné et se laissent duper par lui. Tous les sujets passifs du mémoire de MM. Lasègue et Falret étaient dans ce cas qui est beaucoup plus fréquent qu'on ne croirait. Parfois même c'est par centaines que se comptent les victimes, qu'on me permette ce mot, faites par certains fous raisonnants, persécutés, persécuteurs, qui savent présenter avec art leurs doléances et avec vraisemblance leurs réclamations; magistrats, hommes de loi, gens du monde, médecins même, loin de voir en eux des malades, acceptent pour fondées toutes les vilenies et les passe-droit dont ils se plaignent, puis avec la plus absolue bonne foi se dévouent à les protéger et à les défendre. Eh bien! il est évident que tous ces abusés ne sont pas des aliénés; ils ne sont ni hallucinés, ni délirants; ils diffèrent donc essentiellement des sujets qui rentrent soit dans le groupe de la folie communiquée, soit dans le groupe de la folie simultanée; c'est pourquoi il leur faut une dénomination, celle que j'ai proposée ou une autre, peu importe, mais enfin une dénomination qui les distingue nettement, car ils forment véritablement un troisième groupe à part. La preuve qu'ils sont bien tels que nous les présentons, c'est qu'il suffit de les soustraire à l'influence qu'ils subissent, de leur démontrer qu'ils ont eu affaire à un aliéné, pour les redresser et chasser leur erreur. A ces faux malades le traitement à prescrire est celui de toutes les erreurs : le raisonnement, lequel est toujours inefficace dans la vésanie, qu'il exaspère plutôt. En vain dans la folie communiquée et la folie simultanée, on sépare les codélirants et on les argumente. La maladie continue son évolution en proportion des prédispositions des sujets, qui ne sont en aucune façon influencés, ni par cette séparation, ni par cette argumentation.

Il résulte de cet exposé qu'un seul élément est vraiment nécessaire à la genèse de la folie imposée, la vraisemblance du délire, et encore une vraisemblance toute relative, c'est-à-dire variable selon la culture mentale et le développement intellectuel des sujets passifs. Certains débiles se laisseront, en effet, imposer facilement des conceptions délirantes dont l'absurdité sautera aux yeux d'un individu même médiocrement doué. On voit donc qu'ici encore, comme pour les deux variétés précédentes, les conditions génétiques varient et marquent la différence radicale qui existe entre les unes et les autres, chacune ayant les siennes propres.

Suffit-il, comme le pensait Lunier, que la croyance à la véracité des assertions de l'aliéné soit poussée au point de décider le sujet passif à agir de concert avec lui ou dans son sens, pour voir en celui-ci, non pas seulement un abusé, mais bien un malade? Je ne le pense pas. J'ai déjà indiqué plus haut qu'il est arrivé plus d'une fois à des persécutés-persécuteurs, aliénés raisonnants, de trouver de nombreux défenseurs et protecteurs ; ceux-ci ne se sont pas toujours contentés de distribuer des consolations et des encouragements, ils ont créé une agitation et entrepris des actions publiques dans le but d'obtenir justice contre les prétendus ennemis de leurs clients; ils n'étaient pour cela nullement des aliénés. Il résulte même d'un fait que j'ai rapporté en 1881 que le sujet passif dans la folie imposée peut, tout en restant parfaitement sain d'esprit, s'associer à un crime délirant commis par le sujet actif, dont il devient ainsi le complice. Qu'on en juge : un jeune homme de quinze ans se laissa convaincre par sa mère, hallucinée et délirante, que son père, parfait honnête homme en réalité, entretenait des rapports incestueux avec sa jeune sœur âgée de douze ans et qu'il méritait la mort. Elle acheta un long couteau qui devait lui servir à perpétrer le crime, et prépara pour le jeune homme une lourde massue de bois. Il fut convenu qu'elle porterait le coup mortel, tandis que l'enfant se précipiterait sur son père pour l'achever immédiatement après sa chute. Les préparatifs terminés, un matin, à huit heures, ils s'armèrent. Le père avait le dos tourné; heureusement il vit briller dans une glace la lame du couteau et eut le temps de se retourner précipitamment et de se jeter sur sa femme. Il fut blessé grièvement à la région fronto-pariétale. Il chancela ; à ce moment, conformément aux instructions reçues et acceptées, l'enfant se précipita sur son père et le frappa à coups redoublés de sa

(1) A.-F. PLICQUE. *Loc. cit.*
(2) RAYMOND. *Rev. de méd.*, 1890.
(3) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 752.

massue de bois. Les voisins accourus aux cris dégagèrent la victime des mains de ses meurtriers. Il résulta de l'examen de l'état mental du jeune homme qu'il n'avait ni hallucination, ni perversion affective, ni état délirant propre; il avait simplement adhéré aux récits de sa mère et avait obéi à ses ordres. Il suffit de le séparer de la malade et de lui démontrer qu'elle était une aliénée pour le ramener à une saine appréciation des choses.

Pour distinguer la folie imposée de la folie communiquée, la participation du sujet passif aux actes délirants du sujet actif ne saurait donc être érigée en critérium. Le diagnostic différentiel entre ces deux variétés de folie à deux, n'est du reste à faire, on le comprend sans peine, que dans les cas de délire systématisé, les délires généraux ne pouvant être que communiqués; les exubérances des maniaques et les lamentations des lypémaniaques ne sont guère de nature, en effet, à être acceptées comme raisonnables, même par les plus imbéciles. Si le sujet passif, qui reproduit les conceptions délirantes du sujet actif, est atteint en outre des mêmes troubles sensoriels, la question se trouvera tranchée, car l'hallucination, fût-elle consciente, c'est-à-dire appréciée par qui en est atteint, est toujours une manifestation morbide, le résultat d'un désordre pathologique des centres psycho-sensoriels. Dès qu'il est halluciné, le sujet passif doit donc être déclaré contaminé et aliéné. Peu importe l'évolution que suivra par la suite sa folie, qu'il soit ou non séparé de son codélirant, car cette évolution, le mal déclaré, dépendra surtout de son organisation cérébrale; elle sera longue ou courte, aboutira à la guérison ou à l'incurabilité, en raison de cette organisation. La considérer dès lors comme de la folie imposée, au cas où le retour à la raison s'opère dans un temps plus ou moins bref, la distraire pour cette raison de la folie communiquée en la rangeant dans le même groupe que ceux qui n'ont été que des abusés, n'est-ce pas, comme je le disais plus haut, séparer les semblables et rapprocher les dissemblables? C'est absolument comme si on niait la contagion variolique là où le contaminé n'a eu qu'une varioloïde; mais de même que ce dernier est susceptible de communiquer à un troisième, mieux prédisposé que lui, une variole qui s'aggravera rapidement et entraînera la mort, de même, rien ne s'oppose à ce que le sujet passif, à affection bénigne et curable, ne communique, jouant à son tour le rôle actif, à un autre héréditaire vésanique plus marqué, une forme grave et incurable de la même maladie mentale. En prenant pour base d'appréciation la durée plus ou moins longue de la maladie transmise, on en arrive aux conséquences les plus erronées, à regarder, ainsi que dans l'observation de M. Arnaud, comme une simple folie imposée rentrant dans le type Lasègue-Falret, un cas des plus nets de contagion mentale morbide avec hallucination, délire et évolution spéciale.

Donc partout où elle existe, l'hallucination impose le diagnostic; elle constitue un critérium infaillible de la contagion mentale morbide. Par contre, est-il exact de nier la transmission de la folie là où elle n'existe pas? Longtemps je l'ai cru et je l'ai même écrit. Cette fois encore je me trompais. La perversion sensorielle, en effet, n'est pas un symptôme obligatoire de l'aliénation mentale; celle-ci existe souvent sans elle, mais jamais sans un trouble émotif; la présence de ce dernier phénomène est donc aussi un élément pour le diagnostic. Deux exemples caractéristiques montreront l'exactitude de cette appréciation. Le premier nous sera fourni par Baillarger. Une dame X... s'imaginait qu'elle était somnambule et que souvent, pendant la nuit, son mari lui faisait donner des consultations dont elle n'avait aucun souvenir au réveil. Elle supposait que celui-ci gagnait, de cette manière, des sommes assez fortes, et elle ne cessait de lui réclamer de l'argent. Peu à peu elle rallia à ses idées son fils aîné qui, bien qu'il ne demeurât pas avec elle, la voyait presque chaque jour. Les récriminations de sa mère l'exaltèrent, il eut des discussions très vives avec son père et il alla jusqu'à le dénoncer à l'autorité. Le délire devint alors tellement évident que le malade qui venait de tirer à la conscription, fut réformé pour cause d'aliénation mentale. Bien que, dans cette observation, il ne soit nullement question de troubles sensoriels, vu le désordre émotif du jeune homme la contagion mentale est-elle contestable? Je demanderai le second exemple à M. Savage. Le cas qu'il rapporte est d'autant plus instructif que, de deux sujets passifs, l'un aboutit à la folie communiquée, le fils de l'aliéné actif, l'autre, sa femme, s'en tint à la folie imposée. Un homme, atteint de manie ambitieuse et isolé dans l'asile était réclamé tout à la fois par son fils et sa bru qui tous les deux ajoutaient foi aux richesses imaginaires du malade, mais tandis que celle-ci, très calme et très convenable dans son discours et son maintien, causait de cette fortune en personne raisonnable, celui-là était en proie à une véritable exaltation maniaque; il renchérissait encore sur son père, affirmait qu'il était possesseur des deux tiers de l'Angleterre et d'un nombre immense de mines, s'emportait à la moindre contradiction et était d'une exubérance ainsi que d'une loquacité morbides. Ce fait, très intéressant, montre bien toute la distance qui sépare la folie imposée de la folie communiquée, en l'absence de toute hallucination.

Enfin nous avons dit plus haut que, d'après M. Pronier, dans les délires systématisés, la folie imposée serait l'antécédent obligé de la folie communiquée. Pour ce médecin la contagion de ces maladies mentales s'opérerait toujours en deux temps: l'aliéné devrait commencer par persuader le sain d'esprit de la justesse de ses idées, pour arriver à lui suggérer ses conceptions délirantes et ses hallucinations. Il résulte de tous les développements dans lesquels nous sommes entré, que folie imposée et folie communiquée sont deux phénomènes morbides absolument distincts et relevant de conditions génétiques très différentes; comment dès lors celle-là serait-elle indispensable à l'éclosion de celle-ci? D'ailleurs, la clinique, à qui appartient le dernier mot en toute circonstance, est loin de confirmer cette donnée théorique; elle fournit des cas nombreux dans lesquels il a fallu l'intervention des hallucinations, c'est-à-dire la contagion mentale opérée, pour amener la soumission et l'acquiescement du sujet passif qui, jusqu'au jour où, lui aussi, il a entendu et senti, a refusé de s'associer aux idées qu'on lui soumettait et les a traitées d'insensées. De ces faits, j'en ai vu. En effet, qu'apprennent mes observations publiées en 1881 et en 1882, et d'autant plus probantes qu'à cette époque, la question n'étant point soulevée, elles ont été forcément recueillies en dehors de toute idée préconçue? Dans la troisième observation de mon premier mémoire, nous voyons une sœur aînée lutter contre le délire de sa cadette durant six mois, délire systématisé de persécutions et de grandeurs, sans jamais y ajouter foi jusqu'au jour, ou plutôt jusqu'à la nuit, où elle crut entendre, tandis que l'aliénée, plus hallucinée

que jamais, lui dépeignait avec feu ses perversions sensorielles et les conséquences qu'elle en tirait. De même, dans la deuxième et la troisième observation de mon second mémoire, les sujets contaminés sont entrés d'emblée dans la folie, sans y avoir été préparés par la croyance au bien fondé des récits délirants dont ils étaient accablés. Dans le premier de ces deux cas, jusqu'à l'instant où, halluciné à son tour, il entendit, le contaminé se refusa à croire aux infamies dont l'entretenait sa fille; et ici, encore, il fallut six mois d'action incessante de l'aliénée pour engendrer les perversions sensorielles. Dans le second cas, deux jours suffirent, mais l'éclosion des hallucinations fut favorisée par une grande émotion qui s'empara du sujet passif, malgré sa croyance absolue à l'insanité du sujet actif, quand arriva, avec la nuit, l'heure fixée par ce dernier pour la production des étranges phénomènes qu'il disait ressentir.

Ces faits établissent, me semble-t-il, que M. Pronier a tort d'ériger la folie imposée en condition nécessaire de la folie communiquée. Que celle-là facilite celle-ci, soit! mais elle n'en est pas le premier degré : j'ai montré, d'ailleurs, je le répète, contrairement à l'opinion de M. de Bœck, son absolue indépendance de toute contagion mentale, résultat qu'elle est, soit de la débilité intellectuelle, soit de la crédulité, c'est-à-dire d'une défectuosité de logique ou de perspicacité, défauts inhérents à l'esprit et non dus à une contamination. M. Pronier le reconnaît d'ailleurs lui-même, quand il avoue que les sujets s'arrêtant à la folie imposée, c'est-à-dire à l'évolution initiale de la contagion mentale, d'après sa doctrine, sont des imbéciles qui acceptent si aisément les conceptions les plus absurdes, mais ne parviennent pas à les assimiler, car leur intellect est trop mince pour les pénétrer profondément et leur moi trop rudimentaire pour les approprier à leur personne. J'accepte ; mais, chez de tels individus, quel besoin est-il alors de la contagion mentale, pour expliquer leur adhésion ? Toutefois M. Pronier a tort de limiter aux seuls débiles de l'intelligence, l'acceptation niaise d'idées délirantes, on la retrouve aussi chez des personnalités intelligentes, hommes de loi et magistrats surtout, enclins à croire plutôt le malade que le médecin et qui ne seraient pas très éloignés de penser qu'il n'y aurait peut-être pas d'aliénés s'il n'y avait pas d'aliénistes. L'acceptation pour vraies des conceptions délirantes d'un aliéné, parce qu'elles paraissent vraisemblables, je l'ai déjà dit et redit, et je le répète une fois encore, n'est pas de la folie, c'est une simple erreur, partant un acte physiologique de l'esprit. Il est évident que, si cet acte se produit, il facilitera la contagion mentale, c'est-à-dire l'acte morbide, puisque, aux efforts faits par l'aliéné, se joindront les propres efforts du sujet passif qui, en croyant le récit qu'on lui fait, fournit par là à sa prédisposition délirante des facilités de se développer; mais alors même qu'il manque et que la croyance à l'insanité du sujet actif est bien arrêtée, la contagion s'opérera quand même, ainsi que le prouvent les faits que je viens de rappeler, si cette prédisposition est suffisamment intense. En conséquence, il est faux de poser en principe que la croyance à la réalité des conceptions délirantes, c'est-à-dire la folie imposée, est l'antécédent obligé de la contagion mentale morbide, c'est-à-dire la folie communiquée.

De tout ce qui précède, je tirerai les conclusions suivantes :

I. Les cas réunis sous le nom de *folie à deux* comprennent trois ordres de faits absolument distincts et nettement délimités, qui peuvent être désignés sous les noms de *folie imposée*, *folie simultanée*, *folie communiquée*.

II. La *folie imposée*, simple erreur de l'esprit, est la croyance à la réalité du délire d'un aliéné, non accompagnée d'hallucination, ni d'aucun travail pathologique propre ; c'est un acte psychique physiologique, complètement indépendant de la contagion mentale morbide, ne nécessitant qu'une seule condition : la vraisemblance du délire pour celui qui l'accepte, et susceptible d'être enrayé par le raisonnement, comme n'importe quelle autre erreur de l'esprit.

III. La *folie simultanée* est le délire qui éclate en même temps chez deux individus sous l'influence des mêmes causes; elle a pour conditions indispensables : la prédisposition psychopatique chez les deux sujets; un contact intime et perpétuel de ceux-ci; des influences occasionnelles perturbatrices de l'esprit qui agissent à la fois, au même moment et de la même façon, chez eux; la folie ainsi déclarée évolue chez les deux malades, même après leur séparation, en raison directe de l'intensité de la prédisposition vésanique de chacun. La contagion mentale morbide n'y est pour rien.

IV. La *folie communiquée* est la seule variété de folie à deux qui relève de la contagion mentale morbide ; elle est due à la transmission d'une maladie mentale soit, et c'est le cas le plus fréquent, d'un aliéné, à un sain d'esprit, soit d'un aliéné à un autre, aliéné et alors elle prend le nom de *folie induite ou transformée*. Elle a pour seules conditions indispensables : une prédisposition psychopathique et une impression morbide directe ; comme dans la variété précédente, la folie transmise évolue chez le contaminé, même après sa séparation d'avec le sujet actif, en raison directe de l'intensité de sa prédisposition.

REVUE DE LA PRESSE

Affections génitales de la femme et leurs rapports avec les troubles gastriques. — Le docteur Max Frank a étudié la physiologie de la digestion et surtout le chimisme chez 15 femmes d'un service gynécologique, qui souffraient en même temps de troubles digestifs. Après un repas d'épreuve d'Ewald, on vidait l'estomac par le procédé « d'expression », on filtrait le contenu obtenu et on l'examinait d'après les procédés habituels.

Il résulte de ces recherches, que sur 15 malades 12 avaient l'acide chlorhydrique en quantité normale, 1 en quantité inférieure et 2 supérieure. Le pouvoir digestif était toujours normal ; la force motrice de la musculature (d'après le procédé de Leube) était inférieure à la normale, dans 3 cas sur 11 ; par l'épreuve du salol cette force était sur 6 cas seulement *une fois* suffisante. L'auteur conclue que les troubles sont dus à la « dyspepsie nerveuse ». (*Gaz. heb. méd. de la Russ. mérid.*, nº 1, 1894.)

Actinomycose du canal lacrymal. — M. Schrœder communique, au Vᵉ Congrès des médecins russes, un cas de présence du champignon de l'actinomycose dans le canal lacrymal inférieur. Dans un cas de conjonctivite chronique, le canal lacrymal fut bouché par une masse jaunâtre, granuleuse, qui se composait de colonies de champignons de l'actinomycose. Dans la cavité du canal, on a aussi trouvé ce champignon, mais les parois du canal n'en contenaient pas, et il n'y avait pas de suppuration. L'auteur croit que

la non-pénétration du champignon dans les parois du canal et la non-suppuration sont dues aux mucosités dans lesquelles baignait le cryptogame, et à l'action bactéricide des larmes. (*Wratsch*, n° 1, 1894.)

Astigmatisme après l'opération de la cataracte. — M. Dolganoff a fait un rapport au Vᵉ Congrès des médecins russes sur le changement de courbure de la cornée après l'opération de la cataracte chez les astigmates. Sur 20 malades opérés par le procédé de Græfe, chez lesquels on faisait des mensurations répétées avec l'ophtalmomètre Javal-Sciötz, l'auteur a constaté :

1° Quinze jours après l'opération, une diminution de réfraction au méridien perpendiculaire à la fente palpébrale, et une augmentation dans le méridien, parallèle à cette fente; six semaines ou deux mois après l'intervention, l'astigmatisme a diminué de moitié.

2° L'augmentation de la courbure de la cornée, dans la direction parallèle à la fente palpébrale l'emporte sur la diminution de la courbure dans la direction perpendiculaire. (*Wratsch*, n° 1, 1894.)

Traitement de la blennorragie chez la femme. — Suivant M. Asch, le traitement de la blennorragie chez la femme peut alors seulement avoir de bons résultats, quand il s'adresse simultanément à tous les organes génito-urinaires où siège l'infection. Le traitement le plus énergique d'une endométrite blennorragique ne produit pas d'effet, s'il reste à la vulve un foyer de réinfection des parties traitées. La difficulté du traitement consiste à agir simultanément sur tous les points infectés, et de les débarrasser de l'agent pathogène.

Le traitement du mari de la femme atteinte de blennorragie a une grande importance.

Il ne faut pas se contenter de traiter la muqueuse du col de l'utérus. Il faut s'efforcer de conserver la muqueuse intacte et de détruire les gonocoques dans tous les points où ils existent. On doit agir directement sur la muqueuse dans des cas rares, et on doit s'adresser surtout au traitement de l'urèthre. Le moyen le plus commode pour introduire un médicament dans la cavité utérine est, pour l'auteur, de l'employer en pommade, en injections. La médication sous forme de pommade a cet avantage, qu'elle reste longtemps en contact avec la muqueuse, ne l'irrite pas, et peut pénétrer dans la profondeur des tissus sous-jacents.

Pour l'injection de cette pommade, l'auteur emploie un injecteur construit d'après le modèle de celui de Braun. La tige porte, comme dans l'injecteur de Guyon, une vis micrométrique. La canule est en forme de bougie, en celluloïd, avec un orifice latéral.

Il suffit d'injecter la pommade une fois en trois ou quatre jours.

Pour l'urèthre, il vaut mieux employer des solutions aqueuses, qu'on injecte six à huit fois par jour, deux fois successivement à chaque séance. L'injecteur à bout olivaire et orifice très large, doit avoir une capacité de 5 à 10 centimètres cubes. Le liquide s'injecte dans l'urèthre avec de petits intervalles, et y est laissé une demie à une minute.

L'auteur considère l'alumnol comme moyen le plus efficace contre la blennorragie. Pour l'injection dans l'urèthre, il emploie une solution de 1 à 2 p. 100. Pour la pommade :

Alumnol.		7 grammes.
Lanoline.		100 —
Eau distillée.	} ãã	25 —
Glycérine.		

Pour la cautérisation des lacunes et cryptes situées de chaque côté du méat : solution aqueuse d'alumnol de 10 à 20 p. 100. Pour le lavage de la vessie : solution 25 p. 100. Contre la vaginite blennorragique des petites filles : injection avec une solution de 2 p. 100 ou lavage avec une solution à 1/2 p. 100. (*Gaz. hebd. méd. de la Russ. mérid.*, n° 4, 1894.)

Courbe thermique dans le choléra. — M. Botkine, au Vᵉ Congrès des médecins russes, à propos d'une communication de M. Lievine, sur l'infection secondaire des voies biliaires par le coli-bacille, dans plusieurs cas de choléra, attire l'attention sur les courbes thermiques caractéristiques de la dernière épidémie de choléra : après une première période d'algidité, la réaction apparaît au bout de quelques heures, la température monte, puis tombe de nouveau, en même temps que se manifestent des symptômes d'urémie. Le retour de la température à la normale se fait ensuite, soit graduellement, soit après une période fébrile, qu'on pourrait désigner sous le nom de « période typhoïde du choléra ». Ces phénomènes s'accompagnent où sont précédés de douleurs plus ou moins prononcées dans la région hépatique, surtout à la région cystique, qui peuvent faire prévoir l'apparition de la fièvre. M. Botkine croit qu'on pourrait appeler la première période algide, période cardiaque, car la mort, à cette période, est surtout due à l'insuffisance du cœur; la seconde rénale, la troisième hépatique; cette dernière est rare. (*Wratsch*, n° 3, 1894.)

Splénectomie. — M. Orloff (de Saint-Pétersbourg), dans sa statistique sur 200 laparotomies, cite un cas de splénectomie. Il s'agissait d'une rate déplacée, se trouvant en partie dans le petit bassin et simulant une tumeur des organes génitaux. Par le toucher bimanuel on ne pouvait cependant constater aucune connexion de la tumeur avec l'utérus ou les annexes. Pendant la laparotomie, on a constaté que la tumeur en question n'était autre que la rate déplacée, du volume d'une tête de fœtus, en partie complètement dégénérée. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 5, 1894.)

Diagnostic des insertions du placenta. — D'après Palm, il y a un procédé par lequel on peut, suivant la direction du ligament rond et de la trompe de Fallope, reconnaître l'insertion du placenta dans l'utérus.

M. A. Sippel (de Francfort) a pu vérifier l'exactitude des données de Palm, sur deux opérations césariennes et une autopsie d'une femme enceinte. Pour l'auteur, si les signes de Palm sont constatés, ils sont une indication précieuse pour l'opération césarienne conservatrice. Si l'on peut bien éviter le placenta, il est indifférent que l'incision porte sur la partie antérieure ou postérieure du fond de l'utérus, pourvu que cette incision porte sur la ligne médiane. (*Centrabl. f. gyn.*, n° 5, 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 10 juillet 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Néoplasme de l'antre pylorique avec obstruction. Résection cylindrique de l'estomac. — M. TUFFIER communique l'observation d'une femme de cinquante ans qui présentait des signes de sténose du pylore, avec vomissements incoercibles et douleurs lancinantes aiguës. Il n'y avait pas eu d'hématémèse; la tumeur était mobile et comme on ne constatait pas de ganglions cancéreux, M. Tuffier décida de pratiquer la pylorectomie.

Il fit la laparotomie médiane sus-ombilicale et constata que le cancer occupait la grande courbure et les deux faces, sans empiéter sur le pylore. Il attire au dehors la partie

malade, l'isole par une double incision, affronte les deux lèvres de la plaie en les doublant par l'affrontement des épiploons. Puis la paroi abdominale est refermée par trois plans de sutures.

Les suites de l'opération furent très simples, la température maximum a été de 37°8. La malade fut soutenue, pendant les deux premiers jours, au moyen de lavements alimentaires. Le troisième jour, elle prenait une cuillerée de lait toutes les heures; elle fut soumise au régime lacté jusqu'au quinzième jour et, à dater de cette époque, elle reprit progressivement l'alimentation ordinaire.

Depuis l'opération, elle n'a plus vomi, elle a gagné 10 kilos. Elle ne souffre plus. Elle ne présente actuellement, sept mois et demi après l'opération, aucune trace de récidive, de propagation ou de généralisation. Le segment d'estomac enlevé mesure 4 centimètres sur la petite courbure et 9 centimètres sur la grande courbure. Le centre est occupé par une tumeur ulcérée qui a envahi sa tunique musculaire. L'examen histologique pratiqué au laboratoire de M. Malassez conclut à un épithélioma colloïde typique.

De la pylorectomie avec entéro-gastrostomie préalable. — M. QUÉNU présente des pièces enlevées chez une malade de trente-trois ans; il s'agit d'un cancer du pylore ayant envahi la première portion du duodénum et quelques ganglions lymphatiques. M. Quénu présente en même temps la malade dont l'état de santé est absolument florissant. Les troubles gastriques dataient de six mois, consistant en une intolérance gastrique complète, en douleurs, vomissements et amaigrissement considérable.

Par le palper, on sentait une sorte de petit chapelet paraissant superficiel. Pour confirmer le diagnostic et, en cas de cancer, vérifier l'opérabilité, M. Quénu fit, le 16 avril, une laparotomie exploratrice.

Quinze jours après, il intervint de nouveau.

Dans un premier temps, il anastomosa la face antérieure de l'estomac avec le jéjunum, au moyen du bouton de Murphy; cette opération dura dix-sept minutes, puis, appliquant deux pinces sur l'estomac, il coupa entre ces deux pinces, disséqua la tumeur, rasa le bord supérieur du pancréas et excisa la première portion du duodénum; après placement de deux pinces, les solutions de continuité stomacale et duodénale furent fermées isolément.

Les suites de l'opération furent simples; la malade se leva après dix-huit jours, elle a engraissé de 18 livres, mange bien, ne souffre plus et a repris ses forces.

L'examen histologique a confirmé la nature carcinomateuse du néoplasme.

RAPPORT

Gangrène douloureuse. — M. PANAS fait un rapport sur une observation de M. Piedvache. (Voir au Premier-Paris.)

LECTURE

Cholécystotomie. — M. FONTAN (de Toulon) relate l'observation d'une femme de trente-trois ans, atteinte depuis plusieurs mois d'un ictère rebelle, consécutif à des crises hépatiques.

Pendant deux mois, le traitement interne de la lithiase biliaire, régulièrement suivi, n'ayant pas eu de résultat, la cholécystectomie fut résolue. Plus de trente calculs furent retirés de la vésicule biliaire et du canal cystique. Quand la réunion de la vésicule à la paroi abdominale fut solidement établie, on désobstrua les voies biliaires par le cathétérisme aidé d'injections d'éther. Ces manœuvres réussirent à amener l'écoulement de la bile par la fistule, puis le rétablissement du cours de la bile jusqu'à l'intestin.

Actuellement, cette circulation biliaire persiste, les matières ont repris leur coloration normale, l'appétit est revenu, l'état des forces est excellent. L'amaigrissement et l'ictère disparaissent et tout fait supposer que, dans quelques semaines, il sera possible de refermer la fistule.

Anurie calculeuse; néphrolithotomie. — M. LEGUEU communique une observation d'anurie calculeuse, opérée au cinquième jour et guérie par la néphrolithotomie avec suture complète de la plaie rénale. Le malade, âgé de soixante-cinq ans, était en état d'anurie complète. On constate du côté gauche une contracture des muscles de la paroi. A droite, la palpation est également douloureuse. On apprit, mais seulement après l'opération, que le malade, depuis longtemps lithiasique à droite, avait été pris récemment d'une douleur néphrétique à gauche.

Le rein gauche fut mis à nu par une incision lombaire et fendu sur son bord convexe; trois petits calculs furent extraits du bassinet. Le cathétérisme de l'uretère, pratiqué à ce moment au travers de la plaie rénale, démontra l'existence d'un calcul arrêté dans l'uretère à 3 centimètres au-dessous du rein. Celui-ci fut refoulé dans le bassinet et extrait. Après quoi une sonde introduite à nouveau dans l'uretère s'engagea jusqu'à la vessie. La plaie rénale fut suturée sans drainage et la plaie lombaire fermée complètement.

Le résultat fut, à tous les points de vue, excellent: la plaie se réunit par première intention. Les urines reprirent immédiatement leur cours.

Le cathétérisme rétrograde de l'uretère a rendu grand service en démontrant la perméabilité de l'uretère après la levée de l'obstacle et en permettant de fermer sans crainte la plaie rénale, ce qui assura au malade une guérison rapide et complète.

Influenza. — M. ROUSSY fait, sur ce sujet, une communication. (Voir au Premier-Paris.)

Traitement de la tuberculose. — M. GAUBE (du Gers) estime que les injections sous-cutanées d'albuminoïde chlorurée-calci-magnésienne-phosphorée-sodique, donnent aux tuberculeux le pouvoir de guérir, et, quoi qu'il advienne de ce nouveau traitement, il restera acquis que le sol du tuberculeux est profondément déminéralisé et que la reminéralisation complète et directe, car la reminéralisation par les voies digestives est illusoire, à cause de l'hypochloruration, il restera acquis, dit-il, que la reminéralisation complète et directe est indispensable, sinon suffisante à la guérison de la tuberculose.

La séance est levée.

L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses, par L. Gustave RICHELOT, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chirurgien de l'hôpital Saint-Louis. 1 vol. in-8° de 450 pages. — Prix: 8 francs. — Paris, O. Doin.

Thérapeutique des maladies vénériennes, par le docteur BALZER, médecin de l'hôpital du Midi. (Bibliothèque de thérapeutique médicale et chirurgicale.) 1 joli volume in-12 relié, de 290 pages. — Prix: 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant: Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 82. — SAMEDI 14 ET MARDI 16 JUILLET 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 14 ET MARDI 16 JUILLET 1894. — N° 82.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 16 juillet 1894.

Encore les complications cardiaques de la fièvre typhoïde. « Trop de myocardites ! » disait la semaine dernière M. Huchard. M. A. Siredey avait déjà donné à entendre qu'on n'en trouvait pas assez, et qu'il en découvrait souvent chez des typhoïdiques morts accidentellement, alors qu'ils n'avaient présenté pendant la vie aucun symptôme du côté du cœur. Il revient sur cette question dans la séance de la Société médicale des hôpitaux, le 13 juillet, et lit l'observation d'une malade qui, après avoir présenté à peu près tous les signes d'une myocardite, et en particulier un pouls extrêmement faible et fréquent (de 130 à 160 pulsations par minute), avec battements sourds et effacement du premier bruit du cœur, pâleur, tendance aux syncopes, fut très rapidement améliorée sous l'influence des bains froids et de la spartéine. Ce cas semble répondre absolument aux formes nerveuses sur lesquelles a tant insisté M. Huchard. Mais M. Siredey ne se trouve pas convaincu. Quel serait ce trouble nerveux ? Une névrite du plexus cardiaque ? Une névrite du pneumogastrique ? Des altérations du bulbe ? Ou bien encore de simples altérations dyscrasiques des cellules nerveuses du bulbe et des ganglions cardiaques ? Or, toutes ces lésions ne semblent pas encore complètement sorties de la phase hypothétique.

M. Huchard, parlant de la grippe, à titre de comparaison, dit que dans la grippe infectieuse les pneumogastriques sont en quelque sorte coupés, et il explique par de véritables phénomènes de paralysie la plupart des complications cardiaques et pulmonaires de la grippe. M. Siredey ne croit pas que l'on puisse faire aussi aisément abstraction des autres organes, qui sont frappés au même titre que le système nerveux par l'élément infectieux de toutes les pyrexies. Les cellules du foie, des reins, les globules rouges du sang semblent avoir perdu leurs propriétés fondamentales dans tous ces états qui confinent au collapsus ; la fibre cardiaque serait-elle épargnée ? Quand l'évolution rapide de la maladie ne permet pas d'y constater de lésions étendues, nettes, ne peut-il pas exister des modifications plus ténues qui entravent le fonctionnement de ces diverses parties de l'organisme ? « Petites lésions pour de grands effets », a dit M. Huchard ; mais l'argument ne peut-il pas se retourner contre le système nerveux ?

Nous croyons qu'il est bien difficile de se prononcer formellement sur ce point. Les phénomènes qui aboutissent au collapsus sont assurément complexes, et nous ne pouvons nous flatter de les connaître d'une manière parfaite et détaillée, à l'heure actuelle.

M. Roger vient d'observer, à l'Hôtel-Dieu annexe, 45 malades atteints d'érysipèle ; 10 ont présenté des pneumonies. Toutes ces pneumonies évoluent d'une manière insidieuse, quelquefois même sans élever la température. Les signes physiques se réduisent souvent au souffle tubaire, avec ou sans mélange de râles crépitants et sous-crépitants. Elles présentent anatomiquement les formes les plus variées, depuis la pneumonie franche jusqu'à la broncho-pneumonie la plus typique, en passant par la spléno-pneumonie. Une de ses malades avait de l'hépatisation grise, quoiqu'elle fût morte quatorze heures environ après le frisson initial. La pneumonie avait suivi, dans ce cas, une marche excessivement rapide, comme cela se voit quelquefois chez les diabétiques.

On sait que la pneumonie des érysipélateux est généralement attribuée au *streptocoque*. Chez tous ses malades, M. Roger a constamment rencontré le *pneumocoque* isolé ou associé au bacille de Friedlænder. Deux fois seulement il a trouvé le streptocoque, et une fois le staphylocoque doré ; mais dans ces trois cas il existait en même temps du pneumocoque. Une péritonite, deux méningites, étaient également dues au *pneumocoque* ; l'une des méningites présentait en même temps des streptocoques. Mais chez aucun des malades observés on ne constate de *streptocoques dans les crachats* pendant la vie.

Comme on le voit, les microbes sont souvent facétieux et ne craignent pas de tromper les prévisions.

M. Rendu signale, à propos de ces études bactériologiques, d'intéressantes recherches faites dans son service par son interne M. Chaillou sur le sang des pneumoniques.

Dans les cas mortels, M. Chaillou rencontrait le pneumocoque dans le sang des extrémités, par une piqûre au doigt, par exemple.

Dans les cas graves, le sang, recueilli directement dans le poumon à l'aide d'une seringue de Pravaz, contenait des pneumocoques, mais il n'en existait pas dans le sang des extrémités.

Dans les cas légers, les crachats seuls renfermaient des pneumocoques, mais on n'en observait pas dans le sang, quelle que fût sa provenance. Cette gamme descendante offrirait, si elle était bien confirmée, un certain intérêt pour le pronostic des pneumonies.

M. Gouguenheim et son interne, M. Ripault, présentent une longue étude sur le phlegmon amygdalien et péri-amygdalien. Contrairement à l'opinion courante, ces auteurs pensent que les abcès de l'amygdale sont infiniment plus fréquents que ceux des piliers ou des régions voisines. Ils regardent aussi les interventions chirurgicales comme très faciles dans ces divers abcès, ce qui ne semble pas non plus répondre aux convictions antérieures des auditeurs.

M. Moizard lit un très intéressant travail sur un nouveau traitement de l'angine diphtéritique. *Il s'agit des attouchements pratiqués sur les fausses membranes avec une solution de sublimé dans la glycérine, à* 1/20 *ou* 1/30.

M. Jaccoud avait déjà préconisé, depuis longtemps, les badigeonnages de sublimé à 1/500. Kaulich et Stumpf, en Allemagne, avaient employé des solutions de sublimé à 1/1000 et à 1/2000.

Depuis, les recherches de d'Espine et Picot, celles de médecins russes avaient démontré l'action énergique du sublimé sur le bacille de Löffler.

A priori, le sublimé devait être d'autant plus avantageux qu'il détruit très rapidement, non seulement le bacille de la diphtérie, mais le streptocoque, son complice habituel et malfaisant.

On était arrêté dans cette voie par la crainte d'appliquer sur la gorge un médicament doublement dangereux, comme caustique et comme toxique.

Le docteur Goubeau, d'Ecueillé (Indre), eut le mérite d'inaugurer ce traitement : il se servit de solutions de sublimé dans la glycérine, à 1/30 et à 1/20, et obtint d'excellents résultats en appliquant ces solutions sur les fausses membranes de la diphtérie, aidé dans ses expériences, surtout au point de vue des recherches bactériologiques, par M. Hulot, interne des hôpitaux de Paris. M. Goubeau obtint sur une première série de 21 cas, dont 9 particulièrement graves, 21 guérisons; série trop heureuse, comme le dit M. Moizard, car elle aurait pu compromettre la méthode, en laissant des doutes sur la nature de la maladie.

A l'instigation de MM. Goubeau et Hulot, ce traitement fut essayé à l'hôpital Trousseau, et malgré les conditions déplorables du pavillon Bretonneau, où l'agglomération expose constamment les petits malades à des infections secondaires, les premiers résultats furent remarquablement satisfaisants. L'expérience a été continuée depuis cinq mois, sous la direction des trois médecins de l'hôpital, MM. Legroux, Sevestre, Moizard, qui font à tour de rôle le service de la diphtérie, et les excellents effets de cette méthode n'ont fait que se confirmer.

M. Moizard a pu réunir, tant en ville qu'à l'hôpital, 261 observations, réparties en diverses séries, qui donnent de 95 p. 100 à 82 p. 100 de guérisons pour la diphtérie pharyngée.

La solution s'obtient facilement, à chaud, dans la glycérine, elle se conserve claire et limpide pendant un temps assez long. La proportion communément employée est de 1 gramme de sublimé pour 20 grammes de glycérine. Pour les enfants au-dessous de deux ans, on emploie une solution à 1/30, et à 1/40 pour les enfants au-dessous de un an.

La technique est très simple : l'enfant étant bien maintenu dans une alèze, la tête fixée par un aide, on fait une irrigation naso-pharyngée, comme dans la plupart des autres méthodes antiseptiques, puis, à l'aide d'un premier pinceau, fait d'un tampon d'ouate hydrophile, fixé sur un morceau de bois ou sur une pince, on procède au nettoyage de la gorge, à sec. On enlève les fausses membranes sans violence et *sans faire saigner;* avec un second tampon imbibé de la solution de glycérine au sublimé, et légèrement exprimé, on *touche* légèrement les fausses membranes, puis on *essuie* rapidement à l'aide d'un troisième tampon. Ce dernier temps de l'opération est indispensable pour éviter une cautérisation trop énergique et surtout une intoxication. Au début, on a eu plusieurs accidents d'hydrargyrisme, sans gravité, parce qu'on négligeait cette précaution.

On fait ainsi *deux badigeonnages en vingt-quatre heures, trois dans les formes graves.*

Cette méthode a de grands avantages : elle ne cause aucune douleur, et à ce point de vue elle est infiniment supérieure au traitement par l'acide phénique; elle laisse beaucoup plus de repos aux malades, puisqu'on avait recours, dans la plupart des autres méthodes, à des pansements toutes les trois ou quatre heures.

Or, dans presque tous les cas, le soulagement est très rapide, les fausses membranes se dessèchent, elles diminuent d'étendue, et se reproduisent moins facilement. Elles disparaissent, en général, du deuxième au cinquième jour.

M. Sevestre appuie les conclusions de M. Moizard, et se déclare, comme lui, très satisfait de ce traitement. Tous nos lecteurs comprendront l'importance de cette communication, dont nous avons tenu à rendre compte d'une manière détaillée. Puisse-t-elle fournir à nos confrères une arme efficace, en attendant la loi nouvelle annoncée par les prophètes, je veux dire la sérothérapie!

HOTEL-DIEU DE LYON. — M. A. Poncet.

De la cystostomie idéale.

Par J. Curtillet, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

Sous le titre de « Cystostomie idéale », M. Wassilieff a exposé récemment (1), dans ce journal, les avantages d'une modification qu'il se propose d'apporter au manuel opératoire de la cystostomie sus-pubienne, et qui consiste dans le décollement de la muqueuse vésicale et dans la suture de cette muqueuse seule à la peau. Nous sommes heureux d'avoir eu l'occasion de pratiquer deux fois déjà la cystostomie ainsi modifiée et de pouvoir faire connaître les résultats de nos deux opérations, dont la première date du mois de février dernier.

L'idée théorique qui nous a guidé nous avait été suggérée par la lecture de la thèse de M. Boutan (2), faite précisément sous l'inspiration de M. Wassilieff. Nous avions lu dans ce travail l'analyse très intéressante d'une pièce provenant d'un malade cystostomisé dans le service de M. le professeur Tillaux, et présentant les particularités suivantes :

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 415.

(2) Boutan. *De la cystostomie sus-pubienne*, Th. de Paris, 1893.

« La vessie, de forme cylindro-conique, à parois épaisses, était reliée à l'orifice cutané par un cordon de 1 centimètre de diamètre et long de 2 centimètres et demi. Ce cordon s'étendait du centre de la paroi antérieure de la vessie à l'orifice situé immédiatement au-dessus du pubis; il était dirigé un peu obliquement de bas en haut et d'arrière en avant, présentait une forme aplatie transversalement et traversait l'interstice des muscles droits de l'abdomen. Le tissu cellulaire pré-vésical, et celui qui entourait le canal, étaient complètement sains et ne présentaient pas la moindre trace d'infiltration d'urine ou de foyer septique quelconque, pas même d'hémorragie. Mais on pouvait constater un caractère singulier qui est le suivant : le canal étendu de la vessie à la peau présentait une paroi mince exclusivement formée par la paroi vésicale, et une tunique externe de tissu conjonctif sans que la musculeuse de l'orgaue en fasse partie. Il semblait que la muqueuse eût été attirée par une boutonnière faite à la tunique musculeuse, et cependant les fils avaient traversé toute l'épaisseur de la paroi. Ces fils avaient donc coupé la musculeuse au bout de quelques jours, évidemment après la réunion de la plaie cutanée; il est impossible de s'expliquer autrement l'absence de tissu musculaire, au moins à l'œil nu, dans la paroi du nouvel urèthre. »

Ce canal, exclusivement formé par la muqueuse vésicale, doublée de tissu conjonctif, paraissait donc pourvu de deux sphincters, un sphincter postérieur à fibres lisses résultant du glissement en arrière de la musculeuse sur la tunique muqueuse, et d'un sphincter superficiel strié formé par les muscles droits. C'était en quelque sorte, et suivant la comparaison ingénieuse de M. Boutan, un urèthre postérieur moins la prostate, dont le fonctionnement aurait sans doute été comparable à celui d'un urèthre normal si le malade avait survécu. Peut-être, ajoutait M. Boutan, les cystostomisés qui gardent leurs urines ont-ils un urèthre construit sur ce type, et faudrait-il rechercher un procédé opératoire qui permît de le réaliser à coup sûr et d'emblée dans tous les cas.

M. le professeur Poncet avait déjà recherché par quelles dispositions anatomiques on pouvait expliquer les différences que l'on observe au point de vue fonctionnel chez les cystostomisés, et il avait établi : que les incontinents n'ont probablement pas de canal, mais un simple méat artificiel, un accolement pour ainsi dire immédiat de la paroi vésicale à la peau, que les incontinents relatifs ont sans doute un canal court, à peu près horizontal ou très peu oblique de bas en haut et d'arrière en avant, et qu'enfin les opérés dont la continence se prolonge pendant plusieurs heures, possèdent un véritable canal « long de 3 centimètres au moins, très oblique en haut et en avant et sans doute coudé en deux points, l'un tout près de la vessie, l'autre immédiatement au-dessus du pubis ». M. Poncet avait, en outre, insisté sur le rôle important que jouaient dans ces variations individuelles l'état des muscles droits, leur degré plus ou moins marqué de résistance ou d'écartement.

L'observation de M. Boutan faisait donc entrer en jeu un nouveau facteur : le sphincter lisse formé par la boutonnière rétractée au pourtour de l'orifice vésical. Restait à savoir s'il possédait une réelle activité.

En pratique, il paraissait facile de le constituer et de réaliser immédiatement ce que les fils métalliques et la rétraction musculaire avaient secondairement produit dans le cas observé par M. Boutan. Mais à vrai dire, il ne nous semblait pas que le nouveau sphincter lisse dût jouer un rôle bien important dans le mécanisme de la rétention, et nous pensions, ainsi que M. Wassilieff, qu'en dépouillant la muqueuse de son enveloppe musculaire, nous devions, dans une large mesure, favoriser l'allongement du nouveau canal et lui donner ainsi presque sûrement une des trois qualités principales que doit avoir l'urèthre sus-pubien pour être continent.

C'est donc moins dans le but de créer un sphincter vésical que pour obtenir un urèthre très long, que nous avons pratiqué la cystostomie en isolant la muqueuse de la tunique musculaire.

Notre première opération, qui a été faite le 9 février 1894 dans le service de notre maître, M. le professeur Poncet, n'a présenté aucune difficulté. Après avoir incisé la vessie très bas, et sur une longueur de 12 millimètres environ, nous l'avons attirée au dehors au moyen du doigt introduit dans sa cavité et recourbé en crochet. Maintenant ainsi la paroi vésicale tendue sur la pulpe du doigt, nous avons pu facilement décoller la tunique musculaire qui, au fur et à mesure de son décollement, se rétractait en arrière et permettait à la muqueuse d'être attirée au dehors. Une fois cette dernière entièrement dépouillée sans avoir été en aucun point déchirée, nous l'avons très exactement réunie à la peau par six points de suture avec fil métallique, traversant toute l'épaisseur de la paroi abdominale.

Le résultat opératoire fut parfait; mais au bout de deux jours, il ne restait plus trace de la muqueuse que tous les fils avaient coupée et qui s'était rétractée dans la profondeur de la plaie. Le tissu cellulaire mis à nu, et souillé par une urine trouble et fétide, ne tarda pas à se mortifier, la plaie s'agrandit, prit un aspect diphtéroïde et fut très longtemps avant de se réparer.

Pour éviter de semblables accidents, dont une part revenait à coup sûr à la qualité des urines, mais que la friabilité de la muqueuse, entièrement dépouillée de son revêtement musculaire, avait sans doute favorisés, nous avons pris soin, dans notre seconde opération, de ne décoller qu'une certaine épaisseur de la tunique musculeuse, très probablement les deux premières couches, de manière à laisser au contact de la muqueuse, comme moyen de renforcement, la couche profonde réticulée. Cette fois, la suture ne céda en aucun point, et lorsque, au bout de huit jours, les fils furent enlevés, la muqueuse, parfaitement reconnaissable à sa surface lisse et rosée, était entièrement réunie à la peau sur tout le pourtour de la plaie. Il est vrai que, dans ce cas, les urines étaient claires et les parois vésicales sans doute peu altérées.

Par le rapprochement et l'examen attentif de ces deux faits, très différents l'un de l'autre à plusieurs points de vue (dans le premier, urines troubles et fétides, dénudation complète de la tunique muqueuse, absence de réunion par destruction de cette tunique au niveau des points de suture; dans le second, urines claires, vessie relativement saine, conservation de la couche musculaire profonde au contact de la muqueuse, réunion immédiate), il est possible, croyons-nous, sinon dn juger définitivement de la valeur de la cystostomie dite idéale, tout au moins d'apprécier dans quelle mesure et dans quelles conditions on est autorisé à la pratiquer; mais avant de conclure, nous tenons à faire connaître par le détail nos deux observations :

Observation I. — *Hypertrophie prostatique; symptômes d'empoisonnement urinaire; cystostomie (décollement et suture de la*

muqueuse à la peau). (Observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, par M. Lagoutte, interne du service.)

L... Samuel, cinquante-sept ans, demeurant à Rive-de-Gier, entré le 8 février 1894, salle Saint-Martin, n° 5.

Cet homme entre à l'hôpital pour des accidents urinaires d'origine prostatique. Pas de blennorragie antérieure. Pas d'affection d'autre nature. Depuis quelques années, un peu de catarrhe pulmonaire. Double hernie inguinale.

Les troubles de la miction remontent déjà à plusieurs années : fréquence des mictions, surtout la nuit, efforts violents pour amener l'expulsion de l'urine, perte d'amplitude du jet, etc.

Depuis un an, la fréquence des mictions s'est accrue considérablement : 20 ou 30 dans les vingt-quatre heures. Mictions douloureuses. Jamais d'hématurie. Pas d'accès de rétention aiguë.

Pour la première fois, il y a huit jours, le malade ne peut plus uriner. Le médecin appelé pratique facilement le cathétérisme, mais au bout de huit jours production d'une fausse route, hématurie. C'est alors qu'on envoie cet homme à l'Hôtel-Dieu.

A son entrée, rétention complète. Cathétérisme facile avec une sonde molle. Urines troubles, purulentes, d'odeur ammoniacale. Température : 38°8 le soir. Langue déjà un peu sèche. Le malade a eu, ces jours derniers, quelques frissons. Troubles digestifs, plusieurs vomissements.

État général mauvais, teint terreux, facies amaigri.

Au toucher rectal, énorme prostate, formant une masse arrondie, du volume d'une orange, développée surtout aux dépens du lobe gauche.

9 février. *Cystostomie*. Les premiers temps de l'opération ne diffèrent pas de ceux de la cystostomie habituelle. Après l'incision de la vessie faite très bas, il s'écoule d'abord des urines troubles, d'odeur ammoniacale, puis une certaine quantité de pus. La paroi vésicale est très épaisse, la muqueuse est rouge et saigne facilement.

Par le toucher intra-vésical, on sent un énorme bourrelet entourant l'orifice uréthral et rappelant la forme d'un gros col utérin. La lèvre postérieure est particulièrement développée.

Par les touchers rectal et vésical combinés, on se rend compte que l'énorme lobe gauche, qui fait saillie dans le rectum, est peu développé du côté de la vessie, où la partie médiane postérieure est, au contraire, très volumineuse.

On introduit l'index gauche dans la vessie et on attire successivement au dehors chaque lèvre de l'incision vésicale, que l'on maintient tendue sur la pulpe du doigt, de manière à pouvoir facilement, sur ce point d'appui, séparer la tunique musculaire de la muqueuse. Tout d'abord quelques légers coups de ciseaux détachent, sur la tranche même de l'incision, les fibres musculaires de la muqueuse et amorcent le décollement, puis, celui-ci est aisément continué, sans sectionner de nouvelles fibres, avec l'extrémité de ciseaux mousses qui refoulent la tunique musculaire en arrière. Lorsque la muqueuse vésicale est bien dénudée sur une hauteur de 20 à 25 millimètres, sans être nulle part déchirée, on la réunit à la peau par six points de suture avec fil métallique traversant tous les plans de la paroi abdominale.

12 février. La suture n'a pas tenu. La muqueuse a dû se rétracter profondément, et le tissu cellulaire sous-cutané est à nu, recouvert d'un exsudat grisâtre. Une urine d'odeur infecte continue à s'écouler abondamment.

20 février. La plaie, dont les bords se sont sphacélés, est agrandie et présente encore un mauvais aspect.

Le malade n'a pas souffert depuis l'opération, mais son état général ne s'est pas relevé.

20 avril. Peu à peu les urines ont perdu leur odeur ammoniacale et sont redevenues claires, la plaie s'est détergée et recouverte de bourgeons charnus. Depuis plusieurs semaines déjà, elle est complètement cicatrisée. Le trajet n'étant pas recouvert par la muqueuse, tend même à se rétrécir rapidement. Actuellement, un méat très étroit est constitué, dont l'orifice est situé au sommet d'une petite saillie en cul de poule.

En explorant ce canal avec une bougie à boule, on éprouve, à 4 centimètres et demi de profondeur, un léger temps d'arrêt après lequel la sonde pénètre librement dans la vessie. Le nouvel urèthre paraît donc avoir 4 centimètres environ de longueur; il est fortement oblique de haut en bas et d'arrière en avant, et cependant l'incontinence dans la station debout est à peu près continue.

Cette incontinence doit être attribuée à la rigidité cicatricielle des parois du nouveau canal, et à l'absence de l'anneau contractile, habituellement constitué par les grands droits, dont les bords ont dû être ici profondément altérés par le sphacèle du début.

L'état général est d'ailleurs parfait. L'appétit est très bon et les fonctions digestives s'accomplissent bien.

Le malade reste levé toute la journée. Il quitte l'hôpital avec un urinal qu'il laisse à demeure pendant le jour, et qui recueille ses urines.

Obs. II. — *Hypertrophie de la prostate, rétention complète, difficultés du cathétérisme, pas de fièvre, cystostomie avec décollement de la muqueuse*. (Observation recueillie dans le service de M. le professeur Poncet, par M. Lagoutte, interne.)

Benoît B..., soixante-neuf ans, demeurant à Machezal (Loire). Entré le 28 avril 1894, salle Saint-Philippe, n° 10.

Pas d'antécédents héréditaires ou personnels. Variole à vingt-trois ans. Bonne santé habituelle. A commencé à éprouver des difficultés pour uriner il y a six mois. Il se levait souvent la nuit, et ne pouvait généralement uriner qu'après s'être promené pendant quelques instants. Depuis longtemps il ne vidait plus complètement sa vessie.

Il y a huit jours, le malade a été pris d'une rétention complète. Il a été sondé par un médecin, qui n'a pu réussir à pénétrer dans la vessie, et qui a provoqué une légère hémorragie uréthrale. Il n'a pas eu de frisson.

A son entrée, le malade accuse de violentes douleurs dans la région lombaire. La vessie est volumineuse, elle remonte dans l'hypocondre droit, à deux travers de doigt au-dessus de l'ombilic.

Cathétérisme avec une sonde à béquille. Après quelques essais infructueux, la sonde pénètre dans la vessie pendant un toucher rectal. Émission d'environ 1 500 grammes d'urine claire et sans odeur. Le malade a la langue sèche, mais ne paraît pas avoir de fièvre.

État général assez bon.

29 avril. Nouveau cathétérisme qui vide complètement la vessie.

30 avril. La vessie est volumineuse. Le cathétérisme ne pouvant être fait, on pratique la cystostomie.

Les urines sont claires et sans odeur. La paroi vésicale n'est pas épaissie, la muqueuse ne présente pas de traces d'inflammation vive. La prostate hypertrophiée fait une grosse saillie dans la vessie.

On décolle au pourtour de l'incision vésicale la tunique musculaire, mais en s'efforçant de conserver sur la face externe de la muqueuse, pour lui laisser plus de solidité, une certaine épaisseur de la paroi musculaire; le reste est refoulé en arrière au moyen des ongles ou des ciseaux mousses, puis la muqueuse est réunie aux bords de la plaie par six fils métalliques qui ne prennent que la peau sans passer à travers les couches musculaires de la paroi abdominale, afin que la muqueuse n'ait pas à subir de trop fortes tractions.

6 mai. La plaie a conservé l'aspect qu'elle avait immédiatement après l'opération. La muqueuse, légèrement évasée au dehors, se reconnaît à sa surface lisse et rosée, qui tranche nettement sur la peau. La réunion est parfaite et les fils peuvent être enlevés.

Écoulement continu des urines. Pas de douleur. État général très bon.

12 mai. La plaie ne s'est pas encore rétrécie d'une façon appréciable. L'incontinence est absolue.

L'état général est bon, et le malade demande à quitter l'hôpital.

Une seule conclusion se dégage nettement de l'examen de ces deux faits, c'est que la décortication de la muqueuse vésicale n'est pas indistinctement applicable à tous les cas.

Il faut, croyons-nous, pour qu'elle n'entraîne pas les désordres que nous avons observés chez notre premier malade, que la muqueuse ne soit pas trop altérée, et que les urines ne contiennent pas de pus. S'il en est autrement, la paroi vésicale privée de son enveloppe musculaire et réduite à une membrane friable, ne peut résister à l'inflammation que provoque sur les bords de la plaie le contact du pus, et la suture ne tarde pas à céder.

Le dédoublement de la paroi vésicale au cours de la cystostomie sus-pubienne ne paraît donc, en définitive, réservé qu'à un petit nombre de cas (1).

Quant à ses résultats éloignés, nous manquons d'éléments pour les apprécier, notre second malade n'ayant pas été suivi assez longtemps; mais *a priori*, nous admettons que la modification proposée par M. Wassilieff, et que nous venons d'appliquer, pourra, toutes les fois qu'elle sera praticable, favoriser la création d'un urèthre très long et réaliser ainsi une des conditions essentielles de la rétention prolongée.

(1) Nous croyons savoir, du reste, par une lettre écrite récemment par M. Wassilieff à M. Poncet, que M. Wassilieff réserve la cystostomie idéale aux malades non infectés.

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

Session annuelle les 2, 3 et 4 août 1894, à Lyon.

PROGRAMME

Jeudi 2 août. — A neuf heures du matin, réunion à l'hospice de l'Antiquaille, salle de la clinique. — Après midi, visite à l'Exposition.

Vendredi 3 août. — Neuf heures du matin, réunion à l'Antiquaille. — Trois heures du soir, excursion sur la Saône; un bateau-mouche sera à la disposition des membres de la réunion et de leurs familles; départ de l'embarcadère du quai Saint-Antoine. — Huit heures et demie, réception des membres de la réunion à l'Hôtel de Ville, par le maire de Lyon, M. le docteur Gailleton, professeur de clinique des maladies vénériennes et cutanées, et la Municipalité.

Samedi 4 août. — Neuf heures du matin, réunion à l'Antiquaille. — Après midi, visite à l'Exposition ou aux divers édifices de la ville. — A sept heures, banquet de clôture au restaurant Maderni, place de la Bourse.

RENSEIGNEMENTS DIVERS

Voyage et moyens de communication avec Lyon. — A l'occasion de l'Exposition, la plupart des Compagnies françaises ont réduit leurs tarifs pour les voyageurs se rendant à Lyon.

La Compagnie des chemins de fer de l'Est fait délivrer dans toutes ses gares, pendant la durée de l'Exposition, des billets d'aller et retour, via Montereau, Sens, Saint-Florentin, Sainte-Colombe, Châtillon-sur-Seine, Is-sur-Tille, Gray, Vesoul et Belfort. Ces billets comportent une réduction importante sur le tarif général et leur délai de validité est porté au double de celui prévu par les tarifs spéciaux. Il a été fixé comme suit : 200 à 300 kilomètres, 6 jours; 301 à 400, 8; 401 à 500, 10; 501 à 600, 12; au-dessus de 600, 14.

La Compagnie des chemins de fer de Paris à Lyon et à la Méditerranée a, cette année, doublé la durée de validité des billets d'aller et retour.

La Compagnie d'Orléans, d'accord avec la Compagnie P.-L.-M., fait délivrer dans toutes les gares de son réseau des billets directs, aller et retour, à prix réduits pour Lyon.

La durée de ces billets, pour le parcours total à effectuer sur les deux réseaux d'Orléans et de Lyon, est fixée comme suit : 4 jours pour un parcours de 200 kilomètres; 6 de 201 à 300; 8 de 301 à 400; 10 de 401 à 500; 12 de 501 à 600; 14 de 601 et au-dessus.

Mêmes concessions sont accordées sur le réseau de l'État.

Nous signalons spécialement les billets circulaires et d'excursion qui tous touchent Lyon, en raison de sa proximité de la Suisse et du Dauphiné.

Tous les billets doivent être pris pour la station de Lyon-Perrache.

Séjour et logement. — Des arrangements pris avec une agence nous permettent de garantir un logement, en rapport avec leurs intentions, à tous les congressistes ainsi qu'à leur famille.

Pour être assuré de son logement, chaque congressiste devra avoir adressé le 30 juillet, dernier délai, à M. le docteur Augagneur, 2, rue des Célestins, à Lyon, une lettre indiquant : 1° le nombre de lits dont il a besoin; 2° s'il veut être logé dans un hôtel ou chez des particuliers.

La nourriture est laissée en dehors du prix de séjour. Il y a, le plus souvent, avantage à employer les restaurants.

En arrivant à la gare de Perrache, les congressistes prendront les omnibus de l'agence « La Lyonnaise » (livrée bleue, casquette blanche), qui les conduiront à leur appartement, ou se feront transporter, s'ils le préfèrent, par une voiture de place, au siège de l'agence, rue Gasparin, 20, d'où ils seront dirigés vers leurs logis respectifs.

Pour se rendre à l'Antiquaille, lieu de la réunion, il faut prendre le funiculaire, dont la gare est avenue de l'Archevêché, et s'arrêter à la gare des Minimes-Fourvières, sise à la porte de l'Antiquaille.

Les cartes du banquet, dont le coût est fixé à 15 francs par tête, seront à la disposition des membres du Congrès, dès l'ouverture de la première séance.

Pour les promenades, excursions, etc., les membres du Congrès recevront sur place les indications nécessaires.

LE COMITÉ D'ORGANISATION

Rollet, professeur d'hygiène à la Faculté, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Gailleton, professeur de clinique des maladies vénériennes et cutanées; ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Dron, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Horand, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Aubert, ancien chirurgien-major de l'Antiquaille;

Cordier, chirurgien titulaire de l'Antiquaille;

Augagneur, chirurgien-major de l'Antiquaille, agrégé à la Faculté;

Rochet, chirurgien-major désigné de l'Antiquaille, agrégé à la Faculté.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Augagneur, 2, rue des Célestins, à Lyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours pour trois places de médecin du Bureau central s'est terminé par la nomination de MM. Ménétrier, Duflocq et Queyrat.

— Par décret, en date du 12 juillet 1894, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. Laugier, médecin en chef de la marine ;

Au grade de chevalier. — MM. les médecins de première classe de la marine Fortoul, Aubert, Le Denmat, Michel, Kergrohen, Bellot et Espieux.

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus ou nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, savoir :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Cazes.

Au grade de médecin principal. — M. Péthellaz.

Au grade de médecin de première classe. — MM. Chauveau, Marquebosse, Bouyssou, Neiret, Buisson, Devaux, Quennec et Logerais.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Lefèvre, Auzillon et Mainguy.

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire, et par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Bresson, en remplacement de M. Debaussaux, désigné pour l'hôpital militaire d'Amélie-les-Bains (médecin-chef).

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Baudot, en remplacement de M. Vieusse, retraité ; désigné pour l'hôpital militaire de Chambéry (médecin-chef). — M. Bénech, en remplacement de M. Bresson, promu, désigné pour l'Ecole supérieure de guerre.

Au grade de médecin-major de première classe. — M. Martin (S.), en remplacement de M. Ribat, retraité ; désigné pour le 6e d'artillerie. — M. Cristau, en remplacement de M. Maria, mis en non-activité ; maintenu au 142e d'infanterie. — M. Pommay, en remplacement de M. Lobit, mis en non-activité ; désigné pour le 123e d'infanterie. — M. Veillon, en remplacement de M. Montané, retraité ; désigné pour le 102e d'infanterie. — M. Gatumeau, en remplacement de M. Grach-Laprade, retraité ; désigné pour le 138e d'infanterie. — M. Woirhaye, en remplacement de M. Philippi, retraité ; maintenu au 70e d'infanterie. — M. Ferrié, en remplacement de M. Laurent, retraité ; désigné pour le 53e d'infanterie. — M. Comte, en remplacement de M. Baudot, promu ; désigné pour le 28e d'infanterie. — M. Aubertin, en remplacement de M. Bénech, promu ; désigné pour le 84e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. Jantet, en remplacement de M. Meunier, démissionnaire ; désigné pour le 51e d'infanterie. — M. Zipfel, en remplacement de M. de Vézian, démissionnaire ; désigné pour le 129e d'infanterie. — M. Jaubert, en remplacement de M. Martin (S.), promu ; désigné pour le 159e d'infanterie. — M. Spillmann, en remplacement de M. Cristau, promu ; désigné pour le 39e d'infanterie. — M. Keim, en remplacement de M. Pommay, promu ; désigné pour les hôpitaux de Tunisie. — M. de Burine, en remplacement de M. Veillon, promu ; maintenu au 13e d'infanterie. — M. Milliès, dit Lacroix, en remplacement de M. Woirhaye, promu ; désigné pour les hôpitaux de la division de Constantine. — M. Sudre, en remplacement de M. Ferrié, promu ; désigné pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique. — M. Castelli, en remplacement de M. Comte, promu ; désigné pour le 156e d'infanterie. — M. Viéla, en remplacement de M. Aubertin, promu ; désigné pour le 58e d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Danjou, désigné pour l'hôpital Saint-Martin, à Paris.

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe de l'armée active démissionnaires Méjasson et de Vésian.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Mouclier, Nivet, Dufour, Montagnon, Courbet, Moreau, Depoix, Mugnerot, Vaté, Martin, Caubet, Specker, Fishié, Fortin, Vinaut et Payol.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Mélian, Gilis, Grajon, Barbet, Keller, Roussan, Leblond, Mollin, Pascal, Raoult, Maigre, Delalande, Bachelier, Thérèse, Luton, Bonneau, Blaise, Poussard, Dayot, Frémicourt, Saguet, Bourbon, Renaud, Labitte, Forner, Angelvin, Colin, Vibert, Estradère, Garat, Cattelin, Quinten, Candé, Carlotti, Delassus, Junot, Renous, Girard, Régnier, Trastour, Laguerre, Cuniot, Sarnalens, Legras, Monnier, Janot, Houdaille, Leriche, Gotchaux, Chatelot, Angot, Boulanger, Bossis, Barth, Martin, Hamel, Lavergne, Rassier, Thévenet, Azalbert, Nanard, Tripier, Galmard, Bouilloud, Perriol, Martin, de Lafont, Delord, Houdart, Gestat, Trichet, Decréquy, Foillard, Condamin, Legrand, Vidal, Guigon, Thomas, Roques, Yon, Baraton, Ladevie, Marbot, Catrou, Manguis, Foucart, Lapanne, Grandferry, Céry, Daunic, Mory, Taillard, Baley, Larsonneur, Widiez, Castets, Lallemand, de Paulo, Bruneau, Louviot, Darquier, Mougeot, Waton, Butin, Jacques, Baron, Lebon, Bressans.

— Par décision ministérielle, en date du 10 juillet 1894, M. le médecin-inspecteur Debaussaux est maintenu dans les fonctions de directeur du service de santé du 13e corps d'armée à Marseille.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1894, la chaire de médecine du Collège de France est déclarée vacante.

— M. le docteur Frasey, médecin du bureau de bienfaisance du IXe arrondissement de Paris, vient d'être nommé à l'unanimité des membres du Comité, médecin de la crèche de cet arrondissement.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Quatrième excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau (dimanche 27 juillet 1894).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. 5 matin ; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 24 soir ; arrivée à Paris, 11 h. 35 soir.

D'accord avec la Cie P.-L.-M., la Société des voyages économiques fait émettre jusqu'au 20 juillet 1894 inclusivement des billets d'excursion combinés, donnant droit : 1° au transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour ; 2° au transport en voiture de la gare de Fontainebleau au château et réciproquement, au retour, des hôtels de Fontainebleau à la gare ; 3° à une promenade également en voiture, comprenant dans son itinéraire les sites les plus intéressants de la forêt ; 4° à un déjeuner à la fourchette et à un dîner à table d'hôte servis dans les principaux hôtels de Fontainebleau.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **18** fr. ; 2e classe, **16** fr. ; 3e classe, **15** fr.

Le nombre des places est limité.

Les billets (coupons de chemin de fer, de voiture et de repas) sont délivrés dans les bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales de la Compagnie ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88 ; rue des Petites-Écuries, 11 ; rue de Rambuteau, 6 ; rue du Louvre, 44 ; rue de Rennes, 45 ; rue Saint-Martin, 252 ; place de la République, 16 ; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7 ; rue Étienne-Marcel, 18 ; 2° au Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Étude de Me GASTALDI, notaire à Paris, place de la Bourse, n° 10, et de Me PINEAU, avoué à Paris, rue des Capucines, n° 22.

Vente, le 20 juillet 1894, à 2 heures, en l'étude et par le ministère de Me GASTALDI, en onze lots, de quarante-neuf **ACTIONS** et de cent deux **PARTS** de jouissance nominatives de la Société Française des Eaux Minérales, dont le siège est à Paris, boulevard des Italiens, n° 5. Mises à prix : 1er à 9e lots (cinq actions et dix parts), chacun 1250 francs ; 10e lot (quatre actions et huit parts), 1000 francs ; 11e lot (quatre parts), 25 francs.

S'adresser à Mes PINEAU et RANSONS, avoués, et à Me GASTALDI, notaire.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0gr10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants.* Traversant l'estomac sans se décomposer, il agit dans **l'intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.

Phie VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

VIN TANNIQUE

ANÉMIE CHLOROSE — DÉBILITÉ ALLAITEMENT

DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

Réparateur prescrit par les Médecins des Hôpitaux de Paris dans tous les *cas de Débilitation*, recommandé aux convalescents, aux vieillards, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

DÉPOT GÉNÉRAL : E. DITELY, propre, 18, Rue des Écoles, PARIS.

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER — *LYON* —



Pour prix et littérature demander le prospectus

Breveté s.g.d.g.

ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

CASCARA SAGRADA (CACHETS LIMOUSIN)

LAXATIF ET PURGATIF NOUVEAU

employé contre

l'atonie des muqueuses gastro-intestinales.

Dose : 1 à 2 cachets par jour pendant 4 à 5 jours.
La boîte de 20 cachets à 0,25 cgr. . . . 2 *fr.*
Phien ✻, 2 *bis*, r. Blanche, Paris. Envois par poste.

THERMES DE DAX

et **Grand Hôtel des Thermes.**—*Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

APIOL
DES
Drs JORET & HOMOLLE

Aménorrhée, Dysménorrhée Métrorrhagie.

Admis dans les Hôpitaux de Paris.

1 caps. 0,20c matin et soir pend' 5 à 6 jours à l'époque présumée des règles.

Dépt Gal : Phie BRIANT, 150, r. Rivoli

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;
2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;
3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

6, Cité Trévise Paris — **PARFAIT NOURRICIER** — SEUL BIBERON NETTOYABLE

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général du système nerveux, Neurasthénie, Phosphaturie.

1° NEUROSINE – SIROP
2° NEUROSINE – GRANULÉE
3° NEUROSINE – CACHETS

Débilité générale, Migraines, Névralgies, *Dépression du système nerveux.*

Dépôt général : CHASSAING & Cie, Paris, 6, Avenue Victoria.

CAPSULES HEYDEN au CARBONATE de CRÉOSOTE

à **50 centigrammes**. 6 à 8 Capsules par jour. **TUBERCULOSE**. 3, Rue Sévigné, 3, PARIS

CHOLÉRA - DIARRHÉES

ÉLIXIR du Docteur LAUBIE

3 Fr. le Flacon — PRÉSERVATIF INFAILLIBLE

Souverain contre le Choléra.
Les Diarrhées de Cochinchine, Infantiles, Tuberculeuses et autres, exotiques et indigènes.

PARIS — Maison L. REYNAL, 42, Boulevd du Temple.

A 6h 1/2 de Paris — A 5 h. de Lyon

BAINS SALINS
DE
La Mouillère-Besançon

(Aux portes de la Ville)

EAUX CHLORURÉES, SODIQUES, FORTES, BROMO-IODURÉES

Débilité et Anémie — Lymphatisme — Scrofule Affections chirurgicales et gynécologiques.

Station et Établissement balnéaire de premier Ordre.

Flacons de Sels d'eaux-mères, pour bains salins à domicile. — (*Echantillons gratis à MM les Docteurs*).

S'ADRESSER A L'ÉTABLISSEMENT ou à PARIS, au Dépôt Central, 18, Rue Oberkampf.

CHARBON NAPHTOLÉ GRANULÉ

AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

PHARMACIE FRAUDIN BOULOGNE-PARIS

3 A 6 CUILLEREES A CAFÉ PAR JOUR

DYSPEPSIE GASTRALGIE 3f50 le flacon

FRAUDIN

ANTISEPSIE INTESTINALE 3f50 le flacon

BAIN DE PENNÈS

HYGIÉNIQUE, RECONSTITUANT, STIMULANT,

Remplace **Bains alcalins, ferrugineux, sulfureux**, surtout les **bains de mer**,

Exiger Timbre de l'État — Pharmacies. Bains.

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées ;* produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

N° 83. — JEUDI 19 JUILLET 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 19 JUILLET 1894. — N° 83.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Budin qui déjà, l'année précédente, a entretenu l'Académie des bienfaits du lait stérilisé pur pour l'alimentation des nouveau-nés, vient d'appeler encore son attention sur le même sujet. Les résultats que lui ont fournis ses expériences de cette année confirment pleinement ceux qu'il a déjà présentés l'année dernière. A entendre M. Budin, à voir les courbes qu'il a mises sous les yeux de l'Académie, il semblerait, au premier abord, que l'alimentation par le lait stérilisé dût être préférée à tous les autres modes d'alimentation. Telle n'est pas la pensée de M. Budin, telle est encore moins celle de M. Tarnier, qui proclament bien haut l'un et l'autre que l'allaitement maternel, toutes les fois qu'il est possible, ou, à son défaut, l'allaitement par une nourrice, restent et resteront toujours le meilleur mode d'alimentation des nouveau-nés. Cela est bien entendu et c'est évidemment l'opinion générale. Mais il est bon parfois de le rappeler, car à entendre ainsi vanter les bienfaits de l'alimentation par le lait stérilisé, bien des mères, qui pourraient allaiter leur enfant, auraient quelque tendance à se dégager du plus sacré de leurs devoirs maternels en se rejetant sur le lait stérilisé.

Lorsque, pour une raison quelconque, l'allaitement maternel ou par une nourrice devient impossible, l'usage du lait stérilisé devient une précieuse ressource. Il peut être fort utile aussi comme adjuvant de l'allaitement maternel. A ce titre, les communications de M. Budin présentent un intérêt pratique d'une grande portée.

Il y a même des cas où il rend les plus grands services et où il permet de sauver bien des enfants ; ce sont ceux dans lesquels il s'agit d'enfants syphilitiques que l'on ne peut faire allaiter par des nourrices. Ainsi que l'a justement fait observer M. Fournier, en donnant à ces enfants du lait stérilisé, on sauve également de la vérole les nourrices auxquelles, malgré l'avis du médecin, ces enfants pourraient être confiés.

L'Académie a entendu un travail important de M. Lancereaux sur l'angine de poitrine dont la principale cause serait une aortite spéciale siégeant à l'origine de l'aorte, s'accompagnant d'une névrite cardiaque et s'observant surtout sous l'influence du paludisme. MM. Le Roy de Méricourt et Laveran, qui, l'un dans la marine et l'autre dans l'armée, ont eu bien souvent l'occasion d'observer le paludisme sous toutes ses formes, ont fait de grandes réserves sur les relations, admises par M. Lancereaux, entre le paludisme et l'angine de poitrine.

M. Schwartz a présenté un blessé sur lequel il a eu recours à une intervention fort heureuse, surtout pour le blessé lui-même, puisqu'elle lui a sauvé la vie. M. Schwartz, chez cet homme qui se mourait d'épistaxis répétées provenant d'une lésion probable de la carotide interne au niveau de sa sortie du sinus caverneux, a pratiqué un tamponnement direct des sinus sphénoïdaux, après avoir complètement détaché le nez et l'avoir rabattu sur le menton. Une prompte guérison a été le résultat de cette opération peu commune.

Signalons enfin une observation de M. Viard (de l'Isle-sur-le-Serein) dans laquelle il s'agit d'un volumineux anévrysme fémoral ayant entraîné la mort malgré la ligature de cette artère.

NOUVELLE OBSERVATION

DE CHANCRE SYPHILITIQUE DE LA MUQUEUSE PITUITAIRE

Par P. CHAPUIS,
Interne des hôpitaux de Lyon.

Pendant notre semestre d'internat à la clinique de l'Antiquaille, chez M. le professeur Gailleton, nous avons pu observer un très remarquable exemple de chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire. Ces faits sont des plus rares et, bien qu'en ces dix dernières années on en ait publié un certain nombre, notre cas n'est que le vingt et unième connu, si on l'ajoute à ceux de Mac Carthy, Ricord, Fournier, Nodet, Rollet, Nettleship, Spencer Watson, Poncet (de Lyon), Rasori, Moure, Morel-Lavallée, Jospelow, Marfan, Gemy (d'Alger), Huguet, Thibierge, Duncan Bulkley.

Nous proposant de revenir sur ce sujet dans une prochaine Revue, nous donnons aujourd'hui l'observation du malade qui a fait l'objet d'une très intéressante leçon clinique de la part de M. le professeur agrégé Étienne Rollet :

Chat... (Auguste), vingt-trois ans. Il vient de faire trois ans de service en Algérie, dans un régiment de zouaves ; libéré depuis la fin de septembre 1893. Pas d'antécédents

pathologiques avant le régiment. Huit mois après son incorporation, blennorragie qui guérit fort simplement en moins de cinq semaines. Jamais de chancres. Chat... affirme de la façon la plus catégorique n'avoir pas « vu » de femme dans les deux derniers mois de son séjour à T..., c'est-à-dire pendant août et septembre *tout entiers*. La chose, au premier abord étrange, s'explique par des raisons majeures. Le choléra existait alors dans la région, et l'autorité militaire, dans la crainte d'une épidémie, avait fait défendre aux soldats et garder par des factionnaires l'accès des deux maisons publiques de Sét..., toute la ressource de la garnison. Nous insistons sur ce fait et sur les dates qui suivent, et que nous avons pu reconstituer avec la plus absolue précision : il en découlera plus tard des considérations intéressantes sur l'étiologie de l'affection actuelle. Aux deux points extrêmes de la traversée, Bougie le 28 septembre, Marseille le 30, les soldats, menés sous escorte, ont dû garder une obligatoire continence. Puis, à Paris, où Chat... passe quinze jours chez des parents, il est « empêché » par son ignorance des endroits favorables et par la présence continuelle, dans ses sorties, d'une personne de sa famille. Enfin, il est de retour à Saint-Étienne, son pays natal, le 16 octobre. Il passe la nuit du 18 au 19 octobre avec une fille de maison : coït normal, attouchements. Il y avait donc, ce jour-là, plus de deux mois et demi, près de trois mois, que Chat... n'avait eu aucune espèce de rapports vénériens. A cette date du 18-19 octobre, il est sûr qu'il n'avait absolument rien du côté du nez. Trois jours après, quatre au plus, il s'aperçoit d'une petite ulcération, à peine large comme la tête d'une épingle, à l'intérieur de la narine droite, sur la face interne de l'aile nasale. Cette ulcération devint rapidement la cause de cuissons continuelles, assez vives à l'air froid, mais la douleur restait toute locale. Dès les premiers jours, une rougeur sombre apparut sur la narine correspondante, en même temps que les ganglions sous-maxillaires du même côté devinrent gros et douloureux. Puis l'ulcération s'est étendue progressivement, gardant une teinte rouge, mais sans hémorragies et laissant suinter un peu de sérum louche, sans véritable suppuration. Au bout d'une dizaine de jours, le nez avait pris un si vilain aspect, que le malade n'osait plus se montrer dans la rue. Enfin, sur l'avis de M. le docteur Duchamp, chirurgien des hôpitaux de Saint-Étienne, qui avait reconnu un chancre syphilitique, C... se présentait à l'Antiquaille, le 16 novembre, c'est-à-dire au vingt-troisième ou vingt-quatrième jour après le début de son « mal ». Nous avons relevé, à cette date, les particularités suivantes :

Les deux tiers inférieurs du nez sont déformés par une infiltration œdémateuse, qui prédomine à droite. Le lobule forme une masse arrondie, les ailes du nez sont épaissies et élargies, surtout celle du côté droit. La sous-cloison pend, abaissée. Sur toute cette région s'étend une teinte rose sombre, livide ou plutôt violacée, lie-de-vin clair. Cette rougeur colore un œdème dur, lisse, poli, luisant, qui se laisse maintenant palper entre les doigts, sans douleur. A la surface, de petites squames blanches, pareilles aux furfures d'un érysipèle qui s'éteint.

En renversant la tête du malade, de façon à bien voir de face l'intérieur des narines, voici ce qu'on trouve : l'ulcération a fait maintenant le tour de la paroi intérieure de la narine droite, elle occupe toute la lèvre interne du rebord de l'aile et de la sous-cloison, de façon à décrire une couronne ovalaire complète, à grand axe antéro-postérieur. Ce n'est pas l'ulcération elle-même qui apparaît tout d'abord, mais des croûtes impétigineuses, irrégulières, épaisses; obturant en partie l'entrée de la narine; ces croûtes interceptent un orifice irrégulier et étroit : d'où une certaine gêne de la respiration, et le sommeil avec la bouche ouverte. La surface extérieure des croûtes n'est pas humide; mais, par leurs bords, suinte la nuit une sérosité louche qui tache comme du pus clair. Les croûtes enlevées, une ulcération apparaît, dont le fond n'est pas creusé, ni surélevé, mais à peu près sur le même plan que les parties circonvoisines. Ce fond est d'un beau rouge jambon, à part un point large comme une lentille, où les parties superficielles sont d'un gris de nécrose. Les bords dessinent une ligne courbe assez régulière, ils ne sont pas à pic, ni décollés; ils se continuent avec le plan du fond. Le palper bidigital de ces bords, qui reposent sur une infiltration rénitente, ne donne pas d'autre sensation tactile que la demi-dureté de l'œdème local.

L'ulcération remonte jusqu'à 2 centimètres et demi ou 3 centimètres environ dans la narine droite. Dans la narine gauche, dont l'entrée est rétrécie par l'épaississement de la sous-cloison, on trouve de petites croûtes d'impétigo qui n'ont aucun cachet de spécificité.

Les ganglions sous-maxillaires droits, dont l'envahissement coïncide avec le début de l'ulcération intra-nasale, font une masse très apparente. Au toucher, on en trouve trois, durs, et maintenant indolores. Pas d'adénopathie préauriculaire, ni génienne. A gauche, deux adénopathies sous-maxillaires, qui datent seulement de deux ou trois jours, sont moins volumineuses qu'à droite, et douloureuses au palper. Les ganglions cervicaux ne sont pas pris; mais, à droite et à gauche, tout près de la grande corne de l'os hyoïde, on constate une adénite, qui s'explique aisément par l'infection de la pituitaire. On sait, en effet, que les lymphatiques de cette muqueuse aboutissent à deux ordres de ganglions : un ou deux ganglions, au siège précis que nous venons d'indiquer, et un autre volumineux au-devant du corps de l'axis. Nous avons pu facilement explorer, à plusieurs reprises, cette dernière région ; nous n'y avons pas trouvé d'adénopathie.

Depuis une dizaine de jours, le malade souffre d'une hémicéphalalgie droite continuelle, à caractères névralgiques, assez accusée pour donner de l'insomnie.

Rien aux organes génitaux ; rien à l'anus ; rien dans la bouche.

La netteté et l'éloquence des signes que nous venons d'exposer imposaient le diagnostic de M. le docteur Duchamp, diagnostic auquel une belle roséole papuleuse, développée dans la nuit même du 16 au 17 novembre, vint donner une sanction définitive.

20 novembre. L'éruption est dans toute sa beauté, composée de petites papules rose sombre, très serrées sur le thorax et la région épigastrique, plus disséminées sur l'abdomen et les membres.

Fin décembre. Soumis au traitement habituel, les accidents initiaux et les syphilides ont suivi une évolution normale. Ces dernières ont actuellement disparu, les ganglions sous-maxillaires ne sont plus apparents, et il ne reste, à la place du chancre, qu'une légère tache rose un peu plus dure au palper que les parties voisines.

L'étiologie de ce chancre syphilitique intra-nasal n'est pas l'un des points les moins intéressants de son histoire. Si l'on se reporte aux dates que nous avons données au début de l'observation, et de l'exactitude desquelles nous sommes absolument sûr, on voit que le dernier coït n'a précédé que de trois jours, de quatre au plus, la perception, par le malade, de l'ulcération initiale qui a évolué progressivement vers le chancre induré. Or, ce n'est là que le début *apparent* du chancre syphilitique, le début *réel* était encore plus rapproché de la date des derniers rapports vénériens. Avec une aussi courte incubation, faut-il admettre que ces derniers sont coupables de l'infection ? Nous savons bien que M. Le Fort a signalé trois cas dans lesquels l'incubation n'a duré que soixante-douze heures, et M. Diday une incu-

bation de vingt-quatre heures seulement. Mais on a contesté l'authenticité de ces cas ; tout en admettant que ces auteurs aient pu être en possession de renseignements et de dates exacts, on a pensé qu'ils avaient été induits en erreur par des chancres mixtes.

Faut-il accuser l'avant-dernier coït, qui remonte à quatre-vingts jours *au moins* avant l'apparition de l'accident primitif? Ce serait alors un fait exceptionnel, à ajouter aux trois faits de Simonet et de Le Fort, où l'incubation aurait duré quatre-vingt-dix jours. De préférence à une origine aussi rapprochée ou aussi lointaine, qu'on ne saurait admettre que par analogie avec des faits exceptionnels et, du reste, fort contestés, nous pensons qu'il s'agit ici d'une infection indirecte, étrangère à tout contact vénérien, et des plus accidentelles, dont nous croyons avoir débrouillé le processus. Ce jeune homme était, en Algérie, ordonnance de son capitaine, et il est absolument certain que cet officier était atteint d'une maladie vénérienne, sur la nature de laquelle il ne peut naturellement pas être aussi affirmatif. Le capitaine déguisait assez peu, du reste, les soins qu'il se donnait chez lui, il jetait tous les jours sur le parquet des matières à pansement, du coton, de petits morceaux de linge souillés de pus et d'iodoforme, que l'ordonnance était obligé de ramasser et de porter aux cendres.

Étant donné, d'autre part, la mauvaise habitude que Chat... a toujours eue de porter les doigts dans ses narines, où il avait fréquemment des croûtes d'impétigo, il est tout facile de reconstituer le mode de contagion suivant lequel il a été infecté.

En admettant cette étiologie, qui n'a rien de fantaisiste, mais repose au contraire sur des dates précises et sur des renseignements minutieux, fournis par un malade aussi intelligent que sincère, nous nous trouvons dans le cas d'une incubation syphilitique normale, dont la durée moyenne est de quinze à trente-cinq jours. Dans notre hypothèse, l'incubation minimum n'aurait pas duré moins de vingt-deux jours; on peut en reporter le maximum aussi loin qu'on voudra à travers les mois de septembre et d'août.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 juillet 1894. — Présidence de M. Empis.

LECTURE

Anévrysme fémoral. — M. VIARD (de l'Isle-sur-le-Serein, Yonne) communique l'observation d'un jeune homme de dix-huit ans, qui était atteint d'une arthrite tibio-tarsienne et chez lequel apparut à la cuisse une tumeur, qui fut prise d'abord pour un phlegmon suppuré. M. Viard, appelé auprès du malade, diagnostique un anévrysme spontané de la fémorale ; mais, sur les instances de la famille, il consent à ponctionner, se tenant prêt à faire la ligature de la fémorale, si la ponction donnait du sang. C'est ce qui arriva. M. Viard fait la ligature de la crurale aussi haut que possible, mais il ne réussit qu'à saisir la fémorale au-dessous de sa bifurcation, car, après avoir enlevé le tamponnement qu'il avait fait après la ponction, l'hémorragie se reproduisit. Il dut faire un nouveau tamponnement, mais ces hémorragies avaient épuisé le malade, qui succomba le quatrième jour.

COMMUNICATIONS

Allaitement par le lait stérilisé. — M. BUDIN fait, en son nom et au nom de M. Chavanne, une nouvelle communication sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 809.) Il rapporte une nouvelle série d'observations d'enfants nourris avec du lait stérilisé. Tantôt l'allaitement a été mixte, tantôt l'allaitement avec du lait stérilisé était continu.

M. Budin présente la courbe du poids de ces enfants jusqu'au sevrage. On peut voir que la courbe a toujours été égale, le plus souvent supérieure à ce qu'elle doit être normalement. Le lait employé était du lait de vache pur, porté à la température de 100 degrés, enfermé dans de petites bouteilles nécessaires à une tétée. M. Budin ne prétend pas remplacer l'allaitement maternel. Ce dernier est incontestablement le meilleur pour le nouveau-né. Mais s'il vient à lui manquer, on peut le remplacer par le lait stérilisé sans aucune crainte. Le lait stérilisé peut rendre les plus grands services, lorsqu'il s'agit d'enfants syphilitiques.

M. TARNIER a, depuis longtemps, fait des recherches multipliées sur l'alimentation des nouveau-nés à l'aide de lait pur, de lait coupé, de lait bouilli à 100 degrés ou de lait stérilisé à une température supérieure. La différence n'a pas été considérable entre ces divers modes d'allaitement artificiel ; toutefois, il lui a paru que le lait porté à 100 degrés était mieux digéré, en général, que le lait pur transmis directement de la vache à l'enfant. Cependant beaucoup d'enfants périclitaient malgré cette alimentation ; en pareil cas, l'allaitement au sein, même avec une nourrice de qualité moyenne, relevait promptement la santé de l'enfant.

M. FOURNIER déclare que le lait stérilisé lui a rendu les plus grands services pour l'alimentation des enfants syphilitiques. Il est de ces enfants qui sont criblés d'accidents syphilitiques et qu'il est impossible de faire allaiter par une nourrice. Chez ces enfants, le lait stérilisé produit de très bons résultats et il a permis, à M. Fournier, d'en sauver un très grand nombre. Il arrive souvent, en ville, que, malgré l'avis formel du médecin, des enfants syphilitiques ou provenant de parents syphilitiques sont confiés à des nourrices. Grâce au lait stérilisé qui peut être adjoint à l'allaitement maternel, dans ces cas, on obtient beaucoup plus facilement de ces mères qu'elles nourrissent elles-mêmes leur enfant.

Angine de poitrine et aortite paludique. — M. LANCEREAUX fait une communication sur ce sujet.

MM. LE ROY DE MÉRICOURT et LAVERAN font des réserves sur les relations admises par M. Lancereaux entre l'angine de poitrine et le paludisme. (Voir au Premier-Paris.)

PRÉSENTATION

Plaie de la carotide interne. — M. SCHWARTZ présente un homme qui s'était tiré deux coups de revolver dans la tempe droite; du côté blessé la cécité est complète et le moteur oculaire externe paralysé. Il y a eu de l'épistaxis qui s'est arrêtée, mais aucun symptôme cérébral.

Après dix jours, le malade quitta l'hôpital, conservant son amblyopie et sa paralysie musculaire. Cinq semaines après l'accident, il eut des épistaxis très abondantes qui se reproduisaient de temps à autre sans que rien pût les arrêter. Il rentra à l'hôpital six mois après, étant à peu près exsangue. M. Schwartz pratiqua alors la ligature de la carotide externe gauche, puis celle de la droite.

Six jours après, nouvelle épistaxis. Il fit alors une opération consistant à rabattre le nez du haut en bas, après avoir incisé la peau en conséquence et sectionné les os au niveau de la plaie cutanée. Le nez ainsi rabattu mais maintenu par sa partie inférieure, il découvre une cavité qui n'est autre que le sinus sphénoïdal et qui est le siège de l'hémorragie. Il la tamponne, l'hémorragie est arrêtée et il réapplique le nez qu'il suture.

Le tamponnement est laissé en place une quinzaine de

jours, puis retiré. Les hémorragies ne se sont plus renouvelées, et le malade ayant été tonifié, l'anémie disparut peu à peu ; il est actuellement en très bonne santé.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un moine médecin. — Dom Sauton chez les lépreux.

Par le docteur Cabanès.

Il y a quelques mois la presse saluait le départ d'un moine pour le pays de la lèpre. Dom Sauton, religieux bénédictin, n'allait pas seulement accomplir une mission de charité dans les régions où sévit, à l'état presque endémique, l'horrible mal. En même temps qu'il est moine, le R. P. Sauton est docteur en médecine. L'apôtre de la foi est doublé, chez lui, d'un homme de science et c'est ce qui rendait sa tentative particulièrement intéressante. Il ne se contenterait pas d'apporter aux malheureux les paroles qui encouragent et consolent, il essaierait encore dans la limite des forces humaines d'adoucir leurs souffrances. Le docteur Sauton poursuivait un but bien défini : étudier la lèpre là où elle se manifeste avec son cortège de symptômes, et surtout essayer de la guérir. Il faut dire à l'honneur de nos savants officiels qu'ils n'ont pas marchandé leur appui à l'héroïque voyageur. Tandis que le gouvernement français le chargeait d'une mission scientifique, ce qui lui constituait un appui moral, de son côté, le pape Léon XIII lui faisait délivrer un indult pontifical en vertu duquel le moine missionnaire ne cessait pas d'être membre de son abbaye, tout en ayant la faculté de voyager pour son instruction. Bientôt après, un bref de la propagande accréditait dom Sauton auprès des évêques et des vicaires apostoliques du monde entier. Mêmes dispenses étaient accordées au frère du docteur Sauton, l'abbé Sauton, qui, dans le projet primitif, devait accompagner son frère dans sa mission. Ce n'étaient pas là garanties suffisantes pour assurer le succès de l'entreprise. Dom Sauton eut alors recours à tous ceux dont le nom jouit d'une autorité et d'un prestige indiscutables à l'étranger. Le professeur Bouchard, Charcot, dont il avait été l'élève, délivrèrent à dom Sauton les certificats les plus flatteurs. M. Pasteur lui-même lui remit en partant cette lettre qui devait lui servir de sauf-conduit : « Je suis pénétré d'admiration pour le dévouement de M. le docteur Sauton et après avoir eu avec lui une conversation qui m'a prouvé combien ce jeune docteur est instruit et désireux de se vouer à une mission presque sainte, je prends la liberté d'exprimer à qui de droit mon vif souhait que toutes facilités puissent être accordées à ce courageux missionnaire. »

L'étiquette « Institut Pasteur », qui se détache en lettres gravées sur la plaque de cuivre de sa malle, évitera au docteur Sauton les visites indiscrètes de la douane. Tout cela sera bien de quelque secours au pèlerin, mais, au moment du départ, une difficulté surgit : où trouver l'argent nécessaire pour mener à bien l'œuvre entreprise? Pour étudier la lèpre il faut emporter avec soi tout un laboratoire portatif de bactériologie, tout un arsenal de médicaments pour soulager les infortunés atteints de la hideuse affection. Il y a, en plus, à couvrir les frais d'un voyage long, périlleux, semé à chaque pas de difficultés imprévues. Le docteur Sauton fait alors appel à l'initiative privée. Quelques dons d'argent lui parviennent; c'est à peine le tiers de la somme indispensable. Il partira quand même, confiant dans son indomptable énergie pour surmonter tous les obstacles. Un ancien missionnaire du Finmarck devait être son compagnon de route, et lui servir d'interprète, mais ses ressources ne lui permettant pas de s'associer quelqu'un, dom Sauton se résoud à partir seul. Le 13 août 1893, il arrive à Christiania. Six jours plus tard, il s'embarque pour Bergen où il fait escale le 22 août. Le voyage est fertile en incidents. Pendant trente-six heures une violente tempête assaille le bateau qui porte le moine et sa fortune. Une nuit surtout que la mer était en furie, dom Sauton a échappé miraculeusement à la mort. Il raconte ses impressions dès son arrivée à Bergen, dans une lettre intime, d'où nous détachons le passage suivant : « La nuit surtout fut affreuse : un vent terrible, l'obscurité la plus profonde, le fracas des vagues, les craquements du bateau dans les bonds qu'il faisait au milieu des récifs, nombreux en ces parages, tout cela était sinistre : seul dans ma cabine, durant quinze heures, je me préparais à la mort. Il faut avoir senti, durant quinze heures, craquer sous ses pieds la planche qui vous sépare de l'abîme, pour vivre le néant des prétentions humaines. Combien tout est petit en face de l'éternité! » Remis de ses émotions, dom Sauton n'a qu'une pensée : visiter les léproseries, prodiguer aux lépreux les secours de son art, les trésors de sa charité. Les trois premières léproseries qu'il a visitées contiennent deux cents malades. L' « inconnu » est accueilli par tous les malheureux comme le messie sauveur. Le spectacle de ces infortunés remplit l'âme du pélerin d'une immense pitié, qui se trahit dans sa correspondance en lignes émues.

A Bergen, une bonne fortune attendait notre missionnaire. Hugues Le Roux, le Parisien lettré que tout le monde connaît, se montre plein de prévenances pour son compatriote, et s'entremet gracieusement en maintes circonstances pour lui faciliter sa tâche ingrate.

Dom Sauton s'embarque à nouveau. Suivant son programme, il se propose de visiter les côtes des îles Loffoden, puis les régions désolées de la Laponie et du Finmarck. Pendant toute la traversée, le voyageur souffre du froid « avec sa fidèle compagne, la neige ». Et l'on est au mois de septembre! Partout « on est en pleine nature morte. Aucun fruit, aucun légume, pas même une pomme de terre, partout le roc aride, stérile... La nature semble en proie aux convulsions de la mort. » Le docteur Sauton rentre le 29 septembre de son expédition dans l'intérieur du Finmark; à peine se plaint-il « d'une petite blessure à la cheville, due aux bottes, dont le cuir s'était durci dans la neige ». Dissimulé sous d'épaisses fourrures, « il ressemblait, disait-on, à un Lapon ». La tristesse l'envahit par instants. « Comme il est dur de se trouver au milieu d'individus, dont on ne peut comprendre la langue! Mon unique ressource consiste à me servir du langage des gestes. » Mais la gaieté naturelle reprend bientôt le dessus. « Grâce à Dieu, écrit-il, je n'ai rien perdu de mon entrain, me rappelant qu'*un missionnaire triste n'est qu'un triste missionnaire.* » On est bien obligé de réagir contre les humeurs noires quand on lutte pour l'existence et qu'il faut « rapporter sa tête sur les épaules ». Et cependant que de misères dont il est le témoin obligé, que de pénibles épreuves il faut endurer! Un jour, notre voyageur se rend en barque à Raffsbotton, un bourg composé de quelques masures disséminées. Dans une hutte est couchée une pauvre femme atteinte de la lèpre depuis huit mois. A peine l'étranger a-t-il franchi le seuil de la cabane qu'une véritable panique s'empare des êtres qui l'habitent. Pendant que la femme s'accroupit dans un coin de la hutte, les enfants piaillent à qui mieux mieux. « J'usai alors de tous les gestes possibles, dit le docteur Sauton, pour les rassurer et n'y parvins qu'à grand'peine. Puis tout à coup, me retournant, je vis briller deux petits yeux bleus, dont la douceur et le calme faisaient un étrange contraste avec l'effroi que traduisaient les autres. Dans une misérable caisse en bois, le seul meuble de la pièce, gisait, couchée sur le flanc,

une pauvre petite fillette d'une douzaine d'années : de lits, de draps, il ne faut point parler. Je m'approchai : ses petits yeux reflétaient une existence sereine et résignée. Mon cœur de prêtre, tout ému, s'épancha dans une bénédiction; et, sans aucun trouble, elle me répondit par un sourire! Qu'était-ce donc que le sordide lambeau d'étoffe qui recouvrait la moitié de son visage? Je le soulevai. Contraste plus affreux encore! de larges ulcérations avaient promené leurs ravages : le maxillaire supérieur était rongé, la lèvre avait disparu et la bouche faisait place à un amas informe de chairs sanieuses et purulentes; et la petite souriait toujours. » N'est-ce pas que le cœur a son éloquence, et que notre confrère sait trouver, quand il lui plaît, des accents d'une tendresse compatissante?

Comme on devine le prêtre dans l'homme de science, le représentant d'une mission divine autant et plus encore qu'humaine! Son titre de prêtre, loin de le renier, il l'arbore fièrement, et dans toutes les stations où il passe, il n'oublie pas de remplir ses devoirs religieux. Et, cependant, durant tout son voyage il ne rencontrera pas un seul catholique, et cette privation lui est particulièrement pénible. Mais la pensée de Dieu le soutient et le console « des injustices et des malveillantes interprétations ».

Le 12 octobre, dom Sauton redescend vers des régions plus civilisées et traverse le nord de la Suède pour se rendre à Stockholm. Il s'y trouve avec le R. P. Moro, ancien aumônier de la cour de Suède, actuellement prieur des Barnabites de Paris. Tandis que dom Sauton s'apprête à faire faire une installation provisoire pour commencer ses expériences, le gouvernement norvégien lui transmet un décret royal, signé en Conseil des ministres, le 8 novembre, par lequel « il a été gracieusement décidé qu'il est permis au docteur Sauton de traiter les lépreux dans le royaume avec les devoirs et les charges imposés aux médecins norvégiens ». En confirmation de ce document officiel, dom Sauton est mis en rapport avec le directeur de la léproserie de Molde, le docteur Kaurin, qui met à sa disposition des salles de lépreux et toutes autres facilités pour ses travaux. « De toutes les léproseries de Norvège, celle de Molde est la plus petite, mais la plus belle et la mieux tenue. » Le docteur Kaurin est « intelligent, travailleur; il aime ses malades et est d'un esprit assez large pour ne point payer tribut à la jalousie ». Il est aux petits soins pour notre compatriote. « Il se montre on ne peut plus gracieux et cordial » et ne prend nul ombrage de la position officielle qui est octroyée au docteur Sauton dans la léproserie.

Malheureusement le matériel emporté par le moine est tout à fait insuffisant pour les recherches. Il devra rentrer en France pour le compléter. Le 26 novembre, dom Sauton quitte Christiania et arrive à Paris le 29. Son premier soin, au retour, est de reprendre le froc et d'occuper sa stalle et sa cellule dans l'abbaye de Saint-Martin de Ligugé, car il est « moine avant tout; le reste n'est que secondaire ».

Dom Sauton est de nouveau sur son départ. Il s'apprête à quitter Paris sous peu pour retourner, non plus cette fois en Norvège et au Cap Nord, mais en Turquie, en Asie Mineure, en Grèce, et, plus tard, aux îles Sandwich et au Japon. Il y a peu de jours, le hasard nous a fait rencontrer le moine médecin à une table hospitalière. C'est un homme de trente-cinq à quarante ans, petit, trapu, légèrement claudicant (1). Le masque est volontaire et tenace. La voix, d'une douceur pleine de séduction, contraste avec la physionomie aux lignes énergiquement tracées. Le front est anormalement développé, les yeux sont noyés d'une infinie tendresse.

(1) Sa claudication tient, nous dit-il, à une phlébite survenue à la période de déclin d'une fièvre typhoïde ou d'un rhumatisme articulaire.

Comme nous lui témoignons notre déférente admiration pour l'œuvre dont il s'est fait le champion, dont il sera demain peut-être le martyr : « Ne m'admirez point, nous réplique-t-il avec une simplicité charmante, ce que je fais n'a rien d'extraordinaire. Mon rôle est celui d'un médecin doublé d'un prêtre. Je n'ai que le mérite d'y apporter ma bonne volonté. Tous les explorateurs affrontent des climats meurtriers, tous les missionnaires font le sacrifice de leur vie. Je suis à la fois missionnaire, explorateur et médecin. Il y en a cependant qui s'obstinent à ne voir en moi que le prêtre : c'est un curé, disent-ils sur un ton de mépris. On m'accablait déjà de ces innocentes railleries, quand j'étais étudiant. Mais aujourd'hui on y met plus de malice (1). « C'est dommage, me disait un homme qui occupe une grande situation, que vous soyez prêtre. Ah! si j'avais eu des loisirs, j'aurais volontiers tenté ce que vous venez de réaliser. — Il en est encore temps, lui ai-je répondu. Si vous voulez, je vous cède tout mon matériel de recherches, mes notes, mes manuscrits. » Mais il s'est dérobé, invoquant mille prétextes plus spécieux les uns que les autres. « J'ai fait choix, ajoute dom Sauton, de la léprologie, uniquement parce que les lépreux sont des déshérités, et que la lèpre est une affection mal étudiée, mal connue.

— Que sait-on, en réalité, de positif à cet égard? Sur la contagiosité, sur l'hérédité, sur la thérapeutique, que connaît-on de précis?

— Pour moi, la contagiosité est indéniable. Hansen est également de cet avis. La non-contagiosité a pourtant des sectateurs et non des moindres : Danielsen, Zambaco et bien d'autres. Il en est qui n'osent prendre parti : Virchow, par exemple. Danielsen a payé d'exemple. Il s'est inoculé de la sanie lépreuse, et n'en a pas ressenti d'autre fâcheuse conséquence que la formation d'une large cicatrice. Mais cette expérience ne prouve rien. La lèpre a une incubation de plusieurs années, et il en est bon nombre qui seraient moins rassurés que Danielsen sur les suites de sa périlleuse expérience.

— Avez-vous connaissance des travaux de Godard? Tient-on en grande estime les ouvrages de Leloir à l'étranger?

— Godard? très superficiel, insignifiant! Leloir, un léprologue de premier ordre, très apprécié en dehors de chez nous.

— La lèpre est-elle héréditaire? — Sans aucun doute, et tout le monde est d'accord sur ce point. Ce qu'on a pris pour de la contagion était souvent une manifestation de l'hérédité.

— Et comme thérapeutique? — Moins que rien. Tous les remèdes ont été préconisés : l'huile de chaulmoogra, l'acide gynocardique, le hoang-nan, les sels mercuriels, les iodures, etc., n'arrêtent en aucune façon le cours du mal. Nos essais de traitement ne s'inspirent pas de recettes plus ou moins mystérieuses, mais de la microbiologie. Avec Pasteur nous considérons le malade comme un terrain envahi par la végétation d'un être microscopique nuisible, et nous cherchons, soit par des injections antiseptiques, soit par des ptomaïnes, à rendre le terrain inhabitable au parasite, sans que le malade en reçoive un dommage quelconque. De plus, je vais chercher, dans mes études nouvelles, la solution de ce double problème : modifier le milieu, créer une maladie antagoniste. Mais, il faut le dire, jusqu'à présent si on a pu

(1) Dom Sauton se plaint surtout d'une cabale qu'il prétend menée par des élèves de Pasteur. Hâtons-nous de dire que M. Pasteur y est resté complètement étranger, ainsi qu'en témoigne cette lettre adressée au bénédictin et datée du 9 janvier 1894 : « La conduite, les travaux et le dévouement du docteur Sauton le mettent au-dessus de toute attaque. Aujourd'hui, plus que jamais, je conserve à ma lettre du 3 mai 1893 toute sa valeur. »

constater des trêves dans les souffrances des lépreux sous l'influence des médications variées auxquelles on les a soumis, en réalité la lèpre peut être considérée, à l'heure actuelle, comme incurable. »

C'est sur cette conclusion, plutôt désespérante, que nous avons serré avec cordialité la main de l'intrépide missionnaire, tout en lui exprimant nos meilleurs vœux pour le succès de sa prochaine croisade.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le concours du clinicat médical s'est terminé par les nominations suivantes :

Hôtel-Dieu. — Chef de clinique : MM. Marquezy; chef de clinique adjoint : M. Auscher.

Hôpital de la Charité. — Chef de clinique : M. Teissier; chef de clinique adjoint : M. Martin-Durr.

Hôpital Saint-Antoine. — Chef de clinique : M. Parmentier; chef de clinique adjoint : M. Lesage.

Hôpital des Enfants-Malades. — Chef de clinique : M. Boulloche; chef de clinique adjoint : M. Renault.

— Par décret, en date du 10 juillet 1894, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Gangolphe, Jullien et Gaucher.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Legalcher-Baron, Juranville, Provenaz, Jannet, Parmilleux, Cotton, Manouvrier, Peltier, Beringier, du Périer, Girard, Boulland, Faure, Gendre, Veilleau, Didier, Achard, Dusseaud, Le Roy, Bonnel, Massingue, Roche, Shuder, Lubet-Barbon, Riocreux, Guérard, Sémelaigne, Le Roy de Langevinière, Roi, Soyer et Frottier.

— Par décret, en date du 13 juillet 1894, M. Cheurlot, médecin-major de première classe de l'armée territoriale, est nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle, en date du 10 juillet 1894, sont désignés pour les postes suivants :

MM. les médecins principaux de première classe Schaumont, pour l'hôpital militaire de Marseille (médecin-chef); Vanmerris, pour l'hôpital militaire Saint-Martin, à Paris (médecin-chef).

M. le médecin principal de deuxième classe Catteau, pour l'hôpital militaire de Vincennes et le service technique du service de santé.

MM. les médecins-majors de première classe Bachelet, pour l'hôpital militaire de Nancy; Magdelaine, pour le 74e régiment d'infanterie; Castaing, pour l'hôpital militaire de La Rochelle (médecin-chef); Sedan, pour le 61e d'infanterie; Didier, pour l'hôpital militaire de Marseille (pour ordre); Salvetat, pour le 83e d'infanterie; Alban, pour l'hôpital militaire de Bourges; Duléry, pour le 31e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Legagneur, pour le 16e dragons; Langue, pour le 153e d'infanterie; Larroque, pour le 17e d'infanterie; Bocrois, pour le 109e d'infanterie; Troussaint, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Bourbon, pour le 6e dragons; Bréau, pour le 76e d'infanterie; Béquin, pour le 22e dragons; Fix, pour le 6e bataillon de chasseurs à pied; Lemoine (L.-F.-E.-A.), pour le 22e bataillon de chasseurs à pied; Bimler, pour le 16e chasseurs; Mary (L.-E.), pour le 17e dragons; Billet (A.-P.), pour l'orphelinat Hériot; Kocher, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Simon (A.-A.-O), pour le 112e d'infanterie; Nabona, pour le 2e tirailleurs algériens; Ruotte, pour le 44e d'infanterie;

M. le médecin aide-major de première classe Toubert, pour la légion de la Garde républicaine.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Capillery, pour le 6e hussards.

— Par décision ministérielle, en date du 11 juillet 1894, M. Silice, médecin-major de deuxième classe au 3e régiment de chasseurs d'Afrique, a été désigné pour le 94e d'infanterie, par permutation avec M. le médecin-major de deuxième classe L.-F. Licht.

— Par arrêté ministériel, en date du 12 juillet 1894, le nombre des places d'agrégés, près les Facultés de médecine, mises au concours par l'arrêté du 13 juin 1894, est porté de 50 à 51. La nouvelle place sera comprise dans la section de physiologie et réservée à la Faculté de médecine de Montpellier.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. le docteur Tournier est institué chef de clinique médicale.

— Le service des enfants atteints de teigne sera centralisé à Saint-Louis, aussitôt que l'hôpital-école Lailler sera construit. Ce nouvel hôpital-école doit comprendre deux quartiers avec écoles rue Bichat et rue Grange-aux-Belles. Dans le premier quartier seront reçus les enfants atteints de teigne tondante; le deuxième quartier recevra, en deux sections séparées, les malades atteints de pelade ou de favus, et sera complété par une infirmerie générale.

— MM. les médecins principaux Bourot et Albert; les médecins-majors de première classe Carayon et Landrin; le médecin-major de deuxième classe Laurent, sont en instance de retraite.

— MM. les médecins-majors de deuxième classe, dont les noms suivent, ont obtenu le certificat d'aptitude au grade supérieur : MM. Vaugy, Pongis, Darré, Fribourg, Chaudize, Renard, Plantié, Courtot, Baudier, Simon, Médieux, Fix, Rouget, Descour, Lacronique, Sauce, Couillault, Marix, Sanglé-Ferrière, Jaubert, Uffoltz, Coindreau, Strœbel, Vielle, Duponchel, Descosse, Gaillard, Boppe, Durand, Lemoine, Dupret, Bouchereau, Weiss et Lapeyre.

— M. Vaillard, professeur agrégé au Val-de-Grâce, est promu à la quatrième classe de l'Osmanié (Turquie).

— M. le docteur Treille, médecin-inspecteur de première classe du corps de santé des colonies, et M. le docteur Martin, inspecteur général de l'hygiène et de la salubrité, sont délégués au Congrès international d'hygiène de Budapest.

— *Italie.* — Le gouvernement italien vient d'adopter pour l'armée un nouveau type de sachet individuel de pansement, dit du modèle 1894.

Sa composition est la suivante : 1° deux compresses de mousseline hydrophile; 2° une bande hydrophile bichlorurée de 3 mètres de longueur; 3° deux épingles nickelées enveloppées dans du parchemin; 4° une enveloppe extérieure en toile imperméable portant une étiquette indiquant le mode d'emploi.

Le prix de revient du sachet individuel est de 30 centimes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beno, médecin aide-major de première classe au 154e de ligne, et Delabrousse (de Darnétal).

— M. le docteur Arved Kellgren (de Londres) fera la démonstration pratique de sa méthode de massage vibratoire externe aux médecins que cette question intéresse les vendredi et samedi 20 et 21 juillet, au Grand-Hôtel.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 671, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Opération de la thoracentèse, par G. CAUSSADE, ancien interne des hôpitaux de Paris. — SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE. — THÈSES SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 juillet 1894, M. le docteur Noguès, professeur honoraire à l'École de médecine de Toulouse, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur.

— Le concours de médecine pour les prix à décerner en 1894 à MM. les internes de quatrième année, en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le lundi 10 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le concours de chirurgie et d'accouchement pour les prix à décerner en 1894 à MM. les internes de quatrième année, en fonction dans les hôpitaux et hospices de Paris, s'ouvrira le 13 décembre 1894, à quatre heures, à l'Hôtel-Dieu.

Le registre d'inscription de ces deux concours restera ouvert de onze heures à trois heures, du 1er au 15 octobre inclusivement. Le mémoire prescrit comme épreuve du concours devra être déposé au secrétariat général avant le 15 octobre, dernier délai.

— Le concours pour l'internat en médecine des hôpitaux de Rouen s'ouvrira le jeudi 25 octobre 1894, à trois heures précises, à l'Hospice-Général, salle des séances.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. Ed. Moinet, secrétaire directeur des hospices de Rouen.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bracou (de Vœilly-sur-Aisne), et Moret, médecin en chef de l'Hôtel-Dieu de Reims.

CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion en Suisse et au Mont-Blanc, organisée par l'Agence française des Indicateurs Duchemin.* — *Premier itinéraire* : Départ de Paris, le 2 août; retour, le 9 août 1894. Paris, Genève, Chamonix, la Tête-Noire, Martigny, Vernayaz, Château-Chillon, Territet-Glion, Montreux, Lausanne, Paris.

Deuxième itinéraire : Départ de Paris, le 2 août; retour, le 16 août 1894. L'itinéraire précédent jusqu'à Lausanne, Fribourg, Berne, Thoune, Interlaken, Wegern-Alp, Grindelwald, Brienz, Giesbach, Meyringen, le Brunig, Lucerne, le Lac des Quatre-Cantons, Rigi-Kuhn, Arth-Goldau, Brunnen, Lucerne, Paris.

Prix des billets : premier itinéraire : 1re classe, 260 francs; 2e classe, 230 francs. — Deuxième itinéraire : 1re classe, 530 francs; 2e classe, 485 francs.

Ces prix comprennent : 1° les billets de chemins de fer en France et en Suisse; 2° les bateaux et voitures pour les excursions indiquées au programme; 3° les frais de logement et de nourriture dans les hôtels; 4° les soins des guides attachés à l'excursion.

On peut se procurer des billets, pour les deux itinéraires, du 23 au 31 juillet 1894, aux bureaux de l'Agence française des Indicateurs Duchemin, 20, rue de Grammont, Paris.

Le nombre des places est limité.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales de la Compagnie ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18; 2° au Bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office); 3° aux bureaux de l'Agence française des « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

302. M. PLANTIER. Contribution à l'étude de l'absorption par la peau saine des substances solubles dans l'eau, en poudre ou en solution aqueuse. — 303. M. AUSCHER. Deux cas de tabes combiné suivis d'autopsie. — 304. M. MIRAS. Le sclérome des nouveau-nés. — 305. M. FOY. De l'intervention chirurgicale dans les déchirures du rein. — 306. M. BELLIER. Contribution à l'étude des troubles cardiaques dans l'ictère. — 307. M. MAHEU. Contribution à l'étude de la résection costale dans le traitement des abcès froids thoraciques. — 308. M. ZUCCARELLI. L'estomac de l'enfant. Considérations anatomiques. Dilatation stomacale. — 309. M. ROCHE. Contribution à l'étude de l'emphysème sous-cutané chez les femmes en couches. — 310. M. BARRIÉ. Contribution à l'étude de la méningo-myélite blennorragique. — 311. M. KOHOS. De la dyspepsie tabagique. — 312. M. VERLHAC. Traitement de la sciatique par le massage. — 313. M. HANNION. De la confusion mentale. — 314. M. PETIT. De l'infection par le streptocoque au cours et au déclin de la grippe. — 315. M. GRELET. Contribution à l'étude de l'anesthésie par le bromure d'éthyle, ses applications en oto-laryngologie. — 316. M. DERMIGNY. Des kystes hydatiques du cul-de-sac de Douglas chez la femme. — 317. M. THÉBAUD. Étude sur la glossite parenchymateuse aiguë. — 318. M. HENRIQUEZ. Contribution à l'étude de la syphilis médullaire. — 319. M. ALTI. Hernies iléo-cæcales. — 320. M. DELASALLE. Contribution à l'étude des fistules trachéales. De leur traitement. — 321. M. ÉMOURGEON. Contribution à l'étude de la cachexie pachydermique. — 322. M. SOMBRET. De l'ostéoclasie manuelle par le procédé de Tillaux modifié.

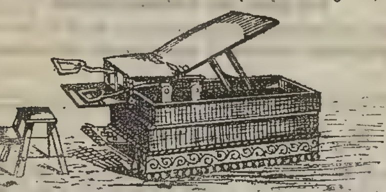
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, précédemment à Paris, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fab^t ces meubles bon marché (garantis).

DYSPEPSIES - GASTRALGIES

Pepsine Boudault

« *En prescrivant simplement : Pepsine,* « *le pharmacien est obligé de ne donner* « *que celle du Codex. Cette pepsine ne doit* « *peptoniser que 20 fois son poids de fibrine,* « *tandis que* **la Pepsine Boudault** « *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex « ne doivent peptoniser que la moitié de « leur poids de fibrine, tandis que le **Vin** « et l'**Elixir de Pepsine Boudault**, « peptonisent **deux** fois leur poids de « fibrine, soit **quatre fois plus**. »

Sirop et Pâte CLIN

à la Codéine pure et cristallisée

Le **Sirop** et la **Pâte Clin** sont employés avec le plus grand succès dans les cas de : **Toux, Bronchite, Coqueluche, Grippe, Maux de Gorge**, dans les **Affections de l'Estomac et du Ventre**; ils constituent le remède souverain contre l'**Insomnie nerveuse** et donnent au malade un sommeil prompt, calme et réparateur.

M^on CLIN et Cie, 20, r. Fossés-St-Jacques, PARIS.

SANTAL SALOLÉ LACROIX

4 à 8 capsules par jour. — **AFFECTIONS DES VOIES URINAIRES**

76, RUE DU CHATEAU-D'EAU, PARIS, ET TOUTES LES PHARMACIES.

DÉBILITÉ NERVEUSE, AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL, CHLOROSE, ANÉMIE

TRAITEMENT PAR LE

GLYCÉROPHOSPHATE DE FER

FREYSSINGE

Solution contenant **0,25** de **Glycérophosphate de FER** par cuillerée à soupe. Dose moyenne : une cuillerée avant chaque repas, dans un peu d'eau pure ou sucrée. C'est le ferrugineux le plus assimilable et le mieux toléré.

Le flacon : **3** *francs.* — 105, *rue de Rennes, PARIS, et les Pharmacies.*

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

Prix du flacon : 4 francs.

Dépôt : Dans toutes les bonnes pharmacies.

ATONIE * DYSPEPSIE * CHLOROSE * DÉBILITÉ GÉNÉRALE

QUASSINE ADRIAN

DRAGÉES DE 25 MILLIGR. de **QUASSINE amorphe** — **GRANULES** DE 2 MILLIGR. de **QUASSINE cristallisée**

« La **QUASSINE ADRIAN**, essentiellement différente de toutes celles du commerce, est la **seule** dont les effets réguliers aient été constatés. Elle excite l'**appétit**, développe les **forces**, combat efficacement les **Dyspepsies atoniques**, les **Coliques hépatiques et néphrétiques**. » Bulletin général de Thérapeutique, 15 novembre 1882.

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES.

Vente en gros : 11, Rue de la Perle, PARIS

SIROP de DIGITALE de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence

Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de dix centig. de Digitale.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HEMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT

soit en Potion soit en Injections hypodermiques

Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.

LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, **PARIS**

DIIODOFORME TAINE

AYANT TOUTES LES PROPRIÉTÉS DE L'IODOFORME

*sans en avoir les inconvénients et l'**odeur désagréable**.*

DIIODOFORME — M V T — MARQUE DÉPOSÉE

EXPÉRIMENTÉ DANS LES HOPITAUX on lui a reconnu produire les mêmes effets que l'Iodoforme ordinaire, comme celui-ci il est **anesthésique, désinfectant** et **antiscrofuleux**; c'est surtout un agent **cicatrisant** de premier ordre, dont l'efficacité est incomparable dans le traitement de toutes les *affections chancreuses* et de toutes les *plaies vives, accidentelles* ou *chirurgicales*, en un mot de tout ce qui est justiciable de l'Iodoforme.

Son application directe sous forme de poudre ou de pommade est préférable à tout autre mode d'emploi. — Dans ces conditions, on arrive à réaliser des pansements **RIGOUREUSEMENT INODORES**, ce qui est impossible avec l'Iodoforme et ses préparations.

Se vend en flacon spécialisé de 5 grammes pour être délivré au public sur ordonnance des médecins et en vrac, pour préparations, par divisions de 15, 30, 60, 125, 250 et 500 gr.

Bien Spécifier : **DIIODOFORME TAINE**

Pharmacie **TAINE**, *7, Rue du Marché-Saint-Honoré, PARIS* et dans toutes les Pharmacies.

Préparation et Vente en gros : Société Française de Produits Pharmaceutiques, *9, Rue de la Perle, Paris.*

VIN DE SECRETAN

au Quinquina, à l'Extrait fluide de Malt et aux Écorces d'Oranges amères.

Le seul vin de **Quinquina ne constipant pas et n'irritant pas les voies intestinales.**

Un verre à liqueur à chaque repas.

Dépôt central : Secretan, 52, r. Decamps, Paris.

HAMAMELIS DU Dr LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris. Ph^ie Cabanès, 34, Bd Haussmann. — Ech. s^r dem.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0^g05 à chaque repas. — **14, rue des Beaux-Arts, Paris.**

REVUE GÉNÉRALE

Opération de la thoracentèse.

Par G. CAUSSADE,

Ancien interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTOIRE DE LA THORACENTÈSE. — LA MÉTHODE ASPIRATRICE. — L'histoire de la thoracentèse a parcouru, dans son évolution, plusieurs étapes distinctes, caractérisées chacune par des travaux et des innovations dont l'esprit sert à les grouper.

Elle comprend trois périodes :

Première période. — Elle s'étend jusqu'à Trousseau. Nous pourrions, à l'exemple de Kurt Sprengel et de M. Bouchut (1), remonter au delà d'Hippocrate. Il est inutile, croyons-nous, d'entreprendre pareille tâche. Que trouve-t-on, en effet, à l'origine de la thoracentèse? Une confusion très grande entre les maladies de la plèvre et du poumon, aucune règle précise pour indiquer dans quelles conditions on devait faire la ponction de la plèvre, et des procédés tout à fait grossiers pour la pratiquer. A l'époque d'Hippocrate, la pleurésie purulente seule avait attiré l'attention des médecins à cause de ses allures bruyantes et de ses signes fonctionnels à grand fracas. Tous les efforts de la thérapeutique furent dirigés d'abord et exclusivement vers l'empyème et encore l'intervention n'était-elle indiquée qu'au moment où le pus allait jaillir de lui-même à l'extérieur. On se contentait de faire une évacuation simple de la plèvre et d'agrandir la fistule cutanée créée spontanément.

Les procédés en usage pour perforer la paroi du thorax étaient l'incision, l'ustion et la térébration des côtes. A ces procédés rudimentaires, Galien substitua le pyulque (πυον pus, ἑλκεῖν retirer), sorte de seringue aspirante garnie d'une canule, et la succion fut érigée en méthode. C'est là le progrès le plus considérable qu'il ait été donné de réaliser jusqu'à ces derniers temps dans le manuel opératoire de la thoracentèse, mais malgré la découverte de Galien, le traitement des pleurésies avec épanchement ne fut nullement modifié, les indications opératoires restèrent les mêmes et les succès ne semblèrent pas couronner les efforts des opérateurs. Galien, suivant l'exemple de ses prédécesseurs, n'avait en vue que les pleurésies purulentes et encore, imitant toujours ses devanciers, ne ponctionnait-il la plèvre qu'au moment où la fistule thoracique allait se faire spontanément. Le pyulque resta donc à l'état d'un instrument destiné à pratiquer l'évacuation simple de la plèvre; il fut d'ailleurs accepté comme tel. Pouvait-il avoir une action plus puissante? Nous ne le croyons pas. Perfectionné dans la suite, le pyulque de Galien ne donna pas de brillants résultats et ne servit pas à faire considérer la thoracentèse comme une opération utile et réellement efficace. En tout cas, le pyulque et la succion sont une modification importante des procédés de l'évacuation simple à laquelle on eut recours pendant longtemps, mais ce ne fut que beaucoup plus tard, après le long oubli dans lequel l'École d'Alexandrie, l'École arabe, et le Moyen Age avaient laissé l'intervention de Galien, que Jean de Vigo et André de la Croix remirent en honneur au XVIe siècle le pyulque et la succion.

(1) BOUCHUT, *Gazette des hôpitaux*, 1872.

Il avait fallu le réveil scientifique du XIIIe et du XVe siècle, dont Roland de Parme, Guillaume de Sallicet et Guy de Chauliac sont les représentants les plus autorisés pour comprendre l'importance du traitement des pleurésies purulentes. La chirurgie, notamment avec A. Paré, avait essayé, par la pleurotomie faite par le bistouri, de remplacer ces moyens essentiellement médicaux, mais devant les dangers et les complications opératoires, difficiles à éviter en présence d'une affection aussi peu déterminée dans sa nature que l'étaient à l'époque les épanchements pleuraux, l'évacuation simple de la plèvre reprit tous ses droits. Nous en avons la preuve dans les travaux des successeurs de Jean de Vigo et d'André de la Croix.

Au XVIIe siècle, nous voyons Scultet préconiser, dans le traitement des pleurésies purulentes, l'emploi de la seringue. Cet auteur a décrit, dans son ouvrage très complet, un grand nombre de figures représentant des canules avec pompe aspirante et foulante.

Mais les épanchements purulents sont toujours les seuls que visent les médecins et les chirurgiens, aussi n'est-on pas étonné de voir l'opération de la thoracentèse rester impuissante et inefficace le plus souvent. Douée d'une puissance tout à fait relative avec les canules de Scultet, la thoracentèse, surtout en face des pleurésies purulentes, attendait toujours, pour agir, l'ouverture accidentelle ou spontanée du thorax; mais, en agissant prudemment avec elle, les opérateurs essayèrent d'éviter, dans les cas où ils devaient attaquer la plèvre avant la création d'une fistule, la pénétration de l'air dans la cavité pleurale. Ils détruisaient le parallélisme des deux orifices interne et externe en faisant un pli à la peau. Vincent Drouin, en 1690, en inventant le trocart, remédie en partie à ce grave inconvénient et en créant une ouverture plus étroite à travers la paroi thoracique, supprime du même coup les opérations trop sanglantes. Avec cet instrument, l'opération de la thoracentèse, n'agissant que par l'évacuation simple, se simplifiait davantage et se perfectionnait en même temps. Faisant appel aux forces évacuatrices seules de la plèvre, le trocart, par sa simplicité même, encouragea les opérateurs et l'on vit alors — chose importante à retenir — les médecins essayer d'évacuer, non seulement les épanchements purulents, mais aussi les épanchements limpides : on ponctionna l'hydrothorax. Mais on dépassa la mesure; le trocart se substitua entièrement à la pleurotomie jusqu'à la fin du XVIIe siècle. On chercha alors à le modifier. Parmi les premières modifications qu'il subit, signalons celles apportées par Lamzwerdin (1671), par Pierre Dionis (1707), qui lui adaptèrent une canule courbe pour pratiquer la succion par son intermédiaire. Peu à peu on essaya de revenir, grâce aux avantages qu'offrait le trocart, à la succion, telle que la faisait Galien.

Mais après les tentatives de Ludwig, en 1769, qui ajoute à cette canule intermédiaire, comme l'avait déjà fait Breuler, une boule de sûreté destinée à recevoir le liquide à mesure qu'il est aspiré, après les tentatives d'Anel qui condamne définitivement la succion par la bouche en usage jusqu'à cette époque, le trocart avait donné tous les résultats qu'on pouvait, avec ces différentes modifications, attendre de lui. Plus tard, revenu, grâce à Reybard, à sa forme primitive, rendu plus pratique et moins dangereux par l'adjonction d'une ampoule de baudruche, il devint un instrument beaucoup plus utile. Mais les accidents déterminés étaient nombreux, son emploi exigeant une véritable opération sanglante,

douloureuse, qui n'était pas exempte de graves complications.

Aussi la thoracentèse était-elle, au commencement de notre siècle, tout à fait condamnée par les uns, admise avec une grande réserve par les autres, considérée surtout par le plus grand nombre des médecins comme une opération réservée aux cas *in extremis* et encore ne s'adressait-elle qu'aux pleurésies purulentes. Quand Trousseau lut, en 1844, son premier mémoire à l'Académie de médecine, celle-ci, en dépit des travaux de Laënnec (1), qui avait déjà formulé quelques-unes des règles de la thoracentèse, et avait vu l'indication des ponctions hâtives et répétées dans les épanchements séreux difficiles à tarir, l'Académie de médecine, malgré les travaux de Faure, de Reybard (en France), de Becker, de Schuch et de Skoda (en Allemagne), de Davies (en Angleterre), s'était, en 1838, prononcée contre les ponctions de la plèvre. Stokes, Watson, Hope venaient de la combattre et de les condamner. Trousseau exprima ses idées dans une série de communications, il ouvrit des horizons nouveaux, il fit connaître l'évolution des pleurésies, étudia la marche des pleurésies séreuses, ses dangers, entre autres la mort subite, et montra, avec preuves à l'appui, les avantages de la thoracentèse et les bienfaits qu'on pouvait attendre d'elle dans les différentes variétés d'épanchements pleuraux, surtout les épanchements séreux auxquels, avant lui, on n'avait appliqué aucun traitement d'une réelle efficacité. Pour se faire une idée du mérite de Trousseau, il faut se reporter à l'époque où il vivait, tenir compte de la défiance dans laquelle on tenait tout instrument chirurgical, défiance justifiée jusqu'à un certain point par l'imperfection de l'arsenal chirurgical de la thoracentèse; il faut tenir compte aussi de l'ignorance des dangers des pleurésies séreuses que nombre de médecins n'avaient pas appris à connaître et de l'obstination systématique qu'ils mettaient à rester inactifs en présence des épanchements séreux. En tenant compte de toutes ces données on comprendra encore mieux le mérite du grand clinicien et son rôle de novateur et non pas de vulgarisateur, comme il se plaisait à se considérer lui-même.

Trousseau proclama l'efficacité de la thoracentèse, grâce à ses travaux, il imposa cette opération longtemps avant l'apparition de méthodes vraiment bienfaisantes. Il obligea en quelque sorte les médecins, en attendant mieux, à recourir à un instrument qui, sans lui, serait resté certainement dans l'oubli.

La canule de Reybard, inventée en 1827, perfectionnée en 1841, est surtout connue depuis 1844. Simple canule à trocart elle possédait, à son extrémité libre, un tube de baudruche ouvert du côté opposé, que l'on mouillait avant de s'en servir et dont les parois étaient destinées à s'appliquer l'une contre l'autre, dès que l'air avait de la tendance à pénétrer dans le tube. Pour s'en servir il fallait l'aide du bistouri; l'incision de la peau une fois faite, on plongeait hardiment le trocart dans la plaie et d'un seul coup on pénétrait dans la poitrine. Nous n'insisterons pas sur les inconvénients d'un pareil procédé opératoire : c'était une véritable opération; elle était sanglante et exposait le malade à des congestions et des œdèmes pulmonaires, à l'expectoration albumineuse, à des accidents infectieux fréquents, sans compter les phénomènes douloureux au milieu desquels, par jets saccadés, accompagnés de toux très pénible, se faisait l'écoulement du liquide. Néanmoins, en dépit de la difficulté de l'opération et de ses accidents, la nécessité de la thoracentèse était admise.

(1) Laënnec. T. II, p. 250 et 525.

Grâce aux succès obtenus non seulement dans le traitement des pleurésies séreuses, mais aussi dans les pleurésies purulentes, la thoracentèse entra définitivement dans la pratique médicale, et, malgré Sédillot, malgré le rapport de Marotte (1), elle se substitua entièrement à la pleurotomie dans le traitement des empyèmes. L'usage du trocart s'étant répandu, on étudia, de plus près, les pleurésies. Damoiseau, élève de Piorry, essaie, après son maître, de déterminer, par une auscultation délicate, les courbes formées par le niveau supérieur de l'épanchement; J. Guérin modifie de nouveau le pyulque de Galien, il l'ajuste à la canule d'un trocart aplati muni d'un robinet; il conseille l'incision cutanée et la ponction du thorax avec un trocart à pointe cachée; Blachez réalise, en 1868, le dernier progrès que nous ayons à enregistrer dans cette première période de l'histoire de la thoracentèse : il invente le trocart capillaire, mais dont l'usage, avec les appareils employés à l'époque, était impraticable.

Tous les auteurs avaient essayé jusqu'à ce jour de remédier aux graves reproches qu'on adressait à la thoracentèse : l'acte opératoire en lui-même qui était compliqué, douloureux, sanglant, et les conséquences malheureuses qui survenaient du côté du liquide (transformation purulente des liquides séreux) du côté de la plèvre et du poumon. Tous les efforts n'avaient pas été couronnés de succès. Il fallait trouver un autre procédé opératoire, une méthode entièrement nouvelle.

Deuxième période. — L'aspiration; la méthode aspiratrice. — M. Dieulafoy en présentant, à l'Académie de médecine dans sa séance du 2 novembre 1869, l'appareil qui porte son nom, l'aspirateur, changeait le principe de l'opération, modifiait radicalement la thoracentèse. Soumise jusqu'ici aux forces seules de l'expansion pulmonaire, l'évacuation des liquides pleuraux était mise maintenant sous la direction de l'opérateur, grâce à une nouvelle force qu'il pouvait manier à sa volonté : l'aspiration. La nouvelle méthode peut se représenter par les trois termes suivants dont les deux derniers se commandent : le vide préalable, la puissance du vide et le petit calibre des instruments destinés à perforer la plèvre : les aiguilles capillaires. Le vide préalable met à la disposition de l'opérateur et en quelque sorte sous sa main la force aspiratrice elle-même. « La puissance de ce vide est telle qu'elle permet de faire passer, à travers les aiguilles les plus fines, les liquides les plus épais » (Dieulafoy). Ces aiguilles très fines, capillaires, ont l'avantage de ne pas léser les organes dans l'intérieur desquels le liquide est collecté et suppriment, par leur emploi même, tout acte opératoire; la ponction de la poitrine n'exige plus qu'une simple piqûre.

L'appareil qui réalisait pratiquement le principe de l'aspiration n'était autre qu'une machine pneumatique de petit modèle. Pour pratiquer la thoracentèse il n'était plus question du pyulque de Galien, de toutes les seringues et de tous les instruments utilisés autrefois. Jusqu'en 1869, on avait modifié l'appareil de Galien, les canules, les trocarts, tous les tubes auxquels on adaptait invariablement la même seringue. « On tournait, dit le professeur Dieulafoy, dans le

(1) Marotte. Soc. méd. des hôpit., 1850.

même cercle sans en sortir et on remontait jusqu'à Galien au lieu de penser à Torricelli et à Guericke. » Cette machine pneumatique destinée à la thoracentèse comprend un cylindre de verre qui représente l'espace clos où l'on fait le vide au moyen d'un piston qui s'élève dans un corps de pompe et qui, en s'abaissant, peut servir de pompe foulante. Les aiguilles capillaires communiquent avec ce cylindre au moyen de tubes en caoutchouc qui s'adaptent aux robinets placés à l'extrémité inférieure du corps de pompe. On peut, suivant l'élévation que l'on donne au piston dans le cylindre de verre, avoir un vide plus ou moins puissant, faire une aspiration plus ou moins prolongée, fractionner et débiter le liquide et arrêter l'écoulement suivant les circonstances. L'aiguille capillaire toujours soumise à l'influence du vide donne à l'opérateur, suivant l'expression heureuse de M. Dieulafoy, la faculté « d'aller le vide à la main » à la recherche des épanchements mal délimités ou seulement soupçonnés. L'enthousiasme qui accueillit cette nouvelle méthode fut grand, dès le début, tant furent nombreux les succès et tant était grande la facilité de l'opération.

La thoracentèse était entrée dans une voie entièrement nouvelle, grâce à l'aspiration qui servit le principe à tous les appareils construits dans la suite et qui essayèrent de se rapprocher du modèle de l'inventeur sans le modifier d'une manière sensible et réellement efficace. Il est inutile de les citer tous ; la plupart sont tombés dans l'oubli. Nous ne mentionnerons que ceux de MM. Potain et Regnard (1872) ; ils offrent une certaine importance et un certain intérêt. L'appareil de M. Potain dispose d'un système de tubes dont l'un va de la plèvre au flacon où l'on fait le vide et dont l'autre se rend de ce dernier à la pompe aspirante. Il est facile à transporter et permet l'addition sur le trajet des tubes d'un manomètre destiné à juger l'état de tension de la plèvre (1), ou l'addition d'un ballon de verre destiné à prendre quelques grammes de liquide avant sa pénétration dans le flacon où l'on doit recueillir la masse totale de l'épanchement (2). Regnard imagine de supprimer la pompe des appareils aspirateurs et d'utiliser, pour la production du vide, la condensation de la vapeur d'eau. Il se sert d'un ballon de verre où l'on chauffe de l'eau que l'on refroidit ensuite ; la vapeur en se condensant fait le vide. Afin d'évacuer des épanchements considérables sans être obligé de recourir plusieurs fois à cette manœuvre, Regnard met le ballon une fois rempli en rapport avec un vase placé au-dessous de lui et rétablit la communication entre les deux récipients en amorçant le tube qui les relie. L'écoulement du liquide se fait ainsi d'une façon continue et par un véritable siphon. C'est à ce titre que nous signalons l'appareil de Regnard qui est la première expression de ce procédé complètement inconnu à cette époque et que MM. Denucé, Pitres (de Bordeaux), Duguet, à Paris, Furbringer (en Allemagne) ont vulgarisé en le simplifiant, comme nous le verrons.

A la suite de l'engouement qui est fatal à l'avènement des meilleures méthodes, on abusa de l'aspiration dont on ne connaissait pas bien les règles posées par l'inventeur lui-même. Aussi des accusations violentes furent dirigées contre la méthode aspiratrice, accusations qui auraient dû viser l'ignorance de ceux qui se servaient de la thoracentèse. Elles se produisirent au sein de l'Académie de médecine en 1872 et de la Société médicale des hôpitaux en 1873. Mais elles ne parvinrent pas à diminuer ni la valeur, ni la faveur dont jouissait l'aspiration.

« Les vieilles méthodes sont, en général, comme les vieilles femmes, a dit M. Bouchut, elles ne peuvent souffrir les jeunes et ne leur pardonnent pas lorsqu'elles se présentent pour leur disputer les suffrages de la foule. » Mais M. le professeur Béhier, MM. Bouchut, C. Paul se déclarèrent les partisans convaincus de la méthode aspiratrice et, avec l'inventeur, combattirent pour faire comprendre les nombreux avantages de l'aspiration. La thoracentèse, en effet, était devenue curative, de palliative qu'elle était : grâce à elle, on n'hésitait plus à attaquer les épanchements longtemps avant l'apparition des phénomènes asphyxiques et dyspnéiques marqués, à arrêter les épanchements même dans leur marche, alors que leur volume pouvait par leur présence seule amener de sérieux accidents, la mort subite et l'altération des organes voisins ou sous-jacents du liquide pleurétique ; la thoracentèse autorisait sans aucune crainte les ponctions répétées dans les épanchements séreux difficiles à tarir.

Son action puissante était due à la méthode qui réduisait l'opération à une simple piqûre, opération ni sanglante ni douloureuse, qui évitait l'entrée de l'air dans la plèvre et ménageait le déplissement du poumon par la soustraction lente et graduelle du liquide pleurétique. La méthode aspiratrice s'attaqua aussi avec succès aux pleurésies purulentes. Jusqu'à ces derniers temps, elle était la seule méthode considérée comme réellement efficace contre les épanchements purulents.

Troisième période. — Mais l'avènement des doctrines pastoriennes devait restreindre en partie son action dans le traitement des empyèmes. Par contre, elles ont contribué à affranchir la méthode aspiratrice d'un grave reproche : la transformation des liquides séreux en épanchements purulents. C'est l'honneur de la période contemporaine d'avoir donné à la thoracentèse, grâce aux études récentes entreprises par la bactériologie et l'expérimentation, un manuel opératoire exempt de tout reproche et d'avoir pénétré, en éclairant de nombreux côtés autrefois bien obscurs dans l'évolution clinique des pleurésies purulentes, leur nature et leur essence même. L'antisepsie apprenait, en effet, d'une part à s'entourer des soins nécessaires pour éviter la pénétration de germes dans les liquides séreux et privés de micro-organismes ; d'autre part, les travaux bactériologiques et expérimentaux divisaient, en variétés bien classées, les pleurésies purulentes et permettaient de faire nettement la distinction, en face des empyèmes, entre les cas passibles de la thoracentèse ou de la pleurotomie. Les travaux de Netter, de Franckel, de Wechselbaum, de Courtois-Suffit, ont contribué à compléter, dans une large mesure, ce chapitre si utile et si intéressant de la thérapeutique des pleurésies.

En résumé, la thoracentèse a traversé trois phases successives : dans la première, après de nombreuses tentatives, on pratique l'évacuation simple de la plèvre et la thoracentèse, avec des procédés opératoires insuffisants, est absolument ignorée lorsque Trousseau, s'armant du trocart de Reybard, la met en honneur et innove en quelque sorte ce mode de traitement des pleurésies. Le pyulque de Galien, le trocart de Vincent de Drouin, la canule de Rey-

(1) Congr. du Havre, 1877.
(2) Gilbert de Lion. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1888.

bard destinée à pratiquer la thoracentèse sont, tour à tour, employés et rejetés. Dans la seconde phase, l'aspiration et la méthode aspiratrice de M. Dieulafoy changent radicalement le manuel opératoire de la thoracentèse qui, acceptée en principe depuis Trousseau, entre définitivement, avec des lois nouvelles, dans la pratique médicale. Enfin nous voyons, dans une dernière période, les travaux modernes parfaire le manuel opératoire, mettre l'opération à l'abri de tout accident et permettre à la thoracentèse de faire toujours œuvre utile.

II

Manuel opératoire. — *Les pleurésies séreuses.* — La thoracentèse, appliquée à la pleurésie séreuse, doit, pour se mettre à l'abri de complications et d'accidents nombreux, ne jamais épuiser en entier un épanchement pleural ; elle doit mesurer et restreindre la limite de son action ; elle doit assurer une certaine lenteur au débit du liquide et s'entourer des précautions antiseptiques les plus rigoureuses. Il ne faut jamais se départir de ces trois règles sous peine de compromettre gravement l'opération. Il faut surtout condamner, d'une manière absolue, les ponctions qui vident complètement la plèvre. C'est, avec le défaut d'antisepsie, la seule faute d'ailleurs que l'on puisse commettre, l'usage de l'aspirateur muni d'une aiguille capillaire assurant par lui-même l'écoulement graduel et lent de la sérosité. En règle générale, on doit faire l'aspiration d'une quantité déterminée de l'épanchement, quantité que l'on aura, au préalable, estimée le plus exactement possible. Les circonstances, presque toujours, se prêtent à cette méthode et jamais aucun accident n'est survenu, forçant l'opérateur à interrompre, voire même à suspendre, l'opération quand elle s'adresse à des pleurésies séreuses. Cette méthode, qui est celle de M. le professeur Dieulafoy, et qu'il fait pratiquer par tous les élèves de son service, consiste à ne retirer en une séance, même dans les épanchements les plus abondants, qu'un litre de liquide. L'épanchement avoisine-t-il 2 litres ? On soustrait de la masse totale 1 000 grammes. L'épanchement oscille-t-il entre 2 500 grammes et 3 litres ? On retire 1 000 grammes le premier jour et on recommence, s'il y a lieu, une ponction semblable le lendemain, de façon à ramener la quantité de liquide au taux approximatif de 1 000 ou 800 grammes. En agissant ainsi, on se conforme à ce précepte de la plus grande importance, à savoir qu'il ne faut pas retirer plus de 1 litre de sérosité par séance (Dieulafoy). Quand la pleurésie est ramenée ainsi au volume d'un petit épanchement, la surveillance de ce dernier s'impose plus que jamais. A partir de ce moment, on peut assister à une évolution très variable dans la marche de l'épanchement ; 1° les quelques centaines de grammes laissés dans la plèvre se résorberont et cette résorption spontanée peut se faire quelquefois brusquement, souvent assez rapidement, en douze heures, deux jours ; 2° mais cette terminaison de l'épanchement n'est pas très fréquente et il faut s'attendre à voir le reliquat de l'épanchement laissé dans la plèvre subir des mouvements d'augment et de retrait successifs, sans que ces variations dans la quantité du liquide soient très considérables ; dans ce cas, il faut attendre et ne ponctionner que si la situation tend à se prolonger ; 3° si, après la première ponction, l'épanchement tend à revenir au taux primitif, il faudra intervenir de nouveau et la ponction sera déclarée urgente autant de fois que la sérosité atteindra 1 800 ou 2 000 grammes. Ainsi, on sera obligé de faire, à des intervalles plus ou moins éloignés, deux, trois, et quelquefois quatre, et très rarement six et sept ponctions chez le même pleurétique.

Les observations recueillies par M. le professeur Dieulafoy fournissent le total de 180 ponctions pour 69 pleurésies séreuses ou hémorragiques traitées à l'hôpital dans son service et n'ayant déterminé aucune transformation purulente et toutes suivies de guérison. Il en est de même pour 200 opérations de thoracentèse faites dans sa pratique privée. Il ne saurait être question, comme on l'a proposé, de faire des injections modificatrices intra-pleurales. Puisque le liquide de la pleurésie séreuse est dépourvu de micro-organismes, ce qui est le cas le plus fréquent, ces injections sont inutiles, elles peuvent même devenir nuisibles en amenant, quelques-unes d'entre elles étant irritantes, la production de néo-membranes dont la présence constitue tout d'abord un obstacle à la résorption de la sérosité et, plus tard, une gêne pour le fonctionnement du poumon. Quelques-unes d'entre elles ont, en outre, provoqué une syncope mortelle. Il faut donc borner l'action de la thoracentèse à la ponction simple, que l'on répétera suivant les circonstances. M. Duguet procède de la façon suivante : il attaque hardiment la masse liquide ; toute l'attention de l'opérateur pendant la durée de l'écoulement doit se fixer sur l'apparition des signes fonctionnels qui commandent l'arrêt de l'opération. L'imminence de quintes de toux, la douleur thoracique térébrante, la dépression du thorax s'effectuant à mesure que la plèvre abandonne sa sérosité, la sensation d'écrasement éprouvée en même temps par le malade au niveau de la poitrine, sont autant d'avertissements donnés au médecin par le patient lui-même pour obliger l'opérateur à retirer le trocart. M. Duguet se sert du siphon simple (1), l'évacuation lente et continue de l'épanchement qu'il obtient ainsi permet de suivre attentivement toutes les phases de l'opération et d'observer le retrait progressif du thorax. C'est là un bon signe dont il faut tirer parti pour le pronostic : il atteste, d'une manière évidente, l'absence d'adhérence pleurale et le degré d'élasticité nécessaire de la part du thorax pour combler la cavité pleurale et permettre à la plèvre de s'adosser au poumon.

Pour nous cependant, nous préconiserons de préférence la méthode de M. le professeur Dieulafoy, qui consiste à ne retirer que 1 000 grammes ; car ainsi qu'il l'a dit à l'Académie de médecine (1892) : « On sait quand le malade commence à tousser, on ne sait pas quand il finit. »

La pleurésie hémorragique. — Plus que la pleurésie séreuse, la pleurésie hémorragique demande à être traitée avec une prudence éclairée. Après la soustraction de 7 à 800 grammes, et quelquefois même de 400, le malade accuse des sensations douloureuses de tiraillements au niveau du thorax. Il ne faut donc pas dépasser cette quantité, dans quelques cas le rôle du médecin se bornant à débarrasser la plèvre du trop plein (Dieulafoy). Mais la pleurésie hémorragique est, pour ainsi dire, sans cesse en activité, surtout quand elle est symptomatique du cancer du poumon ; les nappes liquides à peine enlevées sont aussitôt remplacées ; aussi, en raison de la reproduction continue de l'épanchement, et pour ne pas épuiser le malade, cette règle devient-elle à peu près absolue : « Ne

(1) Th. de Décourt, Paris 1892.

diminuer l'épanchement que dans les proportions jugées nécessaires pour mettre le malade à l'abri de la douleur, de la dyspnée et des complications inhérentes aux vastes collections pleurales. » Dans certains cas, l'épanchement hémorragique est peu volumineux; il atteint 3 ou 400 grammes et cependant le malade est très oppressé. Doit-on, en présence d'un faible épanchement, négliger la thoracentèse ? Certainement non. Il faut donner au malade ce soulagement que d'ailleurs il réclame avec la plus grande insistance. Cette éventualité se *présente* souvent. Cette règle, dans toute sa rigueur, est applicable à la pleurésie cancéreuse; même quand elle est séreuse, l'épanchement contient encore un liquide très fluide, qui se renouvelle rapidement après chaque ponction.

Les pleurésies purulentes. — Les pleurésies purulentes n'exigent pas dans leur traitement des règles aussi absolues. Il faut moins de délicatesse et moins de ménagements. La plèvre, en effet, n'est pas, comme dans le cas précédent, aussi saine et aussi sensible; elle est plus tolérante. Elle a subi des altérations plus profondes et plus étendues, mais, en revanche, le liquide qu'elle contient est plus septique ou toxique. On est donc autorisé à être hardi et à répéter fréquemment les ponctions de la plèvre, si l'épanchement a de la tendance à se reformer d'une manière continue. Il faut donc attaquer vivement les pleurésies purulentes, retirer toujours en plusieurs séances tout le pus de la plèvre, renouveler les ponctions, dans les mêmes conditions, chaque fois que le pus sera collecté de nouveau.

A l'époque où la bactériologie n'avait pas encore révélé des variétés dans les empyèmes, on a obtenu des guérisons certaines en ponctionnant quatre, six, huit et même douze fois une pleurésie purulente (Trousseau, Legroux, Bouchut, Dieulafoy, Potain, Desplats, Cadet de Gassicourt).

Les auteurs avaient déjà remarqué la fréquence des guérisons des empyèmes chez les enfants où on avait recours plus volontiers que chez l'adulte à la thoracentèse. Cependant M. Cadet de Gassicourt, qui observait à l'hôpital Trousseau, voyant quelquefois des insuccès, avait formulé la règle suivante : « Pratiquer trois ponctions successives faites chacune à cinq jours d'intervalle et ne jamais dépasser ce nombre; si le liquide diminue à chaque ponction, on peut espérer arriver à la guérison; sinon, il faut recourir à l'empyème. » Cette règle, même aujourd'hui, peut être observée en face d'une pleurésie purulente infantile (1), où l'agent pyogène est généralement le pneumocoque. Mais, en règle générale, même chez l'adulte, tout en négligeant les cas où les micro-organismes contenus dans le liquide pleural sont virulents (surtout quand il s'agit de streptocoques) et qui sont passibles de la pleurotomie, nous devons une place à part pour le procédé suivant : celui des ponctions répétées de la plèvre avec lavages antiseptiques. Ce procédé est indiqué en présence d'agents pyogènes peu virulents, de pleurésies tuberculeuses dues à la tuberculose de la plèvre, cas dans lequel la pleurotomie ne peut donner aucun résultat avantageux, en face d'une infection pleurale à peine ébauchée (Fernet). Ce procédé comprend deux méthodes. La première consiste à injecter, dans la poche purulente, une substance antiseptique destinée à stériliser l'épanchement sans évacuer l'épanchement et à renouveler les injections jusqu'à ce que le foyer malade contenant et contenu soit rendu indifférent; le liquide, après ces manœuvres, disparaît soit par résorption spontanée, soit avec l'aide de l'aspiration (Fernet, Bouchard, Moizard, Renaut; les deux derniers auteurs ont préconisé cette méthode pour empêcher la purulence consécutive au pneumothorax). Dans la seconde méthode, on évacue le pus d'abord, puis on lave la poche purulente avec un liquide antiseptique ou modificateur laissé à demeure (Aran, Bœlz, Juhel-Rénoy, Sevestre, Duguet). Cette méthode comprend des variantes dans la façon d'intervenir. On fait ou on ne fait pas un lavage avant l'injection, on laisse ou on ne laisse pas une substance antiseptique dans la cavité. Le liquide antiseptique employé est l'eau naphtolée saturée (10 grammes de naphtol β pour 1000 grammes d'eau). Il est bien entendu qu'il faut faire sur ces deux méthodes toutes les réserves que comporte la nature de l'épanchement, réserves que nous avons émises plus haut et dans une Revue précédente (1).

Hydropneumothorax. — Quant à l'hydropneumothorax, nous avons peu de chose à ajouter à ce que nous disions dans la même Revue. Cependant nous signalerons le cas de M. le professeur Potain (2) qui débarrassa complètement la plèvre du liquide qu'elle contenait; mais, à mesure que le liquide s'écoulait, il le remplaçait par de l'air stérilisé. Cette opération, renouvelée trois fois en cinq mois, amena une guérison complète de la plèvre et du poumon et une amélioration générale.

Cette méthode attend de nouvelles observations pour être jugée, mais l'autorité de son inventeur nous faisait un devoir d'en parler.

Appareils. — La thoracentèse se pratique couramment aujourd'hui avec les aspirateurs Dieulafoy et Potain. Nous ne reviendrons pas sur leur description, que nous avons déjà faite, et nous insisterons sur les avantages que présentent les aiguilles capillaires qui font partie intégrante de la thoracentèse, par aspiration, et qui sont l'élément indispensable de cette opération et de toute opération efficace, comme l'a démontré M. le professeur Dieulafoy. Il faut se servir du n° 2 pour les épanchements séreux, du n° 3 pour les épanchements purulents. Le trocart, beaucoup trop volumineux, ne répond pas à l'idée même de la thoracentèse par aspiration; avec lui, le déplissement du poumon est trop rapide. L'aiguille capillaire, au contraire, donne un écoulement peu rapide, qui permet au poumon de revenir graduellement et insensiblement à son volume normal et à la place qu'il doit occuper dans la poitrine. Le trocart avec mandrin et orifice latéral, pour s'adapter au tube de caoutchouc de l'aspirateur Potain, doit être réservé pour les liquides formés de pus très épais et très concret, dans lequel nagent des flocons de fibrine. On peut facilement, avec la tige mobile, repousser les coagula engagés dans la canule, sans refaire une nouvelle ponction. Mais il faut reconnaître que, rarement dans la pratique, les circonstances obligent le médecin à substituer le trocart à l'aiguille. Son obstruction momentanée n'aurait même aucun inconvénient, puisqu'elle obligerait l'opérateur à fractionner l'aspiration, ce qui n'est jamais un mal. L'ob-

(1) Breton. *Ann. des mal. de l'enf.*, 1892, p. 69.

(1) G. Caussade. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 457.
(2) Potain. Acad. de méd., 1888, n° 17.

struction complète de l'aiguille nécessiterait une nouvelle ponction et, dans ce cas encore, il y aurait plutôt un avantage qu'une mésaventure.

Le siphon (1) est moins en usage que les appareils précédents. Il consiste en un simple tube de caoutchouc muni d'un robinet à ses extrémités; sur le robinet, s'adapte un trocart, à l'autre, on place un petit entonnoir destiné à plonger dans un vase rempli d'eau, où doit s'écouler le liquide. Le siphon s'amorce avec de l'eau bouillie, que l'on verse dans le tube par l'entonnoir; on relève ce dernier et, quand le tube est rempli, on ferme le robinet. On adapte e trocart sur le tube et on ponctionne; on ouvre le robinet et on renverse aussitôt le tube, en faisant plonger l'entonnoir dans le vase rempli d'eau et placé au pied du lit; le liquide s'écoule immédiatement, entraîné par la différence de niveau qui existe entre la partie supérieure du lit où est placé le malade et le sol, écoulement aidé, au début, dans sa mise en mouvement, par la pression intra-pleurale qui est positive. Au professeur Potain revient le mérite d'avoir, le premier, appliqué le siphon aux lavages de la plèvre. Son appareil est présent à l'esprit de tous. M. Regnard, en 1872, nous l'avons déjà vu, l'utilisa dans les épanchements séreux, mais en se servant d'un flacon intermédiaire entre la plèvre et le vase placé au-dessous du lit; le siphon fonctionnait entre le flacon et le vase. M. Pitres, à Bordeaux, et M. Duguet dans son service, à l'hôpital Lariboisière, se servent de ce mode d'aspiration, tel que nous venons de le décrire. Bulaü, en Allemagne, et après lui Revilliod, à Genève, M. Cadet de Gassicourt, en France, ont eu recours au siphon dans le traitement des pleurésies purulentes. Leur méthode est la suivante: la plèvre est ponctionnée comme d'ordinaire, avec un trocart placé à l'extrémité d'un tube de caoutchouc. La ponction une fois faite, ce tube est rempli d'eau et plongé, par son extrémité inférieure, dans un bocal placé à terre. Le trocart reste à demeure dans la plèvre; il est fixé à la paroi thoracique d'une façon permanente et le tube est laissé baignant à demeure aussi dans le bocal. Il se fait ainsi un écoulement continu de pus et à l'abri de l'air.

Mais il ne faut pas s'exagérer les mérites de ce dernier procédé opératoire. Les aspirateurs rendent certainement des services plus sûrs et plus prompts. D'ailleurs la méthode de Bulaü n'est guère plus en usage aujourd'hui et la méthode du siphon est justiciable d'un reproche : c'est que, pour que le liquide s'écoule à travers le tube de caoutchouc, il est nécessaire que le trocart employé soit de large calibre, ce qui amène un écoulement trop rapide du liquide.

Tel est, en général, l'arsenal de la thoracentèse.

Manière de ponctionner la plèvre. — Pour ponctionner, M. le professeur Dieulafoy choisit le huitième espace intercostal et, dans ce dernier, désigne le point qui se trouve sur le prolongement de l'angle inférieur de l'omoplate; l'aiguille doit raser le bord supérieur de la côte inférieure. De cette façon, on attaque la plèvre en un point très déclive et situé notablement en arrière et plus bas que ne l'indiquent la plupart des auteurs. M. Duguet choisit un point situé à l'intersection de deux lignes, dont l'une horizontale passe par le mamelon et dont l'autre verticale part du bord antérieur de l'aisselle; si l'épanchement est abondant, on ponctionne dans le cinquième espace intercostal, dans le creux axillaire; dans le sixième s'il est de moyenne abondance. L'aiguille est stérilisée soit par flambage, soit après avoir été plongée dans une solution antiseptique ou placée à l'étuve sèche à 180 degrés pendant dix minutes. On antiseptise la place sur laquelle l'aiguille doit être appliquée. Puis on donne au malade une position convenable, soit penchée en avant, les deux bras tendus et tenus par un aide, soit couchée. M. Duguet préfère cette position, qui prévient les syncopes et évite toute fatigue au malade, si l'opération doit durer quelque temps. On va ponctionner. Pour cela, on se sert de l'index gauche comme conducteur et, tenant l'aiguille de la main droite, on pénètre d'un coup brusque dans la plèvre. L'aiguille est poussée à 2 ou 3 centimètres de profondeur; on ouvre le robinet, mettant en communication la plèvre avec l'espace où on a fait le vide. Le liquide jaillit aussitôt. S'il n'apparaît pas, c'est que l'aiguille n'a pas pénétré assez profondément, on la pousse sans crainte, « le vide préalable indiquant l'instant précis où elle rencontre ce liquide » (Dieulafoy). Pendant l'écoulement du liquide, on prend la précaution de la redresser le long de la paroi, pour ne pas blesser le poumon. Il faut que l'écoulement soit lent. C'est à ce soin que le médecin doit veiller pendant toute la durée de l'opération. Sa tâche, d'ailleurs, est rendue naturellement facile s'il emploie les aiguilles capillaires. Aussi le médecin n'a qu'à veiller à l'immobilité du malade et suspendre momentanément la thoracentèse, si surviennent des quintes de toux. L'opération terminée, on retire brusquement l'aiguille en saisissant en même temps la peau au milieu de laquelle elle est plongée. On fait un pli que l'on presse fortement pendant quelques instants. Après cette manœuvre, il est inutile d'appliquer aucun pansement. Les soins consécutifs se résument à laisser le malade couché et au repos absolu.

Les règles précédentes sont applicables à la thoracentèse pratiquée sur des plèvres libres d'adhérences; l'épanchement a suivi les lois naturelles de la pesanteur et s'est diffusé entre des organes sains qui ne gênaient en rien sa répartition égale et uniforme dans la cavité pleurale. Suivant les variétés d'enkystement du liquide, suivant les obstacles créés à son libre cours par des adhérences anciennes ou par des organes thoraciques ou abdominaux hypertrophiés, suivant enfin les attitudes diverses prises par le malade pendant l'évolution de la pleurésie, la collection liquide, comme nous l'avons dit, prend des configurations spéciales et des sièges différents dans la poitrine. C'est à l'aiguille à les chercher et à varier ses points d'attaque comme dans les pleurésies aréolaires, interlobaires, enkystées de la base et dans ces pleurésies, dites « tournantes » par Lasègue, dans lesquelles le liquide s'accumule en avant du thorax.

On se renseignera, surtout en cas d'hydropneumothorax, de pyopneumothorax et dans ces pleurésies à faible tension, sur la pression intra-pleurale. Au reste, au cours de l'opération de la thoracentèse en général, il est bon de recourir au manomètre. On peut s'assurer du déplissement considérable du poumon, en quelque sorte mathématiquement, de l'affaissement de la cavité pleurale, être fixé sur le retour des organes à leur place normale. On se rend compte en même temps de l'état de dilatation du thorax, de la condensation pulmonaire, du degré d'élasticité de la poitrine doù dépendent le rapprochement des côtes et la guérison de la pleurésie.

(1) Duguet. In Th. de Décourt, Paris 1892.

Accidents de la thoracentèse. — Les accidents auxquels expose la thoracentèse sont de trois ordres : ils sont septiques, nerveux, mécaniques. Les premiers concernent la transformation d'un épanchement séreux ou hémorragique en purulent et d'un épanchement purulent mono-microbien en poly-microbien changeant, de ce fait, entièrement son allure et sa physionomie. Ces accidents septiques surviennent quand on introduit des micro-organismes au milieu d'un liquide aseptique et quand on ajoute à un liquide primitivement infecté une nouvelle infection qui renforce la première le plus souvent. Dans la pleurésie à pneumocoque, pareil accident est à redouter. Le médecin seul est responsable de ces transformations diverses. L'opérateur propre et antiseptique les évitera facilement. Mais souvent les apparences sont contre lui. Une pleurésie purulente, ponctionnée dès le début de sa formation, peut être prise pour une pleurésie séreuse ; elle peut être histologiquement hémorragique, une pleurésie séreuse peut contenir des micro-organismes, être septique ; dans ce cas, la pleurésie a tous les caractères infectieux, sans en avoir l'aspect extérieur. Telles sont les observations de Hajek, Fernet, Troisier, Frantzel (1) où ces auteurs ont trouvé dans la sérosité du liquide des streptocoques, des bacilles d'Eberth, des pneumocoques, des bacilles tuberculeux de Koch.

C'est donc à l'ignorance et au défaut d'observation qu'il faut attribuer de prétendues transformations purulentes. Il faut donc innocenter la thoracentèse de tout accident septique. Si ces accidents surviennent, ils ne sont nullement inhérents à la méthode, mais dépendent de l'opérateur.

Si à la rigueur, confiant dans l'antisepsie, on peut rayer d'un trait de plume les complications précédentes, il n'en est pas de même des accidents nerveux. Ils sont peu fréquents, mais quelquefois très graves. Ils comprennent la syncope passagère ou mortelle, des crises épileptiques, des accès convulsifs, des paralysies transitoires ou permanentes, affectant le type hémiplégique et occupant presque toujours le côté où siège l'épanchement. On peut observer aussi la paralysie alterne transitoire (2) avec hémi-anesthésie, embarras de la parole, cécité complète. La syncope se produit rarement pendant l'opération ; elle survient plutôt au début, au moment où on pique la peau. Si le malade est arrivé à une période de cachexie avancée, la syncope survient à la fin de la ponction ; cet accident est alors plus grave. Mais le plus souvent, comme d'ailleurs les autres accidents nerveux, la syncope est plus fréquente au cours des pleurésies purulentes.

D'ordinaire, la plèvre malade a déjà subi sans révolte de nombreux traumatismes, quand une cause insignifiante déchaîne des manifestations nerveuses. En exceptant la mort subite produite par les embolies, l'anatomie pathologique ne nous fournit aucun élément propre à nous renseigner sur la cause de ces accidents. On a incriminé tour à tour la compression du cœur, l'urémie, l'épilepsie, mais sans preuve suffisante. On a pu, dans certains cas, penser à l'hystérie et avec raison. Pareille hypothèse n'est pas toujours admissible en présence de terminaisons mortelles.

Le troisième groupe d'accidents est, le plus souvent, le fait d'une thoracentèse pratiquée en dehors des règles que nous avons posées dans cette Revue. Le traumatisme opératoire peut intéresser le poumon. Pareille éventualité surviendra si on a plongé dans le poumon l'aiguille à travers une masse liquide peu abondante ou directement dans le parenchyme pulmonaire. L'opérateur ne peut s'en prendre qu'à lui-même. Il avait fait une erreur de diagnostic. Si l'aiguille est aseptique, on retirera quelques gouttes de sang et l'accident ne sera suivi d'aucune fâcheuse conséquence.

Si la thoracentèse est mal dirigée, si on retire trop rapidement ou une trop grande quantité de liquide, on peut voir survenir des congestions, des fluxions et des œdèmes pulmonaires, l'expectoration albumineuse.

M. le professeur Potain a rapporté l'observation d'un pleurétique qui, débarrassé en quelques instants d'un gran-chement de 3 litres, présenta le lendemain une congestion pulmonaire intense qui siégeait, non seulement du côté de la pleurésie, mais aussi du côté opposé, et qui mourut en deux jours. Legroux, Desnos, Béhier, Liouville ont rapporté des cas de ce genre.

L'œdème pulmonaire peut amener la mort dans les mêmes circonstances. La mort survient par asphyxie et, comme la précédente complication, elle arrive à la suite d'une thoracentèse faite trop rapidement ou trop complètement.

Congestion et œdème peuvent être observés isolément ou associés. On les observe souvent ensemble. La pathogénie de ces deux accidents est la même que celle de l'expectoration albumineuse. Aussi n'est-il pas étonnant de les voir, soit ensemble, soit se succéder à des intervalles assez rapprochés. La congestion amène l'œdème, et si l'œdème est assez abondant, il transsude soit dans la plèvre pour augmenter l'épanchement ou le reconstituer à elle seule, soit à travers les bronches, pour donner lieu à l'expectoration albumineuse. Quand cette transsudation bronchique est très abondante, une partie peut rester et stagner dans les voies aériennes, et il peut en résulter des accidents mortels qui surviennent au milieu de quintes de toux pénibles et angoissantes. Du fait même de cette transsudation albumineuse, la mort peut survenir encore si les bronches sont paralysées ou encombrées rapidement par le liquide albumineux. La mort arrive plus ou moins rapidement, précédée de phénomènes asphyxiques (Hérard, Terrillon). Ainsi comprise, l'expectoration albumineuse est donc, quoique étant une complication, plutôt bienfaisante que nuisible, puisqu'elle est l'expression finale, heureuse d'un accident. Il est inutile d'insister sur sa description clinique. Nous savons que le malade peut rendre 1 litre (Desnos), 2 litres (Moutard-Martin), d'un liquide qui a des caractères spéciaux.

Nous tenons plus spécialement à indiquer que c'est au moment où on vient de terminer la thoracentèse que le patient est pris de quintes de toux et d'oppression et qu'il rend un liquide spumeux, sanguinolent et albumineux. La nature de ce dernier est essentiellement différente de la sérosité de la pleurésie (Longet, Cl. Bernard). Il n'y a donc pas lieu d'admettre une fistule pleuro-bronchique, comme on l'admettait autrefois, pour expliquer l'expectoration albumineuse.

D'ailleurs, celle-ci survient assez souvent quand la plèvre vient d'être débarrassée trop rapidement et complètement de toute la sérosité qu'elle contenait. Mais il faut se rappeler que cette complication est favorisée en grande partie par des lésions pulmonaires préexistantes et sous-jacentes à la plèvre. Il s'agit donc, pour mettre le malade à

(1) Frantzel. *Charité Annalen*, 1887, p. 866.
(2) Jeanselme. *Gazette hebd.*, 26 mars 1892.

l'abri de tout danger, d'avoir présentes à l'esprit les conditions dans lesquelles la thoracentèse peut s'accompagner d'accidents graves pour les éviter.

Aussi, en terminant, ne formulerons-nous pas de traitement spécial pour les conjurer. Se conformer aux règles que nous avons posées au cours de cette Revue, et que nous avons énoncées d'après les maîtres qui ont une autorité et une compétence reconnues, c'est agir le plus souvent à coup sûr, sans crainte d'aucune surprise, et pour le grand bien du malade.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 11 juillet 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Traitement des hernies gangrenées graves. — M. CHAPUT répond aux différentes critiques qui lui ont été adressées par M. Verneuil à l'occasion de son travail sur ce sujet. (Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 629.) Il maintient que la résection intestinale, avec suture, est moins grave que l'anus contre nature. Les statistiques qu'il a pu consulter à ce sujet donnent 76 à 88 p. 100, pour les anus contre nature, tandis qu'elles ne donnent que 64 p. 100, pour les résections avec suture.

Contrairement à M. Verneuil, M. Chaput estime que la suture intestinale, bien exécutée, n'est pas une opération grave. Suivant lui, la durée de l'opération n'est pas un facteur dont il faille tenir compte.

M. Chaput admet cependant qu'il existe un certain nombre de contre-indications à la suture intestinale. Les principales de ces indications sont les phlegmons gangréneux graves, la péritonite généralisée, la gangrène du gros intestin.

M. VERNEUIL croit qu'il sera près de s'entendre avec M. Chaput, si celui-ci admet autant de contre-indications à la suture. M. Verneuil tient surtout à ce qu'il soit bien établi que la suture ne doit pas être donnée comme une règle générale de traitement des hernies gangrénées. Il ajoute qu'il est convaincu qu'on perfectionnera encore l'opération de l'anus contre nature. Enfin, dans bien des cas, on pourra commencer par établir un anus contre nature, quitte à recourir ultérieurement à la résection et à la suture. Pourquoi, en effet, ne veut-on plus faire d'opérations en deux temps ?

M. SEGOND se sépare complètement de M. Chaput sur deux points. D'abord, il n'admet pas la gravité de l'anus contre nature que semble vouloir prouver M. Chaput par les statistiques. Celles-ci prouvent tout simplement la gravité des cas dans lesquels on est appelé à faire un anus contre nature et non pas la gravité de cette opération, qui n'a jamais tué personne. Les hernieux, ainsi opérés, meurent en tant que hernieux et non en tant qu'opérés.

Il est une autre opinion émise par M. Chaput, contre laquelle M. Segond proteste énergiquement. C'est, suivant M. Chaput, l'indifférence de la durée de l'opération, au point de vue du pronostic opératoire. Tous les chirurgiens qui font de la grande chirurgie abdominale admettront, avec M. Segond, que la durée de l'opération est un facteur d'une très grande importance, au point de vue du pronostic, et dont il faut tenir grand compte.

RAPPORTS

Cholécysto-entérostomie. — M. MICHAUX fait un rapport sur une observation adressée par M. Ricard. (Sera publiée.)

M. Michaux relate une observation analogue à celle de M. Ricard : il s'agit d'une femme de soixante-quatre ans, qui présentait tous les signes d'une oblitération du canal cholédoque. On sentait la vésicule très volumineuse. La recherche de la glycosurie alimentaire montra le bon fonctionnement de la cellule hépatique. M. Michaux fit la laparotomie dans le but de faire une cholécystostomie, mais comme il existait le long de la colonne vertébrale une plaque indurée qui lui parut être une plaque épithéliale de l'ampoule de Water, il fut obligé de faire une cholécysto-entérostomie, d'aboucher la vésicule à l'intestin grêle. Cette malade, opérée depuis huit jours, va bien jusqu'ici.

A l'occasion de ces faits, M. Michaux émet quelques considérations sur le traitement chirurgical de la lithiase biliaire. Il se demande s'il faut intervenir dans la lithiase biliaire intra-hépatique. M. Michaux incline pour l'intervention hâtive dans presque tous les cas. Il préfère, autant que possible, la cholécystostomie à la cholécysto-entérostomie, cette dernière pouvant plus facilement donner lieu à l'infection consécutive.

Fracture du crâne, ligature de la méningée moyenne. — M. FONTAN (de Toulon) communique l'observation d'un homme qui reçut une grosse pierre sur la tête. Il y eut aussitôt une abondante hémorragie par le nez et les oreilles et le blessé tomba dans le coma. M. Fontan intervient aussitôt. Il trouva une fracture multiple du pariétal avec une hémorragie abondante entre le crâne et la dure-mère. On fait la ligature d'un des troncs principaux de la méningée ; on applique un pansement iodoformé. La température atteint 40 degrés au cinquième jour ; il y a des phénomènes cérébraux, écoulement du liquide céphalo-rachidien par le nez, puis la guérison est obtenue. M. Fontan insiste sur la nécessité d'intervenir très rapidement dans ces cas.

Déplacement du rein ; néphrorraphie. — M. SEGOND fait un rapport sur une observation de M. Walther, relative à une femme de vingt-huit ans, à laquelle M. Segond a fait, il y a quelques années, une néphrorraphie avec dénudation du rein. Les phénomènes douloureux ayant reparu, M. Walther fait une incision lombaire exploratrice. Il constate que la base du rein est restée bien solidement fixée, mais sa moitié supérieure s'est antéfléchie et a versé en avant. M. Walther fait alors une hémi-néphrorraphie supérieure. La malade a bien guéri et ne souffre pas. Cette malade était atteinte d'entéroptose généralisée.

Cette observation montre que la ceinture de Glénard, tout excellente qu'elle est, est insuffisante quand il y a des localisations douloureuses dans le rein. Dans ces cas, la néphrorraphie est indiquée.

Cancer du rectum ; curetage. — M. QUÉNU a, dans un cas, pratiqué le curetage d'un cancer du rectum, comme on pratique celui du cancer de l'utérus. Cette opération lui a donné un bon résultat. On peut ainsi rétablir la perméabilité de l'intestin. Ce curetage peut être pratiqué également à titre d'opération préliminaire, quand on veut ensuite extirper le rectum.

M. BOUILLY a eu recours, il y a quelques années, à cette opération et s'en est bien trouvé. Il propose le curetage systématique de tous les cancers en surface.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 85. — MARDI 24 JUILLET 1894. 67e ANNÉE. MARDI 24 JUILLET 1894. — N° 85.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE.	3 mois : **8 fr. 50.**	— 6 mois : **16 fr.**	— 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE.	3 mois : **10 fr.** »	— 6 mois : **18 fr.**	— 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 23 juillet 1894.

M. Roger montrait, vendredi dernier, à la Société médicale des hôpitaux, le rôle prépondérant et presque exclusif du *pneumocoque* dans les pneumonies qu'il avait observées au cours ou dans la convalescence de l'érysipèle. M. Netter apporte aujourd'hui, à l'appui de la communication de M. Roger, un fait qu'il a constaté depuis longtemps dans ses intéressantes et classiques recherches sur le *pneumocoque*. En recueillant ce microbe dans la salive de divers malades, il avait *été frappé de sa présence très fréquente, et de sa virulence toute spéciale*, chez les convalescents d'érysipèle. Sur 12 inoculations pratiquées chez des animaux avec de la salive d'érysipélateux plus ou moins éloignés de la période d'état, M. Netter trouva 6 fois le pneumocoque, 3 fois le streptocoque, 1 fois le bacille de Friedlander, 1 fois le staphylocoque doré, et 1 fois un micrococque mal défini, sans état civil connu.

Les études bactériologiques nous montrent de plus en plus le rôle des associations microbiennes. Pneumocoques, streptocoques, staphylocoques et autres micrococques, isolés ou syndiqués en chaînettes ou en grappes, s'entendent comme larrons en foire. S'ils ne se jettent pas tous à la fois sur leur malheureuse victime, ils la guettent au passage pour l'attaquer plus sûrement, l'un après l'autre, lorsqu'elle offre moins de résistance, étant épuisée par ses luttes antérieures. Signalons à qui de droit ces associations de malfaiteurs!

Il n'est pas inutile de rappeler, à ce propos, qu'on ne saurait trop se préoccuper, dans toutes les maladies infectieuses, de l'antisepsie buccale et pharyngée, fort à la mode aujourd'hui, et relativement facile à réaliser par de grandes injections d'eau naphtolée, boriquée ou autre, dans la gorge et dans les fosses nasales.

Jusqu'ici le *mal perforant* ne s'observait guère qu'à la plante du pied. M. Letulle vient de le constater dans la bouche d'un de ses malades. Il s'agit d'un tabétique, ancien syphilitique, qui présente sur la voûte palatine, le long de la face interne de la mâchoire supérieure, du côté droit, au niveau des deuxième et troisième molaires, une vaste perforation en entonnoir, qui fait communiquer la bouche avec le nez. Une exploration minutieuse, pratiquée par M. Lermoyez, a montré l'atrophie presque complète du sinus maxillaire, réduit à un simple canal, continuant en haut la perforation. Toutes les dents ont disparu de ce côté, et la portion alvéolaire de l'os est sensiblement atrophiée. Il ne s'agit pas là d'une gomme syphilitique, à laquelle la lésion ne ressemble nullement. Cette hypothèse a, d'ailleurs, été repoussée par M. le professeur Fournier. M. Lermoyez fait remarquer, en outre, que jamais les suppurations ou collections diverses du sinus maxillaire n'ont une évolution semblable. La perforation s'est établie lentement, sans suppuration, sans phlegmon, sans aucun épisode aigu. Le malade s'aperçoit, depuis cinq à six mois, que les boissons et potages passent dans le nez. La muqueuse a le même aspect que sur les parties voisines, mais, au niveau de la perforation et sur ses bords, elle présente une anesthésie complète : analogie frappante avec ce qui se passe dans le mal perforant ordinaire. Il semble donc bien qu'il n'y ait pas autre chose qu'un trouble trophique, justifiant la qualification donnée par M. Letulle à cette singulière lésion. Le malade a d'ailleurs été atteint, cinq fois déjà, de mal perforant plantaire.

M. Marie poursuit ses intéressantes recherches sur le système nerveux et il présente des pièces microscopiques provenant de moelles de diphtéritiques, dans lesquelles, en l'absence de lésions nettes des racines postérieures, il a constaté des altérations très remarquables de certaines parties des cordons postérieurs, immédiatement en dedans et en arrière des racines. Des modifications analogues ont été également constatées, par lui, dans des moelles de cobayes auxquels il avait fait une section nerveuse ou une amputation.

Ces altérations des tubes nerveux s'accusant par la dégénérescence de la myéline, M. Marie pense qu'il s'agit, au début, de lésions rudimentaires très limitées, qui n'atteignent pas tous les filaments du cylindre-axe et ne provoquent aucune modification de la myéline. Au contraire, à mesure que les fibrilles du cylindre-axe se dissocient dans la moelle pour former des tubes plus ténus, les éléments altérés peuvent se trouver isolés dans une gaine de myéline dont ils amènent la dégénérescence, et ainsi se trouveraient mises en lumière des lésions méconnues sur des tubes nerveux plus importants. Les névrites s'accompagne-

raient donc, dans l'immense majorité des cas, pour M. Marie, d'altérations de la moelle, hypothèse qui atteindrait gravement le prestige des névrites périphériques.

M. Lermoyez a beaucoup étudié les tumeurs adénoïdes et l pense, avec quelques auteurs contemporains, que ce terme générique désigne actuellement des affections de nature variée. Deux récentes observations cliniques l'ont amené à croire que quelques-unes de ces lésions sont d'origine tuberculeuse. Dans un cas, on a pu faire la constatation histologique des follicules tuberculeux et la démonstration bactériologique du bacille de Koch. M. Lermoyez insiste sur le danger des opérations qui, en pareille occurrence, semblent provoquer l'infection tuberculeuse. On peut toutefois dire, avec MM. Rendu et Marfan, que les sujets étaient déjà tuberculeux ou qu'il s'est peut-être fait une inoculation tuberculeuse post-opératoire, le nez servant d'asile à tant d'espèces microbiennes !

M. le professeur Hayem reste toujours fidèle à la Société médicale des hôpitaux, et ne dédaigne pas de lui communiquer ses savantes recherches. En même temps que les modifications chimiques du suc gastrique, M. Hayem étudie depuis longtemps les lésions histologiques de la muqueuse de l'estomac. Il a pu établir trois types, suivant que les altérations prédominent sur les glandes, sur le tissu interstitiel, ou intéressent à la fois ces deux éléments. La gastrite parenchymateuse, la gastrite interstitielle, et la gastrite mixte correspondraient, d'après l'auteur, à des types cliniques et chimiques parfaitement définis.

M. Hayem signale particulièrement aujourd'hui les lésions de la gastrite mixte, aboutissant à la transformation de la muqueuse gastrique. Tandis que le tissu cellulaire interglandulaire est le siège d'une inflammation intense, et que les cellules embryonnaires et les leucocytes qui s'y accumulent compriment et déforment les glandes peptiques, celles-ci s'atrophient et disparaissent peu à peu. Les glandes muqueuses deviennent, au contraire, dans toutes les régions de l'estomac, le siège d'une prolifération intense, telle qu'elles tendent partout à se substituer aux glandes peptiques atrophiées. Elles sont non seulement plus nombreuses, mais plus développées qu'à l'état normal; comprimées sur quelques points, elles subissent de véritables dilatations kystiques. M. Hayem a d'ailleurs apporté à l'appui de sa description de très belles préparations histologiques sur lesquelles on peut suivre ces altérations, qui aboutissent progressivement à une véritable destruction de la muqueuse gastrique, en la privant de ses parties essentielles, les glandes peptiques.

NOTE SUR UN CAS DE CHOLÉCYSTO-ENTÉROSTOMIE

Par M. le docteur Ricard.

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris, Chirurgien des hôpitaux.

Les indications du traitement chirurgical des affections hépatiques sont loin d'être nettement posées. Actuellement, on ne peut que réunir des faits, et il est impossible, dans bien des cas, de tirer une conclusion ferme et définitive.

C'est à titre de document, et pour servir à l'histoire chirurgicale des affections du foie, que nous communiquons le fait suivant :

Une dame S..., de quarante-neuf ans, vint me consulter en juin 1893. Elle ressentait dans le côté droit des douleurs sourdes, presque constantes, et de temps en temps quelques petites crises aiguës passagères. La digestion était bonne, la santé générale parfaite. Mais la palpation de l'hypocondre droit faisait découvrir un foie volumineux et une vésicule biliaire distendue régulièrement : sa base accessible avait le volume d'une petite mandarine. La palpation de cette vésicule déterminait de légères douleurs.

La malade avait eu, il y a une dizaine d'années, une crise de coliques hépatiques avec ictère passager. Depuis, elle n'avait jamais rien ressenti du côté du foie. Je prescrivis un traitement purement médical, et je priai la malade de revenir se soumettre à mon examen, si quelque chose de nouveau survenait. Je ne revis cette malade que trois mois après, à la fin d'octobre.

A ce moment, son état général était devenu mauvais, l'appétit à peu près complètement disparu, le lait était la seule alimentation relativement tolérée. Il y avait de fréquentes nausées, les vomissements étaient rares ; mais la malade était maigre. Un teint cachectique avec une teinte légèrement jaune des conjonctives. La distension vésiculaire était considérable. La base de la vésicule, beaucoup plus volumineuse que le poing, était très sensible à la pression. Le foie était volumineux et dépassait de trois travers de doigt les fausses côtes.

Je décidai la malade à accepter une intervention. Mais l'opération fut rejetée à une dizaine de jours plus tard, après la Toussaint. Pendant ce temps, l'état général s'était singulièrement aggravé, l'amaigrissement était notable, l'inappétence absolue. Il y avait eu quelques frissons. La température, le soir, s'élevait au-dessus de 38 degrés; mais ce qui frappait le plus, c'était la teinte ictérique, verdâtre, très foncée des téguments. Les matières fécales étaient absolument décolorées.

Nous pensâmes qu'il s'agissait bien d'une obstruction du cholédoque avec rétention biliaire, et les antécédents de colique hépatique nous firent espérer que l'affection était de nature calculeuse.

Après anesthésie et incision verticale sur le bord externe du muscle grand droit, sur la partie saillante et culminante de la vésicule, j'arrivai facilement sur le foie et son réservoir biliaire. Au premier aspect, je crus qu'il s'agissait d'une lésion néoplasique du foie et de la vésicule. Le foie était volumineux, bosselé, de couleur violacée, avec des plaques saillantes, irrégulières et blanches. La vésicule présentait le même aspect, elle était enfouie au milieu d'adhérences, et sa base visible présentait ces plaques blanchâtres que nous avions observées sur le foie. Sa consistance est ferme et irrégulière, non fluctuante. Une ponction faite avec un trocart, permet de retirer un peu de mucosité noirâtre. La pointe du trocart est libre, dans une grande cavité où elle se meut aisément. Nous incisons alors sur le point ponctionné, et il sort une quantité considérable de petits calculs biliaires polyédriques, du volume d'un grain de chénevis, en suspension dans du mucus filant. La quantité de calculs qui sortit spontanément et qui fut extraite, peut être évaluée à plus d'un litre. La toilette de la cavité fut faite avec soin. L'exploration du canal cystique et cholédoque ne nous montra aucun calcul inclus; le cathétérisme ne put être fait. Notons qu'au milieu des petits calculs, nous retirons une vingtaine d'autres calculs, du volume d'une noisette.

Une anse d'intestin grêle, prise au voisinage de la vésicule, fut amenée et incisée, mais la suture fut des plus pénibles. La constriction des fils, même modérée, déchirait le tissu enflammé et épaissi de la vésicule, et malgré toute notre attention, tout le soin désirable, il fut impossible de faire la suture régulièrement méthodique, telle qu'elle est

prescrite. Nous dûmes placer les fils là où ils tenaient, à longue distance parfois de l'incision de la vésicule. Mais en doublant notre incision d'un cercle d'épiploon, nous pûmes faire une occlusion, non pas idéale, mais que l'avenir nous démontra avoir été hermétique.

Les suites opératoires furent des plus simples : ni fièvre, ni douleur. Le sommeil vint spontanément, pendant les premiers jours les selles furent légèrement colorées; la teinte ictérique devint moins foncée, et l'on put croire un moment que le succès thérapeutique allait suivre le succès opératoire. Il n'en fut rien. Après une période d'amélioration qui dura trois semaines environ, jusqu'à la fin de novembre, les choses revinrent en l'état en décembre. Le foie resta gros, la teinte jaune verdâtre des téguments s'intensifia, et vers la fin de décembre, deux mois après l'opération, la malade s'affaiblit de plus en plus et mourut. Dans les deux ou trois derniers jours, la fièvre fut fort intense et atteignit 40 degrés de température. Des vomissements très abondants de sang noir, des épistaxis rebelles, des ecchymoses sous-cutanées, marquèrent les derniers moments.

Nous avons cru utile de rappeler cette observation qui, au point de vue chirurgical, présente quelques particularités.

Cette distension de la vésicule était, fait rare, d'origine calculeuse, et s'accompagnait de lithiase des voies biliaires supérieures.

La question qui se pose, après la connaissance de ce fait, touche à des points différents et soulève les questions suivantes :

1° Quels sont les signes cliniques qui permettent de reconnaître cette variété de lithiase hépatique?

2° Cette affection reconnue, convient-il de recourir à une intervention chirurgicale?

3° Dans l'affirmative, à quelle variété d'intervention convient-il d'avoir recours?

MÉDECINE MILITAIRE

Le « Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires ».

Si les médecins de la réserve et de l'armée territoriale ont des connaissances parfois assez étendues sur l'organisation générale du service de santé, il est une chose qu'ils ne connaissent pas pour la plupart, c'est la façon de formuler les prescriptions médicamenteuses, conformément au formulaire militaire. Il est cependant nécessaire qu'ils connaissent ce formulaire, non seulement parce qu'il fait partie des ouvrages réglementaires, mais surtout parce que les médicaments mis à la disposition des médecins, en temps de guerre, seront préparés et dosés d'après les données émises dans cet ouvrage.

La dernière édition du *Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires* date de 1890; elle a été approuvée par décision ministérielle du 26 mars, après avis du Comité technique de santé. Contrairement à ce qui arrive pour les ouvrages similaires utilisés dans la pratique civile, l'édition de 1890 est moins volumineuse et moins compacte que les précédentes, en particulier que celle de 1870.

Le Formulaire des hôpitaux militaires n'est pas seulement un manuel de formules, c'est à proprement parler un code pharmaceutique doublé d'un traité des falsifications et des expertises chimiques. Tout ce qui a trait à l'histoire générale des médicaments, à leur préparation, à leurs usages, à leurs effets toxiques, y est étudié en détail.

L'ensemble de l'ouvrage est divisé en cinq parties et dans chacune des trois premières, les médicaments ont été étudiés dans l'ordre alphabétique.

La *première partie* est consacrée à l'étude de la *matière médicale*; les drogues qui y figurent sont réparties en deux sections; la première comprend les substances qui entrent dans l'approvisionnement des hôpitaux; la seconde, celles dont l'emploi est spécial aux pharmacies d'approvisionnement. Cette disposition, outre la clarté qui en résulte, a permis de réduire la deuxième section à une simple nomenclature.

La *deuxième partie* est réservée à l'étude des médicaments que le service de la pharmacie tient toujours préparés d'avance, en prévision des besoins de la médecine. Les formules de ces médicaments ne peuvent être changées dans aucun cas; ceux-ci doivent être inscrits sur les relevés (modèle n° 51) et sur les bons (modèle n° 50) de médicaments des hôpitaux militaires avec la dénomination exacte qui leur est donnée dans le formulaire. Les *préparations officinales* qui gagnent à être exécutées en grand, sous le rapport de la qualité et de l'économie, sont préparées par les pharmacies d'approvisionnement; ces médicaments sont, dans le formulaire, suivis des lettres P. A. Les compositions qui, au contraire, n'exigent pas d'outillage particulier, sont préparées dans chaque hôpital.

Dans la *troisième partie*, sont passées en revue les *préparations extemporanées*.

Les formules magistrales sont données comme modèles sanctionnés par l'expérience; ce chapitre renferme les formules que l'on emploie le plus fréquemment dans les hôpitaux militaires. Les médecins traitants ont le droit de les modifier quant à la dose des médicaments actifs, mais il leur est recommandé de ne pas le faire sans nécessité. Ainsi que le disait avec raison le pharmacien-inspecteur M. Coulier, « les formules complexes et la polypharmacie sont déplacées dans les hôpitaux militaires, dont elles compliquent stérilement le service ». Nous ferons, à propos des préparations extemporanées, remarquer que les bains médicamenteux y sont compris et qu'une réglementation spéciale est en vigueur relativement à la prescription des bains de sublimé : le pharmacien ne doit délivrer la solution toxique qu'au médecin aide-major de service qui doit la verser lui-même dans la baignoire.

La quatrième et la cinquième partie du formulaire constituent, en quelque sorte, le complément de l'ouvrage.

Dans la *quatrième partie*, on a groupé : 1° Une note relative au *choix* et à la *conservation* des *substances médicinales*;

2° Un résumé des dispositions réglementaires (art. 220, 221 et 222 du règlement sur le service de santé à l'intérieur) ayant trait à la *préparation*, à la *livraison* et à la *distribution des médicaments*. Il est absolument défendu aux infirmiers de la pharmacie de préparer aucun médicament; la préparation des médicaments officinaux se fait sous la direction et la surveillance du pharmacien. Les médicaments liquides destinés à l'usage externe doivent être délivrés dans des fioles ou dans des flacons en verre coloré, à l'exclusion des bouteilles à vin ordinaires. Une étiquette rouge doit toujours être collée sur le récipient dans le but d'éviter toute erreur et, par suite, tout accident. Les médicaments internes sont distribués, le cahier de visite en main, et en présence de

l'aide-major, par l'infirmier de visite chargé des relevés de médicaments. Dans chaque service ou division, chaque médecin traitant a, à sa disposition, un certain nombre de médicaments dont les récipients sont placés dans une boite à compartiments, désignée sous le nom d'appareil de chirurgie. Les médicaments doivent y être disposés avec ordre et soigneusement étiquetés. Dès que la visite est terminée, les substances toxiques doivent être déposées dans une armoire fermée à clé;

3° Une note sur la tenue de l'*armoire aux poisons*. Dans les hôpitaux, comme dans les corps de troupe, l'armoire aux poisons doit être placée dans un endroit bien éclairé; ses parois doivent être en bois et pleines, ou vitrées et grillagées. Dans les hôpitaux où il n'y a pas de pharmacien de garde, une armoire contenant les médicaments d'urgence est laissée à la disposition des médecins;

4° La liste des médicaments contenus dans l'*armoire pour le service de garde*; ces substances sont celles que chacun connaît (morphine en paquets et en solution hypodermique, éther, ipéca, émétique, chloroforme, quinine, doses pour la potion de Rivière, etc.);

5° La liste des médicaments contenus dans l'*armoire aux contrepoisons*, laquelle contient, en outre, un tube de Faucher. Cette armoire, de même que celle pour le service de garde, n'existe que dans les hôpitaux;

6° Une instruction détaillée pour les *cas d'empoisonnement*. Dans les formulaires en usage avant 1884, les indications relatives aux empoisonnements étaient éparses dans le texte du formulaire. Pour rendre les recherches plus faciles et plus rapides, il a été dressé un tableau alphabétique où l'on trouve, en face du nom de chaque substance toxique, les doses maxima, la nature des effets, les contrepoisons et les soins à donner;

7° La nomenclature des *réactifs chimiques*, autres que ceux qui figurent dans la matière médicale.

La *cinquième partie* du Formulaire ne comprend pas moins d'une centaine de pages; elle a pour titre : *Instruction générale* et *documents* relatifs au service de santé des armées. On y a réuni tous les documents techniques qui peuvent être utilisés par les médecins et pharmaciens, pour les analyses ou expertises.

Les procédés d'analyse qualitative et quantitative, de l'eau et d'hydrotimétrie sont exposés en première ligne; l'étude des méthodes d'examen et d'analyse est complétée par une instruction émanant du comité consultatif de santé des armées, au sujet des moyens à employer pour corriger l'insalubrité de l'eau à boire en campagne et dans les expéditions. Après l'eau sont étudiés le vin, les eaux-de-vie, l'absinthe, le vinaigre, avec indication des procédés de dosage des principaux éléments de ces liquides.

L'examen des aliments solides étant aussi délicat que celui des aliments liquides, la commission de rédaction du formulaire n'a pas craint de donner tous les développements nécessaires à l'exposition des caractères généraux des blés, des farines, du pain, du biscuit et des viandes. Les chapitres consacrés au pain et à la viande constituent de véritables monographies. Le lait, le beurre, le saindoux, etc., sont, eux aussi, étudiés en détail.

Une innovation importante à noter dans la dernière édition du Formulaire, est l'addition d'un résumé d'analyse des urines. On sait aujourd'hui, quelle importance les cliniciens donnent à la connaissance exacte des éléments normaux et anormaux de l'urine, et il était de toute nécessité que les médecins et pharmaciens militaires pussent trouver dans leur formulaire tous les renseignements nécessaires. Les procédés de recherche et de dosage de l'albumine et du glucose, de constatation de la bile, de détermination des sédiments de nature organisée ou minérale, sont exposés aussi complètement et aussi clairement qu'il est possible.

En résumé, le *Formulaire pharmaceutique des hôpitaux militaires* est une encyclopédie à l'usage des praticiens de l'armée; cette encyclopédie est condensée, elle présente les qualités de brièveté et de concision des règlements militaires; ce qui ne l'empêche nullement d'être mise en harmonie avec les progrès de la science (1).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 18 juillet 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

M. ROUTIER rappelle que, dans la dernière séance, M. Michaux a dit que, dans le cas de lithiase biliaire, la cholécystotomie était préférable à la cholécysto-entérostomie. Dans cette dernière opération, l'infection des voies biliaires était possible. M. Routier communique deux observations qui confirment cette opinion.

Dans le premier cas, il s'agit d'une femme qui, depuis six mois, présentait un ictère chronique avec amaigrissement. Pas de tuméfaction de la vésicule biliaire. Les selles étaient décolorées et le cholédoque devait être bouché. La malade avait des coliques hépatiques subintrantes avec accès de fièvre et vomissements. M. Routier fait la laparotomie, trouve le côlon très adhérent au foie, libère quelques adhérences et trouve la vésicule sous forme de petit cul-de-sac blanchâtre. En examinant la région du cholédoque, il trouve un calcul engagé dans le canal, calcul qu'on peut repousser en haut dans la vésicule. Il ouvre celle-ci et extrait le calcul. Le cathétérisme des voies biliaires ne donne aucun résultat. Il se contente de faire la cholécystotomie. Les suites opératoires sont bonnes. Pendant un mois et demi, il s'écoule par la fistule biliaire une grande quantité de bile; mais l'ictère persiste et les matières restent décolorées. Puis, brusquement, la fistule biliaire se ferme, la bile s'écoule librement et l'ictère disparaît.

Dans le second cas, il s'agit d'une malade atteinte de coliques hépatiques et d'un ictère chronique. Elle présente des douleurs vives à la palpation de la région de la vésicule biliaire. Elle avait des accès de fièvre. La laparotomie permet de reconnaître un foie rétracté sous les fausses côtes. Des fausses membranes masquaient le champ opératoire. On tombe sur une petite saillie qui semble être la vésicule; on l'ouvre, et il s'écoule une petite quantité de liquide, plus deux gros calculs. Le cathétérisme des voies biliaires est impossible. On se contente de faire la cholécystotomie. Les suites opératoires sont bonnes. Il s'écoule par la fistule une quantité considérable de bile; mais l'ictère persiste, les matières restent décolorées. Puis, un mois après environ, la plaie se ferme et la bile passe dans l'intestin.

M. TERRIER fait observer que, dans l'observation de M. Ricard, il y avait tout à la fois, chez sa malade, distension de la vésicule et présence de calculs. C'est là un fait en

---

(1) A propos du *Formulaire pharmaceutique*, nous rappellerons à nos confrères que les infirmeries vétérinaires de l'armée reçoivent leurs approvisionnements du service de santé et que, par conséquent, les substances employées en médecine vétérinaire sont mentionnées dans le formulaire.

contradiction avec ce qui est généralement admis; toutefois il n'en est pas moins exact et, pour sa part, M. Terrier en a signalé un exemple à l'Académie et en possède actuellement un autre dans son service. Il signale également une particularité, qu'il a observée chez ses malades, c'est l'hypertrophie des parois de la vésicule, que M. Ricard a aussi notée. Cela mérite une attention particulière.

En effet, dans certains cas d'obstruction biliaire, il n'y a pas de calculs; on sait aussi que les phénomènes d'obstruction peuvent persister pendant quelque temps après l'extraction des calculs. C'est ce que M. Routier a signalé dans ses observations. Or, dans ces circonstances, il n'est pas douteux qu'il y ait inflammation des voies biliaires et que l'on ait alors affaire à une obstruction, d'origine inflammatoire. Tantôt elle persiste plus ou moins longtemps, puis avec sa disparition reparaissent la perméabilité des canaux et le passage de la bile dans l'intestin; parfois elle s'accompagne de phénomènes intenses infectieux, qui peuvent être invoqués comme l'une des causes de la mort.

Quoi qu'il en soit, on ne doit pas désespérer de la guérison, lorsque, après l'extraction des calculs, le cours normal de la bile ne se rétablit pas immédiatement et il est inutile de tenter le cathétérisme des voies biliaires.

M. Michaux a discuté le diagnostic de la lithiase des voies intra-hépatiques, sur lequel on ne sait encore rien de précis. Quant au traitement que M. Michaux réduit à deux opérations, cholécysto-entérostomie et cholécystotomie, M. Terrier estime qu'il n'est pas aussi restreint et qu'on aurait tort de faire table rase de la cholédochotomie et de la cholécystectomie, parfois nettement indiquées.

M. QUÉNU dit que, dans un certain nombre de cas, on n'a pas le choix de l'opération et, lorsque la cavité de la vésicule est très petite et rétractée, il peut être impossible de songer à faire une cholédocystotomie ou une cholécysto-entérostomie; on ne doit donc pas limiter à ces seules opérations le traitement chirurgical et il faut tenter l'ablation de la vésicule ou la cholédochotomie.

Il rapporte l'observation d'une malade qui présentait les symptômes de l'obstruction biliaire, déterminée par un calcul engagé dans le canal cholédoque; il a pu facilement l'extraire par l'incision du canal et, tout d'abord, les suites ont été favorables; mais le quatrième jour cette malade a été prise de fièvre, d'agitation et de vomissements teintés de sang; le cinquième jour elle succombait. A l'autopsie, on a trouvé le canal cholédoque rempli de sang coagulé, provenant des lèvres de l'incision et ayant ainsi déterminé une nouvelle obstruction mécanique. Quand à la vésicule et au canal cystique ils ne mesuraient que 15 millimètres d'étendue.

En ce qui concerne le diagnostic, M. Quénu croit, comme M. Terrier, qu'il est actuellement difficile de le préciser; il en a encore eu dernièrement la preuve sur une femme, dont les accidents faisaient plutôt penser à une affection calculeuse. La laparotomie a fait découvrir, sur le trajet du canal cholédoque, une petite tumeur que le microscope a révélée de nature cancéreuse.

M. NÉLATON, à l'appui de la disparition des accidents, par suite de l'ouverture seule de la vésicule, rappelle l'histoire d'une femme chez laquelle il avait constaté de la rétention biliaire. La vésicule contenait des calculs en telle quantité qu'il en a extrait 145; il a même dû en laisser quelques-uns pour ne pas prolonger l'opération qui avait déjà été longue et il a fait une bouche cutanée. Deux jours après, la bile reprenait son cours normal et sa malade a guéri, quoiqu'elle ait conservé une petite fistule muqueuse.

RAPPORT

Traitement des fistules recto-uréthrales. — M. TH. ANGER fait un rapport sur une observation adressée par M. Lejars. Il s'agit d'un garçon de cinq ans qui, opéré à la naissance d'une imperforation anale, présentait une fistule recto-uréthrale. Les urines passaient en partie par le rectum et des matières fécales se trouvaient mélangées à l'urine. L'examen direct faisait constater une fente entre les plis de la face antérieure du rectum et une bougie introduite par cette fente s'engageait dans la région membraneuse. M. Lejars dédoubla le périnée par une incision transversale, puis fit la suture isolée des perforations rectale et uréthrale. La sonde uréthrale, mal tolérée, dut être enlevée dès le lendemain de l'opération. Le dixième jour, il passait de nouveau des matières fécales avec l'urine. Une deuxième tentative échoua. Dans une troisième opération, M. Lejars fit un décollement large du périnée, ferma par un surjet de soie les orifices rectal et uréthral, et laissa la plaie périnéale ouverte, se contentant de la bourrer de gaze iodoformée. Une sonde à demeure fut laissée en place quatorze jours. Le malade guérit.

PRÉSENTATION DE MALADE

Désarticulation du genou. — M. BERGER présente un malade auquel il a pratiqué la désarticulation du genou pour un ulcère circulaire de jambe. Les lésions cutanées remontant assez haut, il a dû enlever la rotule. Quoique l'incision ait été circulaire, la cicatrice est postérieure.

M. OLLIER, dans ces cas, pour avoir au-devant des os un tégument plus épais, conserve tous les tissus fibreux et n'enlève que les os.

M. DELORME fait observer que le malade de M. Berger porte un appareil qui prend point d'appui sur l'ischion, c'est là, suivant lui, une complication inutile. Le grand avantage de la désarticulation du genou est de donner un moignon sur lequel le malade peut s'appuyer.

M. PEYROT a pratiqué quatre fois la désarticulation du genou et ses malades ont marché sur de simples pilons.

M. POLAILLON a de même opéré un malade qui marchait très bien sur le bout du moignon.

M. BERGER répond à M. Ollier qu'il a précisément fait à la rugine une désarticulation sous-capsulo-périostée. S'il a appliqué chez son malade un appareil, c'est qu'il peut ainsi fléchir le genou, et d'ailleurs il ne tient pas, pendant les premiers temps, à le faire appuyer sur son moignon.

ÉLECTION

M. Ricard est nommé membre titulaire de la Société par 24 voix sur 25 votants.

La séance est levée.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

Première session — Lyon 1894.

La chirurgie et la plupart des spécialités médicales et chirurgicales possèdent maintenant, en France, des Congrès périodiques, seule la médecine interne en est encore dépourvue.

Un certain nombre de professeurs ou agrégés de la Faculté de médecine et de médecins des hôpitaux de Lyon ont pensé qu'ils pourraient prendre l'initiative de combler cette lacune à l'occasion de l'Exposition internationale qui se tient cette année dans notre ville. Après s'être assuré l'appui d'un grand nombre de leurs confrères lyonnais, l'assentiment et l'adhésion de quelques-uns de leurs collègues de toutes les autres Facultés et de quelques Écoles de médecine, ils ont nommé un Comité d'organisation chargé de convoquer à Lyon, pour le 25 octobre prochain, la première session de ce Congrès. Cette date a été choisie pour rapprocher cette réunion de celle du Congrès de l'enseignement supérieur qui s'ouvrira à Lyon, le 29 du même mois.

Le comité d'organisation se bornera à préparer et à assurer la réunion de la première session, laissant au Congrès lui-même le soin d'adopter ses statuts définitifs et de trancher notoirement toutes les questions que soulèvent sa périodicité et le siège de ses réunions ultérieures. La seule langue du Congrès sera le français, mais notre intention est, à l'exemple du Congrès de chirurgie, d'ouvrir le Congrès à tous les médecins de langue française, et, de plus, aux médecins de toutes les nationalités, désireux de faire une communication en français.

Un nouvel avis fera connaître les détails de l'organisation du Congrès ; la cotisation en est fixée à 20 francs. Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues, dès à présent, par tous les membres du comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier, et les titres des communications au secrétaire général.

POUR LE COMITÉ D'ORGANISATION :

Le président, GAILLETON, maire de Lyon, professeur à la Faculté de médecine ; — les vice-présidents, MAYET et SOULIER, professeurs à la Faculté de médecine ; — le secrétaire général, BARD, agrégé, médecin des hôpitaux, rue de la République, 30 ; — le trésorier, LANNOIS, agrégé, médecin des hôpitaux, rue Saint-Dominique, 14 ; — les secrétaires, DEVIC, agrégé, médecin des hôpitaux ; PIC, médecin des hôpitaux, et COLLET, interne des hôpitaux.

PRÉFECTURE DE POLICE

SERVICE MÉDICAL DE NUIT DANS LA VILLE DE PARIS

Statistique du 1er avril au 30 juin 1894.

Par MM. les docteurs PASSANT et ROUILLARD.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	25	21	1	47
2e	16	22	1	39
3e	35	35	14	84
4e	39	70	22	131
5e	29	39	15	83
6e	20	31	4	55
7e	10	30	6	46
8e	5	6	2	13
9e	15	19	2	36
10e	25	41	15	81
11e	115	170	61	346
12e	30	50	31	111
13e	79	102	36	217
14e	65	83	38	176
15e	66	112	35	213
16e	17	17	4	38
17e	49	65	15	129
18e	117	179	78	374
19e	114	103	48	265
20e	146	259	101	506
	1017	1454	519	2990

La moyenne des visites par nuit est de 32,8. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 38,5.

Les hommes entrent dans la proportion de 34,6 p. 100.
Les femmes — — 48,6 —
Les enfants au-dessous de trois ans 16,8 —

Visites du deuxième trimestre de 1893. . . .	3 472
Visites du deuxième trimestre de 1894. . . .	2 990
Différence en moins.	522

MALADIES OBSERVÉES

Maladie	Nombre
A. Angines et laryngites	217
Croup	43
Coqueluche	13
Ophtalmie	5
Corps étranger de l'œsophage	3
B. Asthme	42
Affections du cœur	106
Bronchites aiguës et chroniques	248
Pleuro-pneumonie	168
Congestion pulmonaire	55
Grippe et influenza	49
C. Affections et troubles gastro-intestinaux	368
Dysenterie	42
Athrepsie	28
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines	67
Hernie étranglée	25
Rétention d'urine	13
Affections des organes génitaux	10
D. Métrite, métro-péritonite	73
Métrorragie	75
Fausse couche	74
Accouchement, délivrance	175
Accouchements non terminés	24
E. Affections cérébrales	112
Convulsions, éclampsies	83
Névralgie	86
Névroses	93
Epilepsie	33
Aliénation mentale	7
Alcoolisme, delirium tremens	26
F. Rhumatisme	30
Affections éruptives	186
Fièvre intermittente	32
Fièvre typhoïde	26
Hémorragies de causes internes et externes	88
Érysipèle	14
G. Plaies, contusions, abcès	123
Fractures, luxations, entorses	25
Brûlures	2
Empoisonnements	18
Asphyxie par le charbon	4
Suicide	9
H. Mort à l'arrivée du médecin	70
Total	2990

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 7 juin 1894, ont reçu les récompenses suivantes pour leur dévouement pendant l'épidémie cholérique qui a sévi, en 1893, dans le département de Constantine :

Médaille d'or. — M. le docteur Soulié (d'Alger).

Médailles de vermeil. — MM. Gautier, interne à l'hôpital de Constantine ; Ali bou Derba, médecin à Alger ; Pierre, médecin des colonies à Condé-Surendon ; de Labrousse, médecin des colonies à Guelma.

Médailles d'argent. — MM. Parrot, interne, et Jamot, infirmier à l'hôpital civil de Constantine.

Médailles de bronze. — MM. Maurin, Collin, Bossion, N'Guyen, Kac Can, internes à l'hôpital de Mustapha ; Peyret-Dortail, médecin des colonies à Montagnac ; Chassaigne, médecin des colonies à Chateaudun-du-Rhumel.

Mention honorable. — Mlle Calcuti, infirmière à l'hôpital civil de Bône.

— Par décision ministérielle, en date du 11 juillet 1894, ont reçu pour leur dévouement à l'occasion de l'épidémie typhoïdique de Poitiers :

Médaille d'argent. — Mme Vergez, en religion sœur Saint-Maixent, de l'ordre des Filles de la Sagesse.

Médailles de bronze. — MM. Jadeau, infirmier auxiliaire au 33e d'artillerie ; Leroux, infirmier de visite à la 9e section, et Bonnet, infirmier stagiaire au 125e d'infanterie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Le dernier mot n'est pas dit sur les meilleurs procédés de désinfection des locaux. On a pu croire jusqu'ici qu'une bonne pulvérisation, à la lance, d'une solution de sublimé à 2 p. 1000 suffisait pour débarrasser les murailles des microbes pathogènes. Tel n'est pas l'avis de M. Laveran, qui, à la suite d'expériences nombreuses et concluantes, a démontré, à l'Académie, que la pulvérisation, telle qu'on la fait couramment, ne suffit pas pour détruire les agents infectieux. Il faut traiter les murs des locaux infectés, comme le chirurgien doit traiter ses mains avant de pratiquer une opération, c'est-à-dire les laver d'abord soigneusement avec une solution savonneuse, puis ensuite avec la solution antiseptique. M. Laveran recommande de recourir d'abord à une solution d'acide phénique à 5 p. 100, puis à la solution de sublimé à 2 p. 1000. Pour rendre cette désinfection absolument pratique, il faudrait, dans tous les locaux exposés à de fréquentes souillures, tels qu'hôpitaux, casernes, chambres d'hôtel, asiles, ateliers, etc., n'avoir que des parois imperméables. La question est assez importante pour mériter toute l'attention des hygiénistes. Il ne faudrait cependant pas croire que la désinfection, telle qu'elle est actuellement pratiquée par le service municipal, soit inefficace. M. Dujardin-Beaumetz a rappelé à ce sujet, fait en somme très rassurant, que depuis deux ans que ce service de désinfection fonctionne régulièrement à Paris, les épidémies locales, les épidémies de maisons sont toutes promptement arrêtées. Le mieux étant quelquefois l'ennemi du bien, il ne faudrait donc pas renoncer aux mesures actuellement en vigueur, sous prétexte qu'il y aurait mieux à faire, ce mieux, dans bien des cas, pouvant être impraticable.

A propos de la communication, faite dans la dernière séance par M. Lancereaux, sur les relations du paludisme et de l'angine de poitrine, M. Le Roy de Méricourt a maintenu son opinion en la confirmant de celle de sir Fayrer, à savoir que l'infection malarienne ne saurait être considérée comme la cause directe de l'aortite et de l'angine. M. Lancereaux, de son côté, maintient que ce qu'il a vu a été bien vu.

Plusieurs communications ont été faites à l'Académie. Signalons la présentation, par M. Monod, d'un homme qui a été guéri d'un anévrysme siégeant sur la troisième portion de la sous-clavière, par la ligature simultanée de la sous-clavière au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive ; une communication de M. Maurel sur la pathogénie des inflammations mercurielles des muqueuses ; un rapport de M. Chauvel sur un travail de M. Forgue (de Montpellier) relatif à la rhinoplastie totale avec support métallique ; signalons enfin un rapport de M. Albert Robin, au nom de la Commission permanente des eaux minérales, émettant les vœux suivants qui ont été votés par l'Académie :

« 1° Il doit être sursis à l'autorisation de toutes les eaux minérales qui ont subi le décantage ou la gazéification ;

2° Chaque demande en autorisation doit être accompagnée d'un certificat du service des mines (ou du service compétent à l'étranger) attestant que l'eau n'est soumise à aucune opération de décantage ou de gazéification. Le pétitionnaire, dans la demande qu'il formulera au ministre, prendra l'engagement de ne faire subir à l'eau minérale aucune de ces manipulations.

Seront seuls tolérés les réservoirs d'amenée hermétiquement clos, recueillant directement l'eau et les gaz à la sortie de la colonne ascensionnelle et faisant, en quelque sorte, partie intégrante du captage. L'eau ne devra pas séjourner plus de vingt-quatre heures dans ces réservoirs. Les bouteilles devront être stérilisées par un procédé efficace et l'embouteillage devra être fait avec toutes les précautions permettant d'éviter les causes de pollution.

Notification de ces nouvelles dispositions devra être faite aux sourciers déjà autorisés. Les propriétaires auront un délai de trois mois pour faire subir à leur installation les modifications que comporte la présente délibération. »

HOPITAL RICORD. — M. Charles MAURIAC.

Hygiène dans le traitement de la syphilis.

I

Dans le traitement de la syphilis, comme dans celui de toutes les maladies chroniques, l'hygiène occupe une place importante, quelquefois de premier ordre, et contribue souvent, dans une large mesure, au succès de la médication spécifique. Aussi doit-elle être, de la part du médecin et surtout du malade, l'objet d'une attention continuelle.

Après avoir étudié le tempérament de nos patients, leurs tendances morbides, les qualités bonnes, mauvaises ou médiocres de leur constitution, leurs affinités diathésiques, leurs antécédents héréditaires, etc., il faut nous imposer une autre tâche d'où découleront les conseils hygiéniques que nous aurons à leur donner. Cette tâche consiste à faire une enquête aussi détaillée et aussi précise que possible sur leurs habitudes et leur régime, leur profession, leur métier, l'emploi de leur temps, etc. Nous nous efforcerons de deviner leurs défauts et leurs vices ou même les inclinations qui, sans s'élever jusque-là et tout en restant innocentes dans l'état normal, peuvent devenir nuisibles ou contrarier le traitement.

N'exagérons rien cependant. Peut-être la syphilis est-elle, en prenant la moyenne des cas à l'époque actuelle, la maladie qui exige le moins de sévérité quand il s'agit des grandes prescriptions de l'hygiène. La plupart de nos malades peuvent continuer, sans aucun préjudice pour eux, leur train de vie habituel, pourvu qu'il soit exempt de tout excès capable de compromettre la santé générale. Il n'est pas nécessaire de leur infliger un régime spécial et restreint, comme aux blennorragiens par exemple. C'est ce qui fait qu'on en voit beaucoup, parmi ceux à qui la syphilis a été douce, qui la maudissent beaucoup moins que la blennorragie et évoquent en sa faveur maintes circonstances atténuantes.

Toutefois, sans nous montrer trop rigoristes, ne négligeons jamais de faire ressortir la nécessité de mener, quand on est infecté par la syphilis, une vie systématiquement réglée en ce qui concerne les heures des repas, le temps du sommeil, l'exercice de toutes les fonctions et, en particulier, de celles des organes génitaux, les dangers de tout surmenage intellectuel ou physique. Il faut faire comprendre aux syphilitiques que ce qui est particulièrement nuisible pour eux, ce sont les veilles prolongées, l'abus des liqueurs fortes et du tabac, les excès de table ou une alimentation malsaine et insuffisante, un air vicié, et principalement les préoccupations, les chagrins, la dépression morale produite par une peur exagérée de leur mal, c'est-à-dire par la syphiliophobie, sans compter toutes les influences provenant de causes si multiples et si variées qui s'attaquent au système nerveux dans les grandes villes.

Beaucoup d'améliorations chez nos malades sont dues à une bonne hygiène plus encore qu'au traitement spécifique. Combien de fois n'en ai-je pas vu des exemples frappants dans mon service! Que de malheureux syphilitiques, épuisés par la misère, minés par des excès de toutes sortes, ressuscitent en quelques jours dans nos salles, où ils trouvent le calme, le repos, une nourriture appropriée à leur état, la propreté, une sorte de bien-être physique et de réconfort moral qui leur donne espoir et confiance, en leur faisant sentir qu'ils ne sont plus emportés à la dérive par toutes les mauvaises chances de la vie!

Autrefois les pauvres syphilitiques du XVe et du XVIe siècle subissaient la tyrannie d'un régime d'où on excluait les substances qui passaient alors pour incrassantes, inviscantes, obstruantes, susceptibles d'exagérer la pituite, d'épaissir et de vicier les humeurs, telles que les viandes noires, la venaison, les gibiers à plume, les poissons, le vin rouge, etc. On proscrivit même les œufs, le lait, le fromage. Que pouvait-on bien leur donner? Des raisins secs, des pruneaux, du pain, de l'eau, un peu de vin blanc, et, qui le devinerait? des petits poissons rouges cuits sur le gril!

Plus tard, on coupa court aux embarras que pouvait causer cette sélection d'aliments dans un ordre si restreint, par un parti pris radical : celui d'*affamer* les malades. Et puis la réaction contre cette diète excessive fit tomber dans l'abus des suralimentations en tous genres, comme qualité et comme abondance, pour réparer l'épuisement produit par la syphilis.

Aujourd'hui, nous sommes beaucoup plus raisonnables : nous laissons les syphilitiques qui sont, d'ordinaire, et qui restent des hommes bien portants, se nourrir comme tout le monde. Nous ne changeons rien à leur régime, s'il est dans une bonne moyenne de sobriété reconstituante et simple. Quand il nous paraît insuffisant ou défectueux, nous le corrigeons dans ces deux sens; et s'il est, au contraire, trop riche et trop succulent, nous le réduisons à des proportions plus modestes. En pleine période d'activité syphilitique, quelles que soient ses déterminations, les excès de table sont nuisibles, surtout les excès alcooliques.

L'*alcoolisme* est un facteur de gravité dans la syphilis que nous devons combattre sous toutes ses formes, car il provoque les manifestations de la maladie et il les exagère dans tous les tissus et tous les organes, sur la peau, sur les muqueuses, du côté du cerveau, du foie, des reins, sans compter qu'il compromet les fonctions digestives dans leur intégrité, aussi indispensable pour la nutrition générale que pour la tolérance des médicaments. Sur ce point, comme sur beaucoup d'autres, en fait d'hygiène, la sévérité ou l'indulgence dans nos prescriptions doivent être subordonnées à l'état du malade et aux phases de son infection. Il est évident que, dans l'intervalle des poussées, nous pouvons sans inconvénients être beaucoup plus larges en fait de boissons et d'aliments. Nous n'avons pas à nous creuser la tête pour interdire quantité de choses qu'on croirait à tort susceptibles de nuire. Nous pouvons permettre le café, le thé, les liqueurs douces, la bière et tout ce qu'on sert en général sur des tables qui n'ont pas la prétention de rivaliser avec celle de Lucullus.

En plein traitement, on évitera les crudités, les fruits, les substances solides ou liquides dont les propriétés sont laxatives. Quand la peau sera le siège de poussées érythémateuses, il faudra interdire, surtout chez les arthritiques et les dartreux, les poissons de mer, les huîtres, les moules, les fraises, et tout ce qui intoxique la peau ou les muqueuses.

Le *tabac* est, comme l'alcool, un ennemi des syphilitiques. Les abus qu'on fait de ces deux toxiques sont souvent solidaires l'un de l'autre. Chez les fumeurs acharnés, les plaques muqueuses de la bouche, des lèvres, de la gorge, sont interminables. Quantité de glossopathies superficielles ou profondes et qui s'éternisent, ne reconnaissent pas d'autre cause qu'une excitation nicotinique continuelle. Aussi voyez combien elles sont rares chez la femme! Rien de plus difficile que de faire renoncer les malades à la pipe, au cigare et surtout à la cigarette. Bien heureux quand on arrive à les modérer dans cette habitude qui devient si aisément un besoin impérieux dont la privation est insupportable. C'est peut-être sur ce point de l'hygiène que nous trouvons le plus de résistance.

Parmi les métiers, les professions, le genre de vie, il y a

de nombreuses circonstances dont il faut tenir compte, car beaucoup peuvent être préjudiciables aux syphilitiques. Il faut donc nous en enquérir pour les supprimer ou du moins pour les corriger et les atténuer si c'est possible. J'ai vu chez des négociants en vin, obligés de déguster toute la journée, se produire sans cesse et se perpétuer indéfiniment des éruptions de plaques muqueuses sur toute la muqueuse buccale. Chez des marcheurs par goût ou par profession, les plaques ulcéreuses, les onyxis des orteils sont très communs. En général, les déterminations se dirigent vers les tissus et les organes soumis à une excitation fonctionnelle permanente. A plus forte raison, le surmenage les attirera-t-il et les fixera-t-il avec une force et une persistance d'autant plus grandes qu'il sera souvent aidé par la prédisposition des sujets chez qui la faiblesse ou la force, innée ou acquise, de telle ou telle partie de l'organisme, est une sorte de fatalité morbigène.

REVUE DE LA PRESSE

Plombage des os. — En se basant sur les essais de Dreesmann (de Bonne), M. Sonnenburg (de Berlin) a fait des expériences relatives au plombage des os. Il trouve que, pour obtenir de bons résultats, il est nécessaire que la substance employée durcisse rapidement, ne soit pas toxique et ait une action antiseptique. Dans les évidements ostéomyélitiques et tuberculeux, il est difficile d'enlever par l'antisepsie tous les micro-organismes de la paroi du canal osseux, et si la substance obturatrice ne les tue pas, ils empêcheront l'obturation. L'auteur est d'avis que ce sont surtout les amalgames de cuivre qui tuent complètement les bacilles. Le gypse est trop poreux et lourd et, malgré le phénol qu'on y ajoute, il perd bientôt ses propriétés bactéricides. Chez les chiens, la guérison s'obtenait au bout de quatre à six semaines, et on trouvait chez chaque animal en expérience de la substance osseuse de nouvelle formation, par-dessus la masse introduite. En se basant sur ces expériences, M. Sonnenburg a ensuite essayé le plombage des os chez des malades, mais cet essai est encore trop récent pour pouvoir en tirer des conclusions. (*Ejenedelnic*, n° 5, 1894.)

Résultats de la gastro-entérostomie. — M. Dounine a étudié l'état des fonctions digestives après la gastro-entérostomie, chez trois malades, faite pour l'ulcère rond de l'estomac. Chez tous les trois la douleur disparaissait pour un temps fort long, le poids augmentait et, ce qui est surtout remarquable, l'estomac dilaté reprenait après l'opération presque le volume normal. La force motrice de la musculeuse s'améliorait, quoique lentement; quant au chimisme, on n'a pas observé de disparition complète du suc gastrique dans l'estomac à jeun, mais l'acidité générale et la quantité de l'acide chlorhydrique libre diminuait, les acides lactiques et les acides gras étaient complètement disparus. De plus, on ne trouvait plus que peu de bile dans le contenu stomacal, il n'y avait pas de constipation et en cas de flatulence stomacale par l'acide carbonique, celui-ci ne passait pas immédiatement dans le canal intestinal; l'orifice artificiel faisait donc l'office de pylore.

L'auteur a recueilli toutes les observations d'intervention chirurgicale pour ulcère, et a trouvé que la guérison était de 68 p. 100 sur 22 cas de résection du pylore, 66,3 p. 100 de guérison sur 18 cas de gastro-entérostomie, enfin 69,4 p. 100 sur 23 cas de pyloroplastie. La dilatation digitale du pylore rétréci (procédé de Zorett) donne de moins bons résultats. Il donne comme indication de la gastro-entérostomie, le rétrécissement cicatriciel du pylore, la perforation possible de l'estomac et les hématémèses répétées et abondantes. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, n° 4, 1894.)

Striction circulaire congénitale du vagin. — M. Ostermann cite un cas de rétrécissement annulaire du vagin, qu'il a observé à la policlinique de M. A. Martin, et qui fut la cause de l'obstacle à l'accouchement, ayant nécessité une incision et un accouchement artificiel. Il s'agissait bien d'une malformation congénitale, car la muqueuse vaginale était absolument saine et homogène; le rétrécissement siégeait au tiers supérieur du vagin, ce qui a toujours lieu dans les rétrécissements congénitaux, comme l'explique, du reste, le développement.

Les rétrécissements congénitaux du vagin sont rares, en général. Sauf Schrœder, personne en Allemagne ne s'est occupé de cette question. Dans la littérature française, on en trouve décrits quelques cas, mais sans indication précise et sans mention sur l'obstacle à l'accouchement.

Se localisant toujours au tiers supérieur du vagin, ces rétrécissements ne mettent pas d'obstacle à la menstruation et à la fécondation. Mais pour l'accouchement, ils peuvent devenir d'une gravité extrême, nécessitant une intervention précoce, car ils peuvent provoquer la mort du fœtus. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 5, 1894.)

Albuminurie et parturition. — M. Friedberg a étudié quelques détails relatifs à l'apparition de l'albuminurie pendant le travail. Chez 130 parturientes, il a constaté 58 fois (44,6 p. 100) de l'albumine dans les urines, immédiatement après l'accouchement. 7 de ces femmes avaient déjà l'albuminurie pendant la grossesse, de sorte que 51 seulement (35,2 p. 100) furent atteintes d'albuminurie post-partum proprement dite. L'albumine disparaissait, en général, après vingt-quatre ou quarante-huit heures. Dans les cas d'albuminurie très prononcée, l'albumine ne disparaissait que progressivement. L'auteur croit, avec Aufrecht, que la cause de cette albuminurie réside dans les contractions utérines et la contraction des muscles du thorax et de la paroi abdominale pendant que la glotte reste fermée hermétiquement, tout cela provoquant une stase veineuse générale, une congestion passive du rein. Cette stase est la cause directe du passage de l'albumine dans les tubes urinifères. C'est ainsi que s'explique l'albuminurie plus fréquente et plus intense chez les primipares que chez les multipares : 33 p. 100 chez les premières; 18 p. 100 chez les secondes dans les observations de l'auteur. La durée du travail, l'effort plus grand ont évidemment une influence considérable sur l'albuminurie post-puerpérale. (*Gaz. heb. de la Russ. mérid.*, n° 5, 1894; et *Berlin. Klin. Woch.*, n° 4, 1894.)

Dystocie fœtale par suite d'un lymphangiome axillaire. — M. Wœrz (de Vienne) décrit un cas de lymphangiome congénital de l'aisselle, qui fut la cause de l'obstacle à l'accouchement. L'auteur n'a trouvé dans la littérature qu'un seul cas pareil de Mac Lean.

Dans le cas de M. Wœrz il s'agissait de présentation de l'épaule, qui a nécessité la version podalique. Les bruits fœtaux étaient très nets, les contractions utérines vigoureuses, mais l'accouchement n'avançait pas. Deux heures et demie après la version, les bruits fœtaux ont commencé à devenir irréguliers et l'on s'est décidé à faire l'extraction du fœtus. Déjà on pouvait avec peine faire descendre le siège et l'abdomen jusqu'à l'ombilic; le dégagement du tronc était plus difficile encore et a nécessité des efforts soutenus pendant plusieurs minutes pour abaisser suffisamment l'épaule droite. Mais l'épaule gauche s'est accrochée au-dessus de la symphyse pubienne et ne pouvait être dégagée qu'avec grande peine. La rotation du fœtus était aussi très difficile. Par le toucher, on a pu se convaincre

que la cause de la distocie était due à une tumeur volumineuse occupant toute l'épaule gauche, et dont une partie dépassait encore le bassin. Par le palper abdominal, on pouvait sentir la tête fœtale à droite, tandis que le détroit supérieur semblait comblé par une masse volumineuse, de consistance molle. Par pression sur cette tumeur, combinée à la traction, on a pu enfin la ramener à la vulve. Immédiatement après le bras gauche est sorti, puis la tête. Le fœtus a succombé. Il pesait 3630 grammes et la partie gauche du thorax se trouvait une tumeur de volume supérieur à une tête de fœtus, recouverte par une peau normale, mais légèrement amincie; la tumeur était flasque, pendante, touchant par son pôle inférieur la crête iliaque. Elle était franchement fluctuante et, soulevant le bras, rejetait l'épaule fortement en haut et écartait l'omoplate du thorax. La clavicule gauche était de 1 centimètre plus longue que la droite, et plus incurvée. L'articulation sterno-claviculaire était très lâche, les surfaces articulaires plus éloignées l'une de l'autre qu'à droite. Au-dessus de la clavicule gauche se trouvait un prolongement de la tumeur, de volume d'un œuf de poule. Par pression sur la portion axillaire de la tumeur, on pouvait conduire le doigt derrière la clavicule jusque sous les téguments de la fosse sus-claviculaire. Le mamelon, par suite de distension de la peau, se trouvait au-dessus de la tumeur. A la hauteur de la dixième côte, la peau recouvrant la tumeur formait ses plis pour se continuer avec la peau du thorax. En arrière, la tumeur présentait un sillon superficiel oblique en bas et en dehors, au niveau duquel on pouvait sentir un cordon fibreux. La partie gauche du thorax était complètement développée et nulle part on ne pouvait constater une communication de la tumeur avec la cavité pleurale. Toutes les côtes étaient légèrement enfoncées. L'examen de cette masse, fait par le professeur Kalisko, a montré une tumeur kystique de volume d'un poing, entourée par une poche renfermant un liquide séreux. Au voisinage de la tumeur principale se trouvaient d'innombrables petits kystes. Le tissu cellulaire sous-cutané qui recouvrait ces kystes axillaires, mesurait par suite de l'œdème un travers de doigt d'épaisseur. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 5, 1894.)

Pemphigus puerpéral et des nouveau-nés. — M. Straub communique plusieurs cas d'infection puerpérale avec pemphigus de la mère et de l'enfant.

Dans un cas, il s'agissait d'une septicémie puerpérale grave, avec pemphigus de la mère, puis de l'enfant. Tous les deux sont guéris.

Dans un second cas, la mère avait une fièvre puerpérale légère, le nouveau-né, atteint de pemphigus, est mort de suite; la mère fut atteinte consécutivement de cette affection.

Dans un troisième cas, l'enfant d'une accouchée légèrement fébricitante, fut atteint de pemphigus simple.

L'auteur croit que le pemphigus des nouveau-nés est dû à une infection intra-utérine, et que la participation de la mère dans ce processus se manifeste par des phénomènes puerpéraux plus ou moins accusés, entre autres par le pemphigus puerpéral. (*Berlin. Klin. Woch.*, n° 49, 1893.)

Plaies pénétrantes de l'abdomen. — M. Karczenski, se basant sur les faits qui sont décrits dans la littérature et sur ceux de sa propre expérience, donne un aperçu général sur les interventions chirurgicales en cas de plaie pénétrante de l'abdomen. On peut grouper ses conclusions de la façon suivante :

1° Les plaies par instruments tranchants, s'il n'y a pas d'indication spéciale, ne nécessitent pas une laparotomie et guérissent souvent spontanément;

2° Les plaies par armes à feu, si le temps écoulé depuis la blessure ne dépasse pas quatre heures, justifient une intervention par laparotomie, même si les viscères ne sont pas atteints ;

3° Les complications, quelle que soit la variété de plaie pénétrante, nécessitent souvent une intervention active, dont le résultat dépend, du reste, des conditions adjuvantes ;

4° La laparotomie au cours d'une péritonite déjà déclarée a, le plus souvent, une issue fatale. L'intervention est toutefois justifiée, si l'état du blessé est très satisfaisant et donne alors quelque espoir de résultat favorable ;

5° Les mauvaises conditions dans la chirurgie de guerre contre-indiquent la laparotomie pour les plaies pénétrantes de l'abdomen dans les ambulances. Mais il ne faut pas espérer non plus d'avoir des résultats favorables par la méthode expectante. (*Centralbl. f. chir.*, n° 4, 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 24 juillet 1894. — Présidence de M. EMPIS.

RAPPORT

Rhinoplastie sur support métallique. — M. CHAUVEL fait un rapport sur un travail de M. Forgue (de Montpellier), relatif à la rhinoplastie avec support métallique.

Les observations de rhinoplastie totale sont assez rares. La syphilis ne fournit que de rares occasions de rhinoplastie totale; le lupus, l'épithéliome, entraînent des destructions étendues qui nécessitent des rhinoplasties totales.

C'est M. Cl. Martin (de Lyon) qui a imaginé d'implanter sur le pourtour osseux de l'antre nasal un cadre de platine qui sert de patron pour modeler le lambeau et assure la stabilité du résultat plastique. Quant au lambeau lui-même, il doit être emprunté au front. Grâce à la prothèse nasale et à la tolérance des tissus pour le platine, grâce à l'antisepsie, qui défend le lambeau contre la suppuration et la rétraction, l'autoplastie appliquée aux restaurations même totales du nez ne doit pas être rejetée sans examen. Jusqu'à présent, sur quatorze essais de rhinoplastie sur support métallique, il n'en est que trois où l'on ait constaté des accidents de gangrène ou de suppuration, encore ceux-ci n'étaient-ils pas sous la dépendance immédiate de la prothèse. Un pansement léger, l'absence de tiraillement réalisée par la prise de larges lambeaux, la fixation solide du cadre de platine pourront mettre à l'abri de ces complications.

M. BERGER admet que le corps étranger est, en général, assez bien supporté; mais il n'est pas très partisan de la méthode. Il a, en effet, vu des malades chez lesquels le résultat, d'abord favorable, est devenu mauvais.

COMMUNICATION

Désinfection des habitations. — M. LAVERAN fait une communication sur ce sujet. (Voir au Premier-Paris.)

PRÉSENTATION

Anévrysme de la troisième portion de la sous-clavière; ligature simultanée de la sous-clavière immédiatement au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive. Guérison. — M. CH. MONOD présente un homme de cinquante et un ans, qu'il a guéri d'un anévrysme siégeant sur la troisième portion de la sous-clavière, par ligature simultanée de la sous-clavière au-dessus de la clavicule et de la carotide primitive, d'après la méthode dite de Brasdor.

Ce fait paraît unique. Il existe bien dans la science quelques observations d'anévrysmes sous-claviers, traités par ligature faite au delà de la tumeur; mais le fil, dans

ces cas, a été placé au-dessous de la clavicule, sur l'artère axillaire. La plupart se sont terminés par la mort.

M. Monod attribue le succès qu'il a obtenu à deux causes : d'abord à ce que, par la ligature concomitante de la carotide, il a mieux assuré le ralentissement du cours du sang dans la poche anévrysmale, ensuite à ce qu'en évitant, grâce aux précautions antiseptiques prises, la suppuration profonde de la plaie et en serrant modérément le fil constricteur, il a évité la section de l'artère par le fil, mettant ainsi son malade à l'abri des hémorragies secondaires, cause habituelle de la mort des opérés.

Ce fait, outre son intérêt spécial relatif au traitement de l'anévrysme sous-clavier, établit donc à nouveau la sécurité que donne, pour la cure des anévrysmes en général, la ligature antiseptique des artères.

Note sur la pathogénie des inflammations buccales par les préparations mercurielles. — M. MAUREL pense que les stomatites mercurielles sont dues à des infections microbiennes. La muqueuse buccale se défend à l'état ordinaire contre les infections par son épithélium. Mais si cet épithélium est touché par des agents qui détruisent sa vitalité, par exemple, le mercure, principalement le bichlorure, il ne présente plus de barrière à la pénétration microbienne. M. Maurel vérifie cette hypothèse chez le lapin ; dans les cas où le lapin n'était pas mercurialisé il résistait aux cultures de microbes vivant normalement sur les muqueuses ; il fallait une dose énorme de culture pour déterminer des lésions. Mais si les lapins étaient préalablement mercurialisés, les lésions des muqueuses se produisaient rapidement avec des doses faibles.

M. Maurel conclut de ses expériences que les lésions mercurielles des muqueuses sont dues aux microbes vivant habituellement à la surface de ces muqueuses et que le mercure agit surtout en diminuant l'énergie des leucocytes chargés de les défendre.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Maladies du système nerveux. Scléroses systématiques de la moelle (1), par le professeur F. RAYMOND.

Ce volume renferme une série de leçons faites à l'hôpital Lariboisière, sur le tabes dorsalis et le pseudo-tabes, la maladie de Friedreich, le tabes spasmodique et les affections spasmo-paralytiques.

Sur 420 pages, 320 sont consacrées au tabes dorsalis et aux pseudo-tabes : il s'agit donc surtout d'une monographie très étudiée de cette maladie. On connaît les qualités d'érudition, de clarté et d'originalité du nouveau professeur. Aussi, au lieu de faire l'analyse régulière de ce volume, chose à laquelle se prête du reste mal un ouvrage didactique, aimons-nous mieux donner ici le résumé du traitement que l'auteur expose pour le tabes : nos lecteurs nous en sauront sans doute gré; rien, en effet, de si embarrassant pour le médecin que l'intervention contre cette décourageante et protéiforme maladie : ils seront sans doute heureux de savoir ce que fait contre elle un des maîtres de la neurologie.

M. Raymond ne croit pas à la guérison définitive et durable du tabes vrai. On assiste à des arrêts plus ou moins prolongés, à des améliorations plus ou moins marquées, mais ce n'est pas la guérison. D'après cela, la médication sera surtout symptomatique, mais le médecin a le devoir de faire l'essai loyal des médications réputées curatives, à condition cependant, cela va de soi, de prendre toutes ses précautions pour que cet essai ne puisse pas être préjudiciable au malade.

Médications symptomatiques. — Traitement de la douleur : on sait quelle importance elle a souvent dans le tabès. Les injections de morphine, le moyen le plus puissant de calmer la douleur, présentent les dangers que l'on sait.

L'antifibrine ou acétanilide, pourra être donnée à la dose de 25 centigrammes à 2 grammes en cachets ; par exemple, deux à quatre cachets de 50 centigrammes par jour. On peut employer aussi l'antipyrine, la phénacétine seule ou associée au chloral. Il vaut mieux recourir à des procédés de traitement mécanique : faradisation énergique au siège de la douleur, franklinisation, courant continu, pointes de feu, frictions avec une mixture à base de chloroforme, applications de froid le long de la colonne vertébrale. Enveloppements des membres inférieurs dans la flanelle, contre les douleurs fulgurantes.

La suspension donne aussi parfois d'excellents résultats.

Anesthésies et paresthésies : faradisation au pinceau avec le pôle négatif. Séances de 5 à 10 minutes.

Applications de Priesnitz, bains d'eau chargée d'acide carbonique.

Troubles de la vue : traitement de l'amblyopie par atrophie pupillaire, proposé par Galezowski, qui a obtenu, dans quelques cas, la guérison complète de la cécité tabétique :

1° Cyanure d'or et de potassium.	25 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

Pour commencer VI gouttes par jour; cette dose est portée graduellement à X et même XX gouttes ; redescendre graduellement.

2° Cyanure de mercure. . .	20 centigrammes.
Eau distillée	10 grammes.

Mêmes doses.

3° Peptonate mercuro-sodique à 1/100	10 grammes.

Injecter la valeur d'une demie à une seringue de Pravaz chaque jour.

Continuer ce traitement avec beaucoup de persévérance.

Frictions mercurielles dans le creux articulaire des membres pendant deux années de suite, même lorsque la guérison a été obtenue; 2 grammes de pommade mercurielle par jour.

Paralysies des muscles de l'œil : traitement mixte antisyphilitique. Faradisation.

Troubles génito-urinaires, incontinence : faradisation de la vessie, un des pôles étant introduit dans le rectum et l'autre appliqué sur le pénis.

Tenesme et douleurs vésicales : suppositoires belladonés.

Surexcitation génitale et spermatorrhée : bromure de potassium, bromure de camphre, lupulin.

Frigidité, impuissance : suspension.

Incoordination motrice. On a employé autrefois le nitrate d'argent, le phosphate et l'albuminate d'argent, mais c'est la suspension qui, ici encore, donne les meilleurs résultats. Leyden a beaucoup vanté une gymnastique raisonnée, consistant en des mouvements méthodiques de flexion, d'extension, d'adduction et d'abduction, etc. Le malade arrive ainsi à reprendre, dans une certaine mesure, le contrôle et l'exacte direction de ses mouvements.

Médications symptomatiques dirigées contre l'ensemble des manifestations du tabes dorsalis. — Suspension. « La suspension n'est pas une méthode curative du tabes dorsalis.

Quand on l'emploie suivant les règles, on réussit dans le

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, O. Doin.

plus grand nombre des cas à atténuer et même à faire cesser momentanément les principaux symptômes du tabes.

La suspension n'est pas une médication inoffensive; elle a causé des accidents mortels; elle a ses indications et ses contre-indications. »

Les contre-indications sont : les lésions cardio-vasculaires, les lésions étendues du poumon, un emphysème considérable, les attaques apoplectiques ou épileptiformes, l'anémie marquée, la tendance aux vertiges, aux syncopes, l'obésité.

Élongation des nerfs : c'est une médication dangereuse et inefficace.

Injections sous-cutanées de substance nerveuse : M. Raymond ne les a pas essayées.

Hydrothérapie. L'emploi de l'eau froide donne presque toujours de mauvais résultats. L'eau chaude, au contraire, produit des effets sédatifs très marqués; il en est même de la cure faite à Balaruc, Lamalou, Néris, Ragatz, etc.

Électricité. — Elle n'a qu'une efficacité palliative, elle n'a jamais amené la guérison du tabes, ce n'en est pas moins une médication de grande valeur; comme procédés, elle comprend, la galvanisation de la moelle, du grand sympathique, la galvanisation périphérique et la faradisation cutanée.

Traitements réputés curatifs. — Ils comprennent des médications diverses, l'injection de liquide testiculaire et le traitement antisyphilitique.

Parmi les médications diverses, prennent place : le nitrate d'argent associé au bromure de potassium et à l'emploi du courant galvanique (2 cas de guérison cités par Hammond); le seigle ergoté associé au nitrate d'argent et à l'emploi du courant galvanique, médication dangereuse; le phosphore, médication plus dangereuse encore.

M. Raymond n'a obtenu aucun bon résultat des injections de liquide testiculaire dans les cas dans lesquels il les a employées.

Pour ce qui concerne la médication anti-syphilitique, voici quelle est l'opinion de l'auteur, sur la façon de l'employer chez les tabétiques :

« Ou bien les premières manifestations du tabes datent déjà de loin, et alors on s'abstiendra, en principe, de prescrire le traitement mercuriel, à moins que le cas ne se rattache aux formes anormales du tabes, et que certains symptômes soient de nature à faire soupçonner, chez le malade, des lésions méningées, gommeuses, vasculaires, telles qu'on les observe dans les cas de syphilis banale des centres nerveux.

Ou bien le tabes est de date récente, et alors l'essai du traitement spécifique s'impose. Pour peu que cet essai tourne mal, on n'hésitera pas à surseoir à l'expérience. Si, au contraire, certaines manifestations du tabes se dissipent, il faudra insister sur les mercuriaux, sauf à leur substituer l'iodure de potassium une fois que le traitement hydrargyrique cesse d'agir. »

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 juillet 1894, M. Filhol, docteur ès sciences, docteur en médecine, lauréat de l'Institut, sous-directeur du laboratoire de zoologie anatomique et physiologique de l'École pratique des hautes études, est nommé professeur d'anatomie comparée au Muséum d'histoire naturelle, en remplacement de M. Pouchet, décédé.

— Par décision ministérielle, en date du 18 juillet 1894, ont été désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors Kauffmann pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Fockenberghe, pour la place d'Alger.

— Par décision ministérielle, en date du 21 juillet 1894, M. le médecin aide-major de première classe Danjou est mis à la disposition de M. le ministre des colonies, pour être attaché à une mission en Afrique (mission Monteil, au Congo).

— Par arrêté ministériel, en date du 23 juin 1894, des médailles d'honneur ont été accordées comme suit :

Médaille de bronze. — M. le docteur Isnard, à Carros : dévouement exceptionnel au cours d'une épidémie de diphtérie, qui a sévi au Broc (Alpes-Maritimes).

Médailles d'argent. — M. le docteur Durantin, à Saint-Just-en-Chevalet : dévouement exceptionnel au cours d'une épidémie de diphtérie, dans la commune de Juré (Loire); a contracté les germes de la maladie en soignant les malades; — M. Giraud, infirmier à Roannes : s'est signalé au cours de diverses épidémies et notamment lors de l'épidémie récente de diphtérie, qui a sévi à Juré (Loire), et au cours de laquelle il s'est exposé à la contagion avec le plus grand dévouement.

— M. Retterer, agrégé, est chargé du cours de biologie à l'Hôtel de Ville, en remplacement de M. Pouchet, décédé.

— MM. les docteurs Dodré et Guyot sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Calais.

— *Matériel de guerre.* — L'administration centrale de la guerre vient de publier le compte général du matériel de guerre pour l'année 1891. Il résulte de cette récapitulation une augmentation de 51 millions environ sur le compte de 1890. Le total général est de 2 milliards 500 millions et demi, et, dans ce compte, nous relevons une somme de 58 millions, qui figure comme représentant la valeur du matériel des hôpitaux militaires.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Vacances de 1894. Trains de plaisir :* 1° *Paris-Clermont.* — Aller : départ de Paris, le 11 août à 11 heures soir; arrivée à Clermont, le 12 août à 9 h. 10 matin. — Retour : départ de Clermont, le 19 août à 11 h. 10 soir; arrivée à Paris, le 20 août à 10 h. matin.

Prix aller et retour : 2e classe, 32 francs; 3e classe, 21 francs.

2° *Paris-Genève.* — Aller : départ de Paris, le 25 août à 2 h. 25 soir; arrivée à Genève, le 26 août à 5 h. 24 matin. — Retour : départ de Genève, le 3 septembre à 9 h. 13 soir; arrivée à Paris, le 4 septembre à 3 h. 50 soir.

Prix aller et retour : 2e classe, 50 francs; 3e classe, 34 francs.

3° *Paris-Aix-les-Bains-Chambéry.* — Aller : départ de Paris, le 1er septembre à 2 h. 25 soir; arrivée à Aix-les-Bains, le 2 septembre à 3 h. 55 matin, et à Chambéry, le 2 septembre à 4 h. 32 matin. — Retour : départ de Chambéry, le 9 septembre à 10 h. 1 soir, et d'Aix-les-Bains, le 9 septembre à 10 h. 50 soir; arrivée à Paris, le 10 septembre à 3 h. 50 soir.

Prix aller et retour : 2e classe, 48 francs; 3e classe, 32 francs.

On pourra se procurer des billets pour les trains de plaisir de Paris à Clermont, Paris à Genève, Paris à Chambéry, à dater du 25 juillet, à la gare de Paris P.-L.-M., 20, boulevard Diderot; dans les bureaux-succursales de la Compagnie et dans les diverses agences de voyage.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUDD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 87. — SAMEDI 28 JUILLET 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 28 JUILLET 1894. — N° 87.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De la déviation en dehors du gros orteil.

Par le docteur J. LAFOURCADE (de Bayonne),
Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique chirurgicale à la Faculté de Paris.

I

La déviation en dehors du gros orteil (*hallux valgus*, *oignon*, *orteil en équerre*, *clinodactylie latérale*) est une difformité dans laquelle le gros orteil, dévié en totalité en dehors, forme avec le premier métatarsien un angle à sommet dirigé en dedans. Cette affection attire peu l'attention du chirurgien; les travaux publiés sur elle sont cependant nombreux. Peu gênante parfois, la déviation en dehors du gros orteil est, dans certains cas, une cause de souffrances intolérables. Elle peut même être l'origine de complications sérieuses. Le traitement chirurgical donnant, d'autre part, de très bons résultats, comme le montrent de nombreuses opérations récentes, je crois utile de publier cette Revue.

C'est vers la fin du siècle dernier que Rousselot (1), « chirurgien de Monseigneur le Dauphin, des Princes et de Mesdames », et Laforest (2), pédicure du roi Louis XVI, donnent la première mention de la déviation du gros orteil. Laforest a figuré, dans la Planche II de son ouvrage, un gros orteil tellement incliné en dehors qu'il va toucher le troisième en passant sous le second. Mellet (3), tout comme ses devanciers, attribue la difformité à la pression des chaussures. Asthon (4) parle d'une affection kystique du ligament latéral interne de la première articulation métatarso-phalangienne qui serait la cause de l'affection.

Malgaigne (5) à l'hospice de Bicêtre, Broca (6) à la Société anatomique, étudièrent l'hallux valgus. Pour Malgaigne, la déviation est due à la bourse séreuse, décrite par Brodie et Blandin, qui repose sur le ligament latéral interne. Elle use ce ligament, d'où prédominance du ligament latéral externe Legée (1) reprend la théorie de Broca et incrimine surtout l'influence de la chaussure.

(1) ROUSSELOT. *Toilette des pieds*, 1769.
(2) LAFOREST. *De l'art de soigner les pieds*, 1782.
(3) MELLET. *Manuel pratique d'orthopédie*, 1844.
(4) ASTHON. *Med. Times*, 1832.
(5) MALGAIGNE. *Leçon d'orthopédie*, 1862, p. 93, et *Rev. médico-chirurg.*, 1852, p. 253.
(6) BROCA. *Bull. de la Soc. anat.*, 1852, p. 60.

Nélaton (2) croit à une rétraction du tendon extenseur propre du gros orteil. Duchenne n'a en vue que la paralysie des adducteurs du gros orteil. Annandale (3) attribue la déviation au rhumatisme chronique et à l'arthritisme. Garrod invoque la goutte.

M. Verneuil et son élève, M. Monglond (4), admettent l'arthritisme comme cause de l'hallux valgus. « J'attache à cette petite lésion une telle importance sémiotique que je n'hésite pas à ranger parmi les arthritiques ceux qui la présentent » (Verneuil).

Mais si le côté pathogénique et anatomo-pathologique était étudié dans ces publications diverses, le traitement était laissé dans l'ombre. Avant l'ère actuelle de la chirurgie, les opérations osseuses et articulaires présentaient une gravité telle qu'on n'osait les entreprendre contre une simple difformité gênante. J'indiquerai plus loin la marche suivie par le traitement de l'hallux valgus.

Depuis la thèse de M. Monglond, les publications sur la déviation du gros orteil sont nombreuses. Parmi les principales, je signalerai les articles de Blum (5), de Fochier (6), de Barker (7); le travail de Reverdin (8), la thèse de Delarochaulion (9), les chapitres de Redard (10), de Duplay (11), de Kirmisson (12), de Kœnig (13). Je citerai enfin, pour terminer, la thèse toute récente soutenue, le 2 mai 1894, par M. Quévedo, et à laquelle j'ai fait de larges emprunts.

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Dans la constitution anatomique de la difformité qui nous occupe, il faut décrire :

1° La déviation du gros orteil ;

(1) LEGÉE. Th. de doct., Paris 1869.
(2) NÉLATON. *Pathologie externe.*
(3) ANNANDALE. *The malformations of the fingers and toes*, Edinburg 1865.
(4) MONGLOND. Th. de doct., Paris 1876.
(5) BLUM. *Chirurgie du pied.*
(6) FOCHIER. De l'affection douloureuse du gros orteil, *Lyon méd.*, 1880.
(7) BARKER. On operation for hallux valgus, *The Lancet*, 12 avril 1884.
(8) REVERDIN. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, 1884.
(9) DELAROCHAULION. Th. de Paris, 1885.
(10) REDARD. *Traité pratique d'orthopédie*, p. 1848.
(11) DUPLAY. *Traité de pathologie externe*, vol. VII.
(12) KIRMISSON. *Traité de chirurgie*, vol. VIII.
(13) KŒNIG. *Chirurgie spéciale*, t. III.

2° Les lésions du métatarsien et les changements de direction de cet os;

3° Les difformités du pied concomitantes;

4° Un durillon répondant à la tête du métatarsien et dont il est séparé par l'existence d'une bourse séreuse.

I. Déviation. — Normalement, l'axe du gros orteil ne continue pas la direction du premier métatarsien; il existe une légère déviation en dehors. Chez les enfants, d'après M. Quévedo, l'axe du gros orteil et du métatarsien forme un angle de 5 à 15 degrés, suivant l'âge. La raison anatomique de ce fait est due à ce que le bord externe de la première phalange est toujours moins long que le bord interne. Cette différence peut être, chez l'adulte, de 2 ou 3 millimètres. Quand cette déviation est plus accusée, l'hallux valgus est constitué. Tous les degrés de la déviation sont possibles; ils varient de 25 à 90 degrés. Dans ce dernier cas, l'orteil est horizontalement dirigé en dehors (*orteil en équerre*). Le sommet de l'angle que forment le premier orteil et le métatarsien répond à la tête du premier métatarsien formant saillie. Celle-ci est d'autant plus accusée que la déviation est plus accentuée.

Cette déviation se fait de trois façons :

a. En s'inclinant en dehors, le gros orteil refoulant les autres doigts et étant sur le même plan qu'eux;

b. En se plaçant au-dessus d'eux;

c. En se plaçant au-dessous d'eux.

Pour Malgaigne, c'est la déviation par-dessus qui est la plus fréquente. Pour Broca, c'est la déviation par-dessous, ce qui est exact. Le deuxième et le troisième orteils qui s'élèvent au-dessus du premier sont souvent en marteau. La déviation est faible quand l'angle formé par le bord interne du gros orteil avec la prolongation idéale du bord interne du pied est de 40 à 45 degrés; elle est moyenne quand cet angle est de 50 à 60 degrés, et forte quand il est de 60 à 80 degrés. Un peu plus, et l'équerre ou angle droit sera obtenu.

II. Lésions et déplacements du métatarsien. — La tête du métatarsien est profondément altérée. Elle est augmentée de volume et la phalange est subluxée en dehors. La moitié externe de la tête métatarsienne, en rapport avec la phalange déviée, est seule articulaire. La moitié interne qui est libre est privée de cartilage en totalité ou en partie.

Le rebord qui limite en dedans la gouttière du sésamoïde interne finit par prendre un développement considérable et forme un plateau consécutif à l'ostéite, sur lequel glisse le ligament latéral interne. Il peut atteindre 2 centimètres. Le cartilage qui recouvre ce plateau est presque exclusivement constitué par des faisceaux de fibres de tissu conjonctif serré. Le cartilage de la face plantaire de la surface articulaire est ulcéré par places; la crête inter-sésamoïdienne a disparu. La gouttière sésamoïdienne externe, élargie, empiète sur la face externe du premier métatarsien.

L'ostéite qui donne naissance au plateau, à l'exostose développée en dedans de la tête du métatarsien, est, pour M. Verneuil, analogue à celle qui se développe sur les épiphyses au voisinage des articulations atteintes d'arthrite sèche. Cette pathogénie, vraie pour les malades ayant un certain âge, ne peut être admise pour les personnes jeunes, atteintes d'hallux valgus, à un âge où l'arthrite sèche est exceptionnelle. J'ai opéré une jeune fille de dix-neuf ans, ayant une déviation bilatérale extrême avec exostose de la face interne du premier métatarsien. Il est probable que, dans ce cas, il s'agit d'une exostose de croissance. J'insisterai plus loin là-dessus.

Quoi qu'il en soit, le développement de ce plateau interne a pour effet de changer la direction de la surface articulaire. Elle ne regarde plus directement en avant, mais en avant et en dehors, entraînant le gros orteil avec elle. Quand la déviation est constituée, la chaussure, la rétraction musculaire du long extenseur propre la maintiennent et l'exagèrent.

Le ligament latéral interne est épaissi et allongé; parfois, il est aminci. Asthon cite un cas où il était entouré de petits kystes.

Le métatarsien présente, en outre, un changement de direction. Il est dévié en dedans suivant la direction et suivant la circonférence. Le mécanisme de cette double déviation a été bien indiqué par Broca.

Le déplacement, suivant la direction, constitue une déviation qui est l'inverse de la déviation de la phalange. Tandis que celle-ci se porte en dehors, l'extrémité antérieure de la tête du premier métatarsien se porte, au contraire, en dedans. La cause de cette déviation en dedans est assez facile à saisir. Quand la phalange se porte en dehors, elle entraîne les deux os sésamoïdes qui lui sont intimement unis par le ligament glénoïdien. Le sésamoïde externe et le bord externe de la phalange viennent se placer sur le côté externe de la tête du premier métatarsien. Pour cela, le sésamoïde est obligé de pénétrer entre le premier et le second métatarsien, à la manière d'un coin, et le premier de ces os se trouve refoulé en dedans d'une manière mécanique.

Le premier métatarsien subit, en outre, un mouvement de rotation autour de son axe, à la suite duquel son bord inférieur et sa face supérieure deviennent internes. Le premier cunéiforme accompagne le métatarsien dans ce déplacement; son bord inférieur, se portant en dehors, arrive presque au contact du troisième cunéiforme. Le deuxième cunéiforme est ainsi refoulé vers la face dorsale.

De ces déplacements du gros orteil et du métatarsien résulte un *triangle d'écartement*, formé en dedans par le premier métatarsien, en dehors par le deuxième, en avant par le sésamoïde externe interposé et par les tendons des abducteurs. Le côté antérieur peut atteindre jusqu'à 2 centimètres. C'est dans ce triangle d'écartement que vient se placer le tendon de l'extenseur propre, quand l'hallux valgus est très accusé. Normalement, ce tendon est fixé sur le premier métatarsien par une gaine fibreuse naissant en bas et en dedans du ligament latéral interne, pour se terminer sur le bord supérieur et la face externe de cet os, et par des expansions fibreuses (*ailerons tendineux*) qui, parties du tendon, se rendent sur les extrémités articulaires du gros orteil et du métatarsien (Quévedo). Dans l'hallux valgus, cette gaine et ces ailerons sont amincis, relâchés. Aussi le tendon extenseur, qui n'est plus maintenu, quitte-t-il l'axe du gros orteil. Il forme la corde de l'arc qu'il doit décrire pour se rendre à l'orteil dévié, et, d'extenseur, il devient franchement abducteur.

Les tendons fléchisseurs tendent à prendre une situation analogue, mais ils sont maintenus dans leur gaine et ne peuvent se déplacer.

III. Difformités du pied. — Pour apprécier les difformités du pied dans l'hallux valgus, il est nécessaire de poser quelques préliminaires.

Le *diamètre antérieur ou prémétatarsien du pied* est représenté par une ligne transversale oblique, allant de la tête du premier métatarsien à la tête du cinquième.

Le *diamètre postérieur* est la ligne transversale correspondant par ses deux extrémités à la projection plantaire des malléoles.

L'*axe anatomique* du pied réunit le milieu de ces deux diamètres. Il passe par le deuxième orteil. Il est différent de l'*axe physiologique*, qui est représenté par une ligne allant du calcanéum (*talon postérieur*) au milieu de la tête du premier métatarsien (*talon antérieur*).

En anthropologie, l'*indice* d'une partie du corps est le rapport de sa longueur avec sa largeur maxima. Pour le pied, l'indice sera le rapport entre le diamètre prémétatarsien et l'axe anatomique.

M. Quévedo décrit dans sa thèse un second indice, qu'il appelle *indice chirurgical*, qui est le rapport entre les diamètres antérieur et postérieur du pied. A la suite de mensurations, sur lesquelles je ne puis m'étendre, il a montré que, dans un cas type, le diamètre antérieur contient le diamètre postérieur, plus sa moitié. Si le diamètre postérieur du pied est de 5 centimètres, son diamètre antérieur sera de 7 centimètres et demi.

Il résulte des recherches de M. Quévedo que la largeur antérieure du pied augmente parallèlement à la déviation du gros orteil. Il y a augmentation progressive de l'indice chirurgical à partir d'une déviation de 25 degrés environ jusqu'à 70 degrés. Le pied normal a 150 degrés pour indice. Le pied à hallux valgus prononcé a un indice de 190 à 200 degrés. Ce qui veut dire, en langage compréhensible, que *si normalement le diamètre antérieur du pied est une fois et demie plus large que le postérieur, dans l'hallux valgus le diamètre antérieur est deux fois plus large que le postérieur*.

L'élargissement du diamètre antérieur est un symptôme de la déviation du gros orteil. Comme conséquence, l'axe anatomique ne passe plus par le deuxième orteil, mais par le premier espace interosseux. L'axe physiologique est beaucoup plus oblique en avant et en dedans que normalement.

IV. Durillon et bourse séreuse. — La saillie interne de la tête du premier métatarsien est causée par les pressions exercées par la chaussure sur la peau qui est en rapport avec elle. De là, la formation d'un durillon, d'une induration du derme. Entre ce durillon et la tête métatarsienne se développe une bourse séreuse qui devient le siège d'un hygroma et qui peut communiquer avec la synoviale de l'articulation métatarso-phalangienne.

Le durillon peut exister seul, sans bourse séreuse; il est dur et coriace. C'est la *variété calleuse* de Broca. M. Quévedo donne à cette forme de déviation le nom d'*hallux valgus blanc*. Mais, en règle générale, la bourse séreuse intermédiaire existe; elle est souvent cloisonnée et plus ou moins développée. Son volume ordinaire est celui d'une noisette. L'inflammation et la suppuration de l'hygroma sont assez fréquentes. C'est alors la *variété inflammatoire de l'oignon*.

La suppuration peut se terminer par l'ouverture spontanée au niveau de la peau, qui reste quelque temps fistuleuse. Cette fistule tarit et reparait ensuite après une nouvelle poussée inflammatoire. De là, un hygroma suppuré à répétition. L'hygroma suppuré peut devenir le point de départ d'un phlegmon diffus, d'une lymphangite réticulaire diffuse. Il peut encore s'ouvrir dans l'articulation, produisant une arthrite suppurée.

III

PATHOGÉNIE

Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, et à un âge avancé, bien qu'elle s'observe parfois chez l'adolescent, la déviation du gros orteil reconnait des causes diverses.

M. Redard classe de la façon suivante les théories qui tendent à expliquer l'hallux valgus

1° Théorie musculaire;
2° Théorie mécanique;
3° Théorie ligamenteuse;
4° Théorie ostéo-articulaire.

1° Théorie musculaire. — Les mouvements d opposition du gros orteil, si importants chez le singe, sont à peine marqués chez l'homme. Le gros orteil est soumis, du côté plantaire, à des abducteurs, l'oblique et le transverse, et à un adducteur, l'adducteur du gros orteil. Le long et le court fléchisseur fléchissent l'orteil suivant son axe, à la condition qu'il ne soit pas dévié. A l'état normal, l'adducteur contrebalancera l'action des abducteurs oblique et transverse, « mais que le gros orteil se dévie un peu, et alors l'équilibre sera rompu en faveur de l'abduction. En même temps, le tendon du long fléchisseur incurvé pourra devenir abducteur » (Quévedo).

Il existe trois tendons sur le dos du gros orteil : 1° le faisceau interne du pédieux, abducteur; 2° le tendon du long extenseur, surtout fléchisseur et accessoirement très peu abducteur: « en même temps qu'il étend les orteils et fléchit le pied, ce muscle porte les premiers un peu en dehors » (Sappey); 3° un petit tendon appliqué près du bord interne de la base de la phalange qui s'oppose à l'abduction. Ce dernier tendon est très diversement décrit par les anatomistes. Sappey l'appelle *tendon filifrome*, Testut et Debierre *tendon surnuméraire*. Gruber conclut à son existence presque constante (97 p. 100). Sa disposition peut varier. Tantôt, il provient de l'extenseur propre, tantôt du jambier antérieur, tantôt du ligament *cruciatum*. D'autres fois, au contraire, il naît d'un muscle spécial inséré au péroné ou au tibia (*long extenseur mineur du gros orteil de Gruber*), suit le trajet du long extenseur propre et va s'insérer *près du bord interne de la base de la première phalange*.

Ce tendon est adducteur. Il corrige l'action abductrice du premier faisceau du pédieux et de l'extenseur propre.

Les tendons qui gagnent le gros orteil peuvent-ils produire l'hallux valgus? Nélaton explique la déviation par un fait unique : la rétraction de l'extenseur propre du gros orteil; Duchenne, par la paralysie des muscles fléchisseurs et de l'adducteur du gros orteil; Robert, par l'action des extenseurs qui deviennent souvent abducteurs; Charcot, par des rétractions musculaires, spasmodiques, et pour ainsi dire convulsives, se produisant par action réflexe, dont le point de départ est dans la jointure affectée.

2° Théorie mécanique. — On a signalé la possibilité de la déviation après des plaies de la face dorsale du pied dans le voisinage de l'orteil, et s'accompagnant de rétraction cicatricielle. Nous avons vu que Broca admettait l'influence de la chaussure; M. Tillaux combine cette influence avec la rétraction d'un tendon. Pour Hueter, l'hallux valgus est produit par la chaussure défectueuse. Il semble que la chaussure ne joue qu'un rôle accessoire, car des paysans

marchant pieds nus présentent parfois de l'hallux valgus. Cependant, sur les tracés faits par M. Manouvrier de pieds de sauvages marchant pieds nus, on ne constate pas de déviation latérale du gros orteil. On observe chez eux un écartement souvent considérable entre le premier métatarsien et le gros orteil, d'une part, et le deuxième métatarsien et le deuxième orteil, d'autre part. C'est la faiblesse du ligament transverse qui est la cause de cet écartement, faisant ressembler le pied de l'homme au pied du singe, et qui est la caractéristique des adultes n'ayant jamais porté de chaussures.

3° Théorie ligamenteuse. — D'après M. Quévedo, il faut surtout, dans la pathogénie de l'hallux valgus, incriminer les tissus cellulo-fibreux qui entourent l'extenseur propre et le fixent dans l'axe du métatarsien et du gros orteil. Gerdy avait signalé leur rétraction, M. Quévedo croit plutôt à leur relâchement donnant à l'extenseur la possibilité de se déplacer et de prendre la corde de l'arc formé par le premier métatarsien et le gros orteil. Asthon admettait des lésions du ligament latéral interne, envahi par de petits kystes et devenant insuffisant. Pour Malgaigne, le ligament latéral interne s'atrophie. De là, prédominance du ligament latéral externe entraînant le gros orteil en dehors.

4° Théorie ostéo-articulaire. — J'ai montré à l'anatomie pathologique les lésions que l'on rencontre du côté de l'articulation et de la tête du métatarsien. Elles peuvent se résumer en deux mots : arthrite sèche, ostéophyte du bord interne de la tête métatarsienne. De là, l'influence admise des diathèses sur le développement de la déviation.

L'hallux valgus est une manifestation de l'arthritisme pour Annandale, Verneuil et Blum et de la goutte pour Garrod. M. Lancereaux (1) et M. Kirmisson admettent l'influence du rhumatisme chronique. Il est incontestable que les malades atteints de déviation présentent presque toujours des lésions de l'arthrite sèche.

On voit que les opinions émises sur les causes de l'hallux valgus sont nombreuses. Quelles sont celles qu'il faut admettre ? Les théories ligamenteuse et musculaire sont inadmissibles. Les ligaments et les muscles ne peuvent agir que quand la déviation commence à se manifester pour l'augmenter et l'exagérer, mais ils ne sauraient par eux-mêmes amener les lésions que nous avons décrites. Quant à l'influence des chaussures, nous avons vu ce qu'il faut en penser.

Nous restons donc en présence de la théorie qui veut que la déviation soit secondaire à l'arthrite sèche et qui ne la considère que comme une manifestation du ralentissement de la nutrition des arthritiques et des goutteux amenant une dystrophie osseuse et cartilagineuse.

Mais cette théorie peut-elle expliquer tous les cas ? J'ai parlé plus haut d'une jeune fille de dix-neuf ans opérée d'une déviation bilatérale très accusée. L'articulation métatarso-phalangienne ne présentait aucune lésion d'arthrite sèche. Depuis que mon attention est portée sur cette question, j'examine souvent les pieds de jeunes malades et j'en ai trouvé quelques-uns présentant des exostoses de la face interne de la tête du métatarsien à un âge où l'arthrite sèche n'existe pas. En interrogeant les malades âgés atteints d'hallux valgus, on apprend que l'affection a souvent débuté dès l'adolescence. On ne peut, évidemment, admettre pour ces cas, les théories de Verneuil et d'Annandale et je crois qu'il s'agit alors d'exostose de croissance développée au niveau de la tête du métatarsien.

Broca et son élève Soulier (1) ont démontré que les exostoses de croissance se développent de préférence sur les os longs et sur la partie de l'épiphyse et de la diaphyse qui est en rapport immédiat avec le cartilage de conjugaison. C'est donc au voisinage du cartilage inter-diaphyso-épiphysaire que les exostoses de croissance sont surtout observées. Le développement du premier métatarsien fait au premier abord rejeter la possibilité de rattacher à la croissance l'exostose de l'hallux valgus. On sait que l'ossification du premier métatarsien ne se fait pas comme celle des autres métatarsiens. Il existe pour cet os deux points d'ossification ; l'un primitif, pour le corps et l'extrémité digitale ou antérieure, l'autre épiphysaire destiné à l'extrémité tarsienne ou postérieure qui se soude à la diaphyse de seize à dix-huit ans.

Mais de ce fait que la tête du premier métatarsien n'est nullement en rapport avec le cartilage de conjugaison, il ne faut pas rejeter l'hypothèse que j'émets. Rindfleish et Fehleisen admettent que ces exostoses peuvent se développer indépendamment du cartilage conjugal. Ils attribuent au cartilage articulaire un même rôle, ce qui est contestable, d'après M. Poncet (2). Mais le périoste et la moelle peuvent produire des ossifications. Virchow l'a démontré. C'est à des exostoses de ce genre que Soulier a donné le nom d'*exostoses autogéniques* par opposition aux autres qu'il appelle *exostoses ostéogéniques*. La production d'une exostose périostée au moment de la croissance, serait une explication très plausible de l'hallux valgus chez les sujets jeunes et cela, d'autant plus que dans ce cas l'affection est symétrique, ce qui est une caractéristique des exostoses de croissance.

Pour terminer ce long chapitre de pathogénie, on pourrait dire :

L'arthrite sèche est la cause de la déviation du gros orteil qui se développe chez les sujets âgés.

L'exostose de croissance explique le développement de cette affection chez les sujets jeunes.

IV

SYMPTÔMES. MARCHE. COMPLICATIONS

Ce serait me répéter que de décrire les signes physiques de l'hallux valgus sur lesquels j'ai insisté à l'anatomie pathologique. Il me reste à décrire les symptômes fonctionnels, la marche de l'affection et ses complications.

On rencontre quelquefois des personnes ayant une déviation très accusée et qui n'en ont jamais souffert ; elles n'ont éprouvé qu'un peu de gêne se manifestant par le ralentissement de la marche. Celle-ci présente un balancement spécial qui la rapproche de la marche du canard. Cette forme tolérée est la *forme fruste de l'hallux valgus*. Mais c'est là l'exception, et, le plus souvent, l'hallux valgus s'accompagne d'un ensemble de phénomènes qui attirent l'attention du côté de la lésion.

Fréquemment, les choses se passent de la façon suivante : quand la tête du premier métatarsien commence à aug-

(1) Lancereaux. *Anatomie pathologique*, t. III.

(1) Soulier. Th. de Paris, 1864.
(2) Poncet. *Traité de chirurgie*, t. III.

menter de volume et le gros orteil à dévier vers quarante ou quarante-cinq ans, le malade y attache peu d'importance; l'oignon dont il est porteur ne l'inquiète guère et l'oblige seulement à faire élargir les chaussures. Il en souffre un peu au moment des changements de temps. Mais, à cette période de tolérance fait place, après un temps plus ou moins long, une période caractérisée par des douleurs souvent très vives. Elles ont leur maximum d'intensité dans l'oignon et irradient le long de l'orteil, suivant le nerf collatéral interne; la marche devient alors pénible et se fait à petits pas. Au moment de ces douleurs, on ne constate ni inflammation, ni rougeur, mais un peu de sérosité dans la bourse séreuse : c'est *la forme douloureuse, non inflammatoire*. L'intensité des douleurs n'est nullement en rapport avec le degré de la déviation. Les auteurs ont peu insisté sur ce point. Parfois, en effet, l'exostose métatarsienne, avec une déviation minime et un simple durillon, s'accompagne de douleurs fort vives et oblige quelquefois à garder le repos. Par contre, une déviation de 60 à 80 degrés sera bien tolérée.

Je parlerai plus loin d'une de mes malades qui était atteinte d'une exostose avec durillon et déviation très faible, s'accompagnant de douleurs si vives qu'elle était obligée de garder la chaise-longue pendant des périodes de quinze jours. Dans cette forme, les périodes douloureuses sont souvent intermittentes et à répétitions.

Mais des symptômes nouveaux peuvent survenir, constituant des complications inflammatoires. A la suite d'excoriations, amenées par la pression de la chaussure, ou par toute autre cause permettant l'infection de la bourse séreuse, l'oignon, gênant et simplement douloureux jusque-là, devient d'une sensibilité exquise. Le moindre contact est très douloureux, la peau rougit; elle est, parfois, d'une teinte violacée. La tumeur formée par la bourse séreuse, très augmentée de volume, est franchement fluctuante. L'inflammation peut se limiter à la bourse séreuse, hygroma suppuré entouré par une petite zone inflammatoire. Si on n'intervient pas à ce moment, l'hygroma s'ouvre au dehors par un orifice cutané qui reste fistuleux. Cette fistule tarit, et, quelque temps après, survient une nouvelle poussée inflammatoire qui, comme la précédente, dure de trois à quatre semaines. Mais les choses se passent quelquefois moins simplement.

L'hygroma suppuré peut devenir le point de départ de complications du côté de la peau, du tissu cellulaire et de l'articulation métatarso-pharyngienne.

La lymphangite réticulaire diffuse, envahissant le dos et la plante du pied, s'observe ici comme dans tout hygroma suppuré. On a noté également le développement d'un phlegmon diffus.

L'hygroma peut enfin s'ouvrir dans l'articulation métatarso-phalangienne qui présente les symptômes d'arthrite suppurée.

V

TRAITEMENT

Le traitement doit s'adresser à l'oignon et à la déviation. Je ne citerai que pour mémoire les chaussures et brodequins de Mallet, l'appareil de Mathieu, de Goldsmit, etc. De deux choses l'une : ou bien l'oignon sera toléré et alors, des chaussures larges et souples, la mise d'un tampon d'ouate entre le premier et le deuxième orteil, la protection du durillon, par une rondelle analogue à celle qui sert pour les cors, suffiront pour pallier les petits inconvénients de la déviation; ou bien, au contraire, l'oignon est le siège d'accidents intermittents, il est le siège de douleurs qui entravent la vie normale et alors un traitement chirurgical s'impose.

On agira suivant les circonstances, en présence des complications qui peuvent survenir dans l'évolution de l'hallux valgus. Les pulvérisations phéniquées seront indiquées contre l'inflammation et la lymphangite, les débridements contre le phlegmon diffus, l'incision contre l'hygroma suppuré, l'arthrotomie contre l'arthrite suppurée. J'ai vu, dans ce dernier cas, mon maître, M. Chaput, faire en 1888, à l'hôpital Tenon, une résection de l'articulation métatarso-phalangienne.

La conduite à tenir est toute différente en présence d'une difformité s'accompagnant de phénomènes douloureux. Ceux-ci peuvent survenir dans les déviations peu accusées, tout aussi bien que dans les déviatious extrêmes. Comme j'ai tâché de l'établir plus haut, l'intensité des douleurs et l'impotence ne sont pas en rapport avec le degré de la déviation. J'ai observé récemment, comme je l'ai déjà dit, une dame ayant un oignon au premier degré (exostose et durillon) avec une déviation minime, souffrant beaucoup. Le nivellement de la tête métatarsienne a donné, chez cette malade, un résultat excellent. D'autres fois, par contre, je le répète, on voit des déviations excessives relativement peu gênantes. Ce n'est donc pas l'importance de la difformité qui fixe les indications, mais les douleurs et les complications qu'elle entraîne.

Il est une autre condition qui regarde le chirurgien et sans laquelle l'abstention est de règle : le chirurgien ne doit toucher à un oignon que s'il est d'une asepsie absolue et complètement à l'abri de toute complication septique. Un résultat opératoire parfait s'impose.

Pour redresser le gros orteil et faire disparaître la difformité, on a trois procédés à sa disposition :

1° Nivellement de l'exostose;

2° Résection cunéiforme du col du premier métatarsien;

3° Résection de la tête du premier métatarsien.

Nivellement de l'exostose. — Ce nivellement donne de bons résultats dans les déviations peu accusées. On fait, le long du bord interne du pied, une incision à 1 centimètre en dedans du tendon extenseur commençant à 2 centimètres en arrière de l'oignon, et se recourbant en bas au niveau de l'interligne métatarso-phalangien. Par une seconde incision inférieure, on circonscrit l'oignon dont on commence par faire l'excision. Puis, on incise le périoste qui recouvre l'exostose que l'on dégage à la rugine. A la gouge et au maillet, on résèque toute l'exostose jusqu'à ce que la tête métatarsienne soit nivelée et ne présente plus aucune saillie interne. On peut sectionner le tendon extenseur, pour amener le gros orteil dans sa situation normale, s'il est un peu dévié. Quelques points de suture rapprochent les lèvres de l'incision. Pour maintenir le gros orteil dans une bonne situation, on le fixe à une petite attelle placée le long du bord interne du pied.

Cette simple ablation de l'exostose, ce nivellement de la tête du métatarsien peuvent suffire pour faire disparaître tous les symptômes pénibles de l'hallux valgus, dans les cas simples.

Mais en présence de difformités très accusées, ce traite-

ment est insuffisant. Il faut alors recourir ou à la résection cunéiforme du col ou à la résection de la tête du premier métatarsien. Il faut rejeter comme absolument irrationnelle la désarticulation du gros orteil conseillée par quelques chirurgiens.

C'est Carl Hueter, professeur à Greisswald, qui pratiqua le premier, en 1870, la résection de la tête du métatarsien pour corriger la déviation. Il préconise cette décapitation, dans son *Traité des maladies articulaires*, quand il existe un hygroma suppuré. Hamilton pratique plus tard l'opération de Hueter pour un hallux valgus non enflammé. Après Hamilton, l'opération se fait très souvent aux États-Unis.

Reverdin, en 1881, conseille la résection cunéiforme en arrière de la tête. En France, quelques chirurgiens opèrent l'hallux valgus. M. Quévedo consigne dans sa thèse les observations de MM. Monod, Jalaguier, Régnier, Rémy.

La résection cunéiforme peut suffire dans les déviations qui ne sont pas extrêmes et il faut réserver la résection de la tête métatarsienne aux cas les plus graves.

Résection cunéiforme. — Pour pratiquer la résection cunéiforme, voici le procédé que conseille M. Reverdin (1).

Les deux premiers temps sont ceux du nivellement.

Premier temps. — Incision sur la face dorsale du premier métatarsien à 1 centimètre en dedans du tendon de l'extenseur propre. D'abord rectiligne et parallèle au tendon, cette incision, arrivée au niveau de la tête métatarsienne, se recourbe en dedans et vient se terminer à la limite de la face dorsale et du bord interne du pied, dans le sillon qui sépare l'exostose de l'interligne articulaire.

Deuxième temps. — Le périoste incisé du même coup est détaché de l'os avec la rugine. L'exostose est ainsi complètement mise à nu par la préparation de ce lambeau cutané et périostique. Un ciseau est appliqué dans le sillon de séparation de la tête et de l'exostose. D'un coup de marteau, on nivelle l'exostose.

Troisième temps. — On taille dans le métatarsien avec un ciseau un coin osseux dont la base répond à la surface osseuse mise à nu par l'ablation de l'exostose. Le trait antérieur de cette base est à 1 centimètre et demi ou 2 centimètres de la surface articulaire. Ce coin enlevé, on redresse l'orteil. Si l'extenseur propre rétracté s'y oppose, on le sectionne.

Les suites de l'opération sont des plus simples et les six cas publiés par Reverdin, en 1881, ont donné un bon résultat fonctionnel.

Résection de la tête du métatarsien. — Cette opération est bien supérieure à la désarticulation combinée avec l'ablation de la tête métatarsienne, car la voûte plantaire perd un de ses points d'appui essentiels dans ce dernier cas.

« Pour la résection, on fait une incision longitudinale sur la partie hypertrophiée de la tête du métatarsien allant jusqu'à l'os. On dégage les parties molles, le périoste et la gaine du tendon d'avec la surface osseuse et on décapite le métatarsien avec la scie ou avec la pince coupante » (Hueter). Quelques chirurgiens condamnent l'ostéotome et se servent exclusivement de la scie à chaîne.

MM. Monod et Jalaguier, au lieu de faire une résection droite, font une résection oblique d'arrière en avant et de dedans en dehors. Dans un cas, après la résection, l'orteil ne pouvait être redressé et M. Monod fut obligé de sectionner au niveau du premier espace interosseux toutes les parties molles jusqu'à l'os : le tendon fléchisseur et l'abducteur oblique. On peut enlever à la rugine le cartilage de la phalange pour assurer mieux la consolidation. M. Rémy, après avoir fait la résection, régularise l'extrémité osseuse réséquée, de façon à conserver une partie renflée et convexe qui s'applique à la première phalange. Il y a des cas où l'appareil plâtré est nécessaire pour maintenir le redressement de l'orteil. D'autres fois, il est inutile.

Les résultats thérapeutiques de résection de la tête du premier métatarsien ont été toujours excellents. Les malades vus longtemps après l'opération ont tous éprouvé un soulagement complet et peuvent faire de longues marches. La thèse de M. Quévedo contient 20 observations de résection de la tête et toujours on note un bon résultat fonctionnel.

(1) Reverdin. In *Transaction of the International medical Congress London*, 1881.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort, à l'âge de quatre-vingt-onze ans, de M. le docteur F.-C. Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, commandeur de la Légion d'honneur.

Ses obsèques auront lieu demain samedi, 28 juillet, à midi, en l'église Saint-Sulpice.

— Par décret, en date du 25 juillet 1894, sont nommés :

MM. de Nabias, professeur de matière médicale à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Bordeaux; Meyer, professeur de physiologie à la Faculté de médecine de Nancy; Simon, professeur de pathologie générale et pathologie interne à la Faculté de médecine de Nancy; Prenant, professeur d'histologie à la Faculté de médecine de Nancy.

— Par décret, en date du 25 juillet 1894, la chaire de thérapeutique et hygiène de l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Rennes, est supprimée à dater du 1er novembre 1894.

Il est créé à ladite école une chaire d'histologie.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition Universelle de Lyon.* — *Concours international de pompes.* — Train spécial de plaisir à prix réduits de Paris à Lyon :

Aller : départ de Paris le 3 août (nuit du 3 au 4), à 11 h. 10 soir; arrivée à Lyon le 4 août, à 10 h. 39 matin.

Retour : départ de Lyon le 8 août (nuit du 8 au 9), à 11 h. 25 soir; arrivée à Paris le 9 août, à midi 18.

Prix d'aller et retour : 2e classe, **39** fr.; 3e classe, **25** fr.

Fête de l'Assomption. — Billets d'aller et retour à prix réduits. — A l'occasion de la fête de l'Assomption, les billets d'aller et retour à prix réduits, délivrés du 11 au 15 août 1894, en vertu du tarif spécial G. V. n° 2, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 16 août.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité, lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

PANCRÉATINE DEFRESNE

Adoptée officiellement par la Marine et les Hôpitaux de Paris.

DÉGOUT DES ALIMENTS. | LIENTÉRIE.
DIGESTIONS DIFFICILES. | GASTRALGIE.
DYSPEPSIE. | GASTRITE, ETC., ETC.

DOSES :
Pancréatine Defresne : 2 à 4 cuillerettes.
Pilules digestives Defresne : 2 à 4 pilules.
Élixir et Sirop.

Détail : Ph^ie, 2, rue des Lombards, Paris.
DEFRESNE, auteur de la Peptone pancréatique.

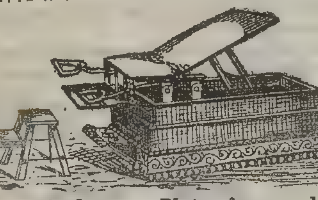
ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, précédemment à Paris, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
Tentures et sièges pour cabinet sur devis.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fab^t ces meubles bon marché (garantis).

Valérianate PIERLOT

D'après l'opinion des Professeurs
BOUCHARDAT, GUBLER, TROUSSEAU
le **Valérianate d'Ammoniaque Pierlot** est un *névrosthénique* et un puissant *sédatif* des *névroses*, des *névralgies* et du *nervosisme*.

Le **Valérianate** de **Pierlot** doit être pris par cuillerée à café, matin et soir, dans un peu d'eau sucrée.

Une instruction accompagne chaque flacon.

Prescrire le VÉRITABLE VALÉRIANATE PIERLOT, de la M^on CLIN et Cie, 20, r. Fossés St-Jacques, PARIS.

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ
Une cuillerée à bouche contient :
0^gr,05 d'Iode
et 0^gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles,** etc....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

ÉLIXIR VIN SACCHARURE EUPEPTIQUE KOLA-MONAVON

Médicat cardio-vasculaire, Tonique, reconstituant, quintup les forces, *Aliment d'épargne,* contre *Atonie générale, Convalescence, Débilité, Neurasthénie, Affections cardiaques.*
ELIXIR dosé à 1 gr. 50 Noix de Kola vraie par cuillerée à bouche
SACCHARURE dosé à 1 gr. 50 — — à café.
PHARMACIE MONAVON, 10, RUE DE TRION, LYON, ET TOUTES PHARMACIES.

SPÉCIFIQUE des MALADIES NERVEUSES

CAPSULES VALÉRIANATE D'AMYLE **BRUEL**
Dans toutes les Pharmacies

L'ÉTHER AMYL-VALÉRIANIQUE, qu'il ne faut pas confondre avec l'Ether Valérianique, est le plus puissant et le plus inoffensif des calmants et antispasmodiques. C'est aussi le *meilleur dissolvant de la* **Cholestérine.**

Deux capsules prises avant le coucher, procurent un sommeil plus calme que le chloral.

DOSE : *8 à 10 Capsules par 24 heures.*

NEVRALGIES MIGRAINES
COLIQUES HEPATIQUES
NEPHRETIQUES UTERINES
Gros : 11, r. de la Perle, PARIS

DÉBILITE NERVEUSE, AFFAIBLISSEMENT GÉNÉRAL, CHLOROSE, ANÉMIE

TRAITEMENT PAR LE

GLYCÉROPHOSPHATE DE FER FREYSSINGE

Solution contenant **0,25** de **Glycérophosphate de FER** par cuillerée à soupe. Dose moyenne : une cuillerée avant chaque repas, dans un peu d'eau pure ou sucrée. C'est le ferrugineux le plus assimilable et le mieux toléré.

Le flacon : **3** *francs.* — 105, *rue de Rennes,* PARIS, *et les Pharmacies*

PERLES DE GAÏACOL-CLERTAN

Au Gaïacol Cristallisé, Marque Alpha

Tous les Gaïacols *liquides* du commerce sont *impurs.* — Ce sont des mélanges en proportions variables de principes différents. — Le gaïacol *cristallisé (marque Alpha)* est le seul donnant toute certitude au point de vue de la médication gaïacolée.

C'est avec le *gaïacol cristallisé* alpha que sont faites les perles de Gaïacol-Clertan. Chaque perle renferme dix centigrammes de *gaïacol cristallisé chimiquement pur.* Dose moyenne : 2 à 4 par jour.

PARIS, 19, rue Jacob — Maison L. FRERE — A. CHAMPIGNY & Cie, Suc^rs, ET DANS LA PLUPART DES PHARMACIES DE TOUS LES PAYS

Hunyadi János

La plus sûre, la plus efficace et la plus agréable des Eaux purgatives naturelles.

APPROUVÉE PAR L'ACADÉMIE DE MÉDECINE DE PARIS, PAR LIEBIG, BUNSEN, FRESENIUS, LUDWIG.

Unique d'après les appréciations de nombreuses célébrités en médecine de France et de l'Étranger qui lui attribuent les avantages suivants :

Effet prompt, sûr et doux

Absence de coliques et de malaises. — Sans constipation consécutive. — L'usage prolongé ne fatigue pas l'estomac. — Action durable et régulière. — Ne produit pas l'accoutumance. — Petite dose. — Pas désagréable à prendre.

Hunyadi János

Autorisé par l'Etat. — Chez les marchands d'eaux minérales et dans les Pharmacies. **Se méfier des contrefaçons.** Prière d'exiger l'étiquette portant le nom :

„Andreas Saxlehner."

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie,** la **Chlorose,** la **Gastralgie,** les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge,** etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^ien, 41, B^erd Haussmann, et t^tes ph^ies.

ALBUMINATE DE FER LAPRADE

Chloro-anémie. — 1 cuillerée par repas.
Paris, COLLIN et Cie, 49, r. de Maubeuge, et ph^ies.

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3^f50



Médecins, 2^f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, ph^ien, 34, rue La Bruyère, Paris.

FER QUEVENNE

Approuvé par l'Académie de Médecine. — Plus actif et mieux toléré que les sels de fer (Poudres, Dragées, Pastilles). 0^g05 à chaque repas. — 14, rue des Beaux-Arts, Paris.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 30 juillet 1894.

Le jugement suivant, rendu par le Tribunal de Cusset (Allier), confirme ce que nous avons dit, dans un précédent article, au sujet des cessions de clientèle médicale. Il précise les conditions par lesquelles le contrat de cession est considéré comme légalement valable.

1° Attendu que A... et B... (son beau-père) prétendent tout d'abord que la convention verbale intervenue entre eux et C... n'est qu'une cession de clientèle de médecin et par conséquent nulle, aux termes de la jurisprudence, ensuite et en tous cas que C... n'a pas tenu ses engagements vis-à-vis du demandeur, concluent à ce qu'il plaise au Tribunal dire que la cession de sa clientèle de médecin faite par C... à A... est nulle et non avenue comme n'ayant pas eu lieu en fait et comme étant, en droit, contraire à l'ordre public;

S'entendre, en conséquence, C... condamner à restituer à A... la somme de 6000 francs versée par ce dernier, à valoir sur cette cession, le 7 juillet 1891, avec intérêt du jour de la demande; voir dire que les trois billets souscrits, le 1er juillet 1891 par A... à l'ordre de C..., endossés par B... et payables, le premier, de 6250 francs, le 1er janvier 1893; le second de 5000 francs, le 1er janvier 1894 et le troisième, aussi de 5000 francs, le 1er janvier 1895, sont sans cause, nuls et non avenus;

S'entendre, par conséquent, C... condamner à en faire la restitution à A... et B..., dans les vingt-quatre heures de la signification du présent jugement et sous une astreinte de 100 francs par chaque jour de retard; s'entendre, en outre, condamner en tous les dépens.

2° Attendu que C... de son côté, soutenant que la convention dont s'agit est parfaitement licite, qu'il a rempli tous ses engagements, conclut à ce qu'il plaise au Tribunal déclarer les demandeurs non recevables, en tous cas mal fondés dans leurs différents chefs de demande, les en débouter en se portant reconventionnellement lui-même demandeur à raison du préjudice que lui causeraient les imputations dirigées contre lui par le procès actuel; condamner les défendeurs conjointement et solidairement en 5000 francs de dommages-intérêts, aux intérêts de droit et aux dépens.

Sur la demande principale.

Attendu, à la vérité, que le reçu donné par C... à A... le 7 juillet 1891 est ainsi conçu : « Je soussigné reconnais avoir reçu de M. le docteur A... la somme de 6000 francs à valoir sur *la cession de ma clientèle* » et que les billets souscrits sont également causés *valeur reçue en cession de clientèle;*

Attendu que, si l'on s'en tenait aux termes seuls des actes produits, il semblerait qu'on se trouverait bien en présence d'une cession de clientèle de médecin;

Mais attendu qu'on doit, dans les conventions, rechercher quelle a été la commune intention des parties contractantes plutôt que de s'arrêter au sens littéral des termes (article 1156 du code civil);

Attendu que la jurisprudence reconnaît généralement la validité d'une cession de clientèle de médecin toutes les fois que cette cession peut être entendue, en ce sens, que le médecin cédant a pris vis-à-vis d'un confrère l'engagement :

Premièrement : de ne plus exercer la médecine dans un lieu déterminé;

Deuxièmement : de présenter ce confrère comme son successeur à sa clientèle; de faire tous ses efforts pour lui procurer cette clientèle;

Troisièmement : et de lui céder son droit au bail du logement qu'il occupe;

Attendu qu'il ressort clairement des faits et des documents du procès que C... a pris vis-à-vis de A... tous ces engagements, mais qu'il n'en a pris aucun autre;

Attendu que la convention verbale intervenue entre les demandeurs, d'une part, et le défendeur, d'autre part, ne peut donc être déclarée nulle, ni être annulée, ni résolue, si C... a tenu ses engagements;

Qu'il s'agit donc seulement de rechercher s'il a rempli ses obligations qui consistaient :

Premièrement, à ne plus exercer la médecine à X...;

Deuxièmement, à présenter A... comme son successeur à sa clientèle et à faire tous ses efforts pour lui procurer cette clientèle;

Troisièmement, enfin, à lui céder ses droits au bail de la maison qu'il occupait à X...

En ce qui concerne la première et la troisième obligation :

Attendu qu'il est constant et non contesté d'ailleurs par les demandeurs que C... a satisfait entièrement à ces deux obligations.

En ce qui concerne la deuxième obligation :

Attendu que la clientèle du docteur C... se composait d'une clientèle de ville et d'une clientèle fixe de certaines administrations et compagnies payant les honoraires du médecin par abonnement, à l'année;

Attendu que C... soutient (ce qui, du reste, n'a pas été contredit par A...), qu'à plusieurs reprises il a proposé à A... de le présenter à la clientèle de ville, mais que A..., tantôt pour une cause, tantôt pour une autre, n'a pas

accepté la proposition de C... qui s'est vu obligé de se contenter de le recommander à ses clients, hors sa présence;

Attendu que, pour la clientèle fixe des compagnies, il est hors de doute et reconnu du reste par les demandeurs, que C... en a procuré une certaine partie à A...;

Que les demandeurs lui font seulement grief de ce que A... n'a pas été choisi comme le successeur de C... par la Compagnie du gaz et par la ville de X...;

Attendu, à cet égard, que, s'il est vrai que la clientèle de la Compagnie du gaz et de la ville a échappé à A..., il est non moins certain que c'est par la faute de ce dernier et non par celle de C...;

Attendu, en effet, que c'est sur les pressantes sollicitations de A... qui écrivait à C... qu'il était sûr d'être nommé à son lieu et place et contrairement aux conseils de C... que ce dernier a donné sa démission de médecin de la Compagnie du gaz (voir lettres de A... du 24 juillet 1891 et de C... des 25 et 27 juillet, même année); que, quant à la ville, A... a fait ce qu'il fallait pour voir échapper cette clientèle, puisque, immédiatement après le départ de C..., A... a cessé d'assurer les services qui lui avaient été confiés comme médecin-adjoint;

Attendu qu'il n'est nullement établi que C... ait engagé A... à user de subterfuge ou de procédés contraires à la délicatesse pour obtenir la continuation de la clientèle;

Qu'il n'est pas davantage établi que A... l'ait mis en demeure de lui communiquer ses livres de comptes;

Que A..., il est vrai, lui avait écrit pour lui réclamer ses livres, mais que C..., ayant répondu qu'il ne les avait pas de vers lui, il les mettrait à sa disposition dès son retour, A... ne justifie pas les avoir réclamés à nouveau;

Attendu, d'ailleurs, que, de l'examen de ces livres, communiqués au tribunal, après l'avoir été à l'avoué de A..., il ressort clairement que les produits réels de la clientèle de C... ne sont pas inférieurs à ceux par lui annoncés à A;

Attendu que, de ce qui précède, il résulte que C... a complètement exécuté la convention;

Attendu, par suite, que les demandeurs doivent être également astreints à son exécution.

Sur la demande reconventionnelle :

Attendu que C... ne justifie pas d'un préjudice sérieux; qu'il n'y a donc lieu de lui allouer les dommages-intérêts par lui réclamés,

Par ces motifs,

Le tribunal, jugeant en matière ordinaire et en premier ressort, vidant son délibéré, sans s'arrêter ni avoir égard à la demande reconventionnelle formée par C..., dans laquelle il est déclaré non recevable, déclare les demandeurs non recevables, en tous cas mal fondés dans leurs différents chefs de demande, les en déboute et les condamne solidairement en tous les dépens.

Ordonne l'enregistrement du reçu et des billets susénoncés, ainsi que des trois lettres des 24, 25 et 27 juillet 1891.

Fait et jugé en l'audience du tribunal civil de première instance, séant à Cusset (Allier).

La dernière séance de la Société médicale des hôpitaux débute par un retour offensif de M. Huchard contre la myocardite typhoïdique, que défend encore M. A. Siredey, et comme précédemment, les deux belligérants couchent sur leurs positions.

M. Catrin présente une intéressante étude sur le diagnostic de la diphtérie pharyngée et son traitement, par le permanganate de potasse. Sur 28 angines envoyées au service d'isolement du Val-de-Grâce, des infirmeries régimentaires, ou des salles de l'hôpital, comme suspectes de diphtérie, 8 seulement furent confirmées par l'examen bactériologique. L'auteur rappelle, à ce propos, fort judicieusement, les difficultés de ces recherches, puisque plusieurs microbes revêtent la forme du bacille de Lœffler, lui empruntent ses colorations, à tel point qu'on n'est pas encore absolument fixé aujourd'hui sur la personnalité réelle d'un de ces organismes, *bacille pseudo-diphtéritique* pour les uns, *bacille diphtéritique véritable*, mais *non virulent* pour les autres. Aussi réclame-t-il le triple contrôle de la coloration par la méthode de Gram, des cultures sur sérum et de l'inoculation au cobaye.

M. Catrin a employé comme traitement des badigeonnages avec une solution de permanganate de potasse à 1/500, puis à 1/200, renouvelés toutes les deux ou trois heures. Cette méthode lui a donné d'excellents résultats; le permanganate de potasse est un des meilleurs antiseptiques connus, il n'est pas toxique, n'irrite pas les muqueuses, et son application ne cause aucune douleur.

Mais M. Sevestre n'a pas confiance. Le permanganate de potasse, même en solutions plus concentrées, présente une innocuité plus absolue, trop absolue, hélas! car dans une expérience qui fut tentée sous ses yeux, à l'hôpital Trousseau, des badigeonnages faits avec une préparation de permanganate de potasse à 1/2 (parties égales de ce sel et d'une substance inerte), n'empêchèrent pas, chez plusieurs enfants, les fausses membranes de pulluler à l'infini. Mais s'il ne paraît pas efficace contre la diphtérie, le permanganate de potasse est excellent pour traiter les autres angines, la vulvite des petites filles, etc. On peut se servir, sans aucun danger, de solution à 1/30, à 1/20 et même à 1/10. M. Rendu l'a employé, avec un succès remarquable, contre des angines gangréneuses très fétides, qu'il a promptement améliorées.

M. Rendu communique, au nom de M. Spillmann (de Nancy), une observation de péritonite tuberculeuse, guérie par l'injection, après ponction de l'ascite, de 10 grammes de naphtol camphré. On compte déjà de nombreux succès à l'actif de cette méthode, d'ailleurs très simple : après avoir ponctionné l'ascite, on injecte, en une seule fois, dans le péritoine, 10 centimètres cubes de naphtol camphré, et on fait de légers massages sur l'abdomen. Au bout de quatre ou cinq jours, on sent déjà nettement les adhérences qui forment une sorte de gâteau dans la région ombilicale, et cela se fait sans fièvre, sans douleur, sans aucune réaction générale ou locale.

M. A. Siredey lit un mémoire de MM. Albert Mathieu et Laboulais, sur l'influence de l'ingestion du bicarbonate de soude et du citrate de soude, sur la sécrétion chlorhydrique de l'estomac. Cet intéressant travail de notre collaborateur est d'ailleurs reproduit plus loin dans le corps du journal.

M. F. Widal apporte, pour clore la session, de très curieuses études faites par lui depuis plusieurs mois en collaboration avec M. Besançon. Ayant examiné la bouche de 69 sujets différents, les uns en parfaite santé, les autres atteints de maladies variées, telles que variole, rougeole, scarlatine, varicelle, fièvre typhoïde, tuberculose, pneumonie, etc., ils ont trouvé *chez ces 69 sujets, sans aucune exception, du streptocoque*. Ils tirent de leurs recherches cette conclusion légitime que le *streptocoque existe toujours dans la bouche à l'état normal*. Or il n'y vit pas seul; il a pour compa-

gnons de nombreux microbes saprophytes, et même d'autres microbes pathogènes, tels que le staphylocoque, le pneumocoque, et même quelquefois le coli-bacille, etc. On sait que le streptocoque est le microbe classique de l'érysipèle. C'est sa fonction la moins contestée. Mais où et comment devient-il virulent? Subit-il une transformation quelconque pour acquérir des propriétés infectieuses? Rien ne permet aujourd'hui de répondre d'une manière précise à ces questions. Bien plus, il n'existe aucun caractère morphologique, aucune réaction chimique qui permette de distinguer le streptocoque inoffensif recueilli dans une bouche saine de celui qu'on prend sur une plaque d'érysipèle ou d'un foyer d'infection puerpérale. On a vainement invoqué la longueur des chaînettes, la forme des éléments, leur groupement, tout cela varie d'une personne à l'autre, et, pour la même personne, d'un moment à un autre. Les cultures sont les mêmes, et les petites modifications signalées par quelques auteurs, pour servir de base au classement des streptocoques, n'ont aucune valeur caractéristique.

Seules, les inoculations faites aux animaux avec des cultures provenant de plaques d'érysipèle provoquent constamment l'érysipèle, tandis que les inoculations faites avec les cultures provenant de sujets *sains* ou *malades* sont presque toujours négatives; elles ne donnent ni érysipèle, ni aucune autre infection. Trois fois seulement, les streptocoques provenant de la salive d'érysipélateux donnèrent de l'érysipèle, tandis que d'autres injections, faites également avec des cultures provenant de la salive d'érysipélateux, restèrent stériles.

C'est évidemment là un résultat curieux, et qui montre une fois de plus l'importance considérable du terrain dans tous les processus infectieux. Indifférent dans la bouche, le streptocoque ne devient virulent que lorsqu'il a pénétré dans le sang, envahi l'organisme, le plus souvent à la suite d'un autre microbe. Mais ce mode d'envahissement, ses causes nous échappent. Espérons que MM. Widal et Besançon nous apporteront une longue suite au prélude par lequel ils viennent de débuter. En attendant, cliniciens mes frères, méfions-nous de l'abus que l'on fait souvent du streptocoque, n'ayons qu'une médiocre confiance dans les angines à streptocoques et efforçons-nous d'assurer l'asepsie buccale, nasale et pharyngée!

RECHERCHES

SUR L'ACTION DU BICARBONATE ET DU CITRATE DE SOUDE SUR LA DIGESTION STOMACALE (1)

Par MM. Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux, et LABOULAIS, interne en pharmacie.

Le mode d'action du bicarbonate de soude sur la sécrétion et la digestion stomacales intrigue beaucoup les médecins à très juste titre, étant donné la place considérable que tient ce médicament dans le traitement des maladies de l'estomac.

Jaworski, Geigel et Abend, se servant de méthodes purement *qualitatives*, avaient admis déjà que le bicarbonate de soude donné à petites doses augmentait la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Du Mesnil (2), se servant de la méthode *quantitative* de Braun, a conclu dans le même sens.

Les expériences de M. Gilbert (1) l'ont amené à admettre que le bicarbonate de soude, donné à petites doses avant le repas à un chien fistulé, augmentait légèrement la production de l'acide chlorhydrique libre. Il déclarait ses conclusions superposables à celles de M. Hayem, qui avait vu que le bicarbonate de soude, donné une heure avant le repas aux hyperchlorhydriques, augmentait la production de l'acide chlorhydrique libre (2).

Au contraire, le bicarbonate de soude, donné tardivement pendant ou après le repas, avait paru, à ces auteurs, diminuer la production de l'acide chlorhydrique. Ici intervenait une notion nouvelle, celle de l'heure à laquelle on administrait le médicament. La clinique montrait évidemment que de faibles doses données avant le repas aux hyperchlorhydriques exaspéraient leurs souffrances et, au contraire, que des doses suffisamment élevées, données pendant ou après le repas, pouvaient les faire complètement disparaître.

MM. Linossier et Lemoine (3) ont eu l'heureuse occasion de rencontrer un malade qui, atteint de mérycisme, pouvait, sans sondage, leur donner du suc gastrique aux diverses phases de la digestion stomacale, plusieurs fois après le repas. Ils étudièrent chez lui l'action du bicarbonate de soude.

Leur conclusion générale, c'est que le bicarbonate de soude, donné à dose suffisante, variable sans doute suivant les individus, excite toujours la sécrétion de l'acide chlorhydrique. Tout d'abord, il y a saturation de l'acide produit, mais, plus tard, le bicarbonate ayant disparu, l'acide chlorhydrique réapparaît en excès. L'action excitante du bicarbonate de soude est plus marquée, lorsqu'on le donne avant le repas. L'hypersécrétion chlorhydrique qu'il provoque est d'autant plus tardive que la dose a été plus forte. Toutefois, lorsqu'on donne au commencement du repas une quantité très élevée de bicarbonate de soude, 10 grammes par exemple, il y a bien production d'une quantité d'acide chlorhydrique suffisante pour saturer le sel alcalin, mais cela épuise la puissance sécrétoire de la muqueuse et l'acide chlorhydrique n'est pas mis en liberté. Enfin, ces auteurs admettent que l'administration répétée et prolongée de doses assez fortes de bicarbonate de soude finit par produire une excitation permanente de la sécrétion chlorhydrique.

Les conclusions, dont nous venons de donner le résumé, s'appliquent évidemment très bien au fait observé par MM. Linossier et Lemoine; à moins de contester l'exactitude des chiffres qui figurent dans leurs tableaux d'analyses, il est impossible d'en contester le bien fondé.

Il s'agissait là, il est vrai, d'une observation unique; mais les faits constatés allaient bien avec ce que la clinique et l'analyse montraient chez les hyperchlorhydriques et il semblait, en tout cas, bien établi que le bicarbonate de soude donné avant le repas, surtout à doses relativement faibles, excitait la sécrétion de l'acide chlorhydrique.

M. Hayem, il est vrai, revenant sur ce sujet dans le dernier volume de ses leçons de thérapeutique, disait bien que, pour lui, il y avait, en réalité, non pas production d'acide

(1) Conclusions d'un mémoire présenté à la Société médicale des hôpitaux (séance du 27 juillet 1894).

(2) DU MESNIL. *Deuts. Med. Wochens.*, 1892, p. 1112.

(1) GILBERT. Soc. de biol., 1893.

(2) HAYEM. *De la médication antidyspeptique*, 1892, p. 387.

(3) LINOSSIER et LEMOINE. Contribution à l'étude de l'action des alcaloïdes sur la digestion gastrique de l'homme, *Arch. gén. de méd.*, juin 1893.

chlorhydrique en excès, au contraire, mais accélération de l'évolution de la digestion stomacale.

C'était encore admettre une action excitante : c'est là le point le plus important.

Lorsque nous avons entrepris le travail dont les résultats ont été rapportés plus haut, nous avions surtout l'intention de rechercher dans quelle mesure les alcalins à petites doses, donnés avant le repas, exagèrent la sécrétion chlorhydrique et influencent la digestion stomacale.

Dans les deux cas particuliers, que nous avons examinés, voici, en résumé, ce que nous avons vu :

1° L'ingestion de 50 centigrammes ou de 1 gramme de bicarbonate de soude une demi-heure avant le repas n'a eu aucune influence appréciable sur l'état chimique du suc gastrique, l'extraction du liquide étant faite au bout de quarante minutes, après le repas d'épreuve d'Ewald;

2° L'administration de 3 grammes de bicarbonate de soude, une demi-heure et une heure avant le repas d'épreuve, a augmenté le chlore total et les chlorures alcalins, mais dans une mesure moindre qu'elle n'a abaissé la somme de l'acide chlorhydrique libre et combiné. Il y a donc, en somme, diminution de la sécrétion chlorhydrique.

3° En donnant 3 grammes de bicarbonate de soude une heure avant le repas d'épreuve et en faisant l'extraction au bout de *trente* minutes au lieu de *quarante*, nous avons constaté une diminution plus marquée encore de la sécrétion chlorhydrique.

4° Le volume du liquide gastrique, lorsqu'on a donné 3 grammes de bicarbonate de soude une demi-heure et une heure avant le repas d'épreuve et qu'on a fait l'extraction au bout de quarante minutes, a été notablement au-dessous de la moyenne, surtout dans l'expérience dans laquelle on a donné le bicarbonate une heure avant le repas (50 centimètres cubes au lieu de 118).

Au contraire, l'extraction ayant été faite au bout de trente minutes seulement, 3 grammes de bicarbonate de soude ayant été donnés une heure avant le repas, on a trouvé 205 centimètres cubes de suc gastrique, quantité supérieure de près du double à la moyenne.

Le bicarbonate de soude, donné à la dose de 3 grammes avant le repas, paraît donc avoir accéléré l'évacuation du contenu de l'estomac.

5° Chez un jeune homme atteint d'hyperchlorhydrie légère, sans hypersécrétion, la prise de 1 gramme de citrate de soude une demi-heure avant le repas d'épreuve avait légèrement diminué la sécrétion chlorhydrique au bout de quarante minutes; la prise de 1 gramme de citrate une heure avant a, au contraire, sensiblement augmenté cette sécrétion.

6° Chez cette même personne, la prise de 4 grammes de bicarbonate de soude par jour, 2 grammes à chaque repas (1 gramme pendant, 1 gramme après), a, dans les analyses faites au bout de huit et de quinze jours, été suivie d'une diminution sensible de la sécrétion chlorhydrique.

Le volume du liquide stomacal était aussi diminué : il y avait donc eu soit diminution de la quantité du suc gastrique sécrété, soit — ce qui nous paraît plus vraisemblable, d'après ce qui précède — évacuation plus rapide du contenu de l'estomac.

7° Le fait d'avaler ou de rejeter la salive entre le repas d'épreuve et l'extraction du contenu de l'estomac n'a pas amené de modification sensible dans le chimisme gastrique.

Pour juger à fond une question semblable, des expériences nombreuses seraient nécessaires. Il conviendrait, de plus, de varier les heures d'extraction du suc gastrique, de façon à en faire l'analyse aux diverses périodes de la digestion. Il faudrait même, pour bien faire, pouvoir l'examiner à plusieurs reprises, le même jour, après le même repas; malheureusement, cela ne peut pas se faire sans troubler fortement la digestion et sans y introduire un élément d'excitation mécanique tout à fait anormal, même chez les individus les plus habitués au passage de la sonde.

A ce point de vue, les malades atteints de mérycinne, comme celui qu'ont étudié MM. Lemoine et Linossier, sont d'une observation particulièrement précieuse.

Il est à remarquer qu'ils avaient affaire à un dyspeptique primitivement hyperchlorhydrique, qu'ils employaient des doses en général élevées de bicarbonate de soude (5 à 10 grammes), qu'ils se servaient, avec raison, d'un repas d'épreuve plus copieux que le repas d'Ewald : autant de circonstances particulières.

Ils ont vu, chez leur malade, que, pour produire l'excitation sécrétoire, il fallait donner des doses élevées, 3 à 5 grammes de bicarbonate de soude; il est bon de ne pas l'oublier.

Il est à se demander, du reste, si les différents individus réagissent de la même façon en présence des alcalins ; il est probable que non et qu'il y a, à ce point de vue, des idiosyncrasies qu'il importerait de déterminer en clinique pour chaque cas particulier.

Une remarque encore pour terminer. Pour estimer sûrement la sécrétion gastrique, il faudrait pouvoir déterminer la quantité totale du liquide passant par l'estomac au cours de la digestion. Quand on estime le volume du liquide contenu dans l'estomac à un moment donné, on obtient une notion importante, mais on ne sait pas quelle quantité de liquide a été auparavant évacuée par le pylore ou directement absorbée.

Nous avons cherché à résoudre ce difficile problème. Nous avons pour cela fait prendre, en même temps que le repas d'épreuve, du bleu de méthylène, substance colorante inoffensive et indifférente. Il suffit de 2 à 3 centigrammes pour colorer d'une façon intense 300 à 500 centimètres cubes d'eau.

Malheureusement la coloration du contenu de l'estomac n'est pas homogène, il y a des grumeaux de mucus fortement teintés qui restent sur le filtre. C'est même un bon procédé pour se rendre compte de l'existence et de l'abondance du mucus dans le suc gastrique. La teinte et l'intensité de coloration de ces grumeaux démontrent qu'ils sont plus fortement acides que le restant du suc gastrique; ils paraissent accumuler l'acide, ce qui donnerait raison à ceux qui prétendent qu'il faut analyser le suc gastrique sans le filtrer au préalable.

Nous avons aussi mis à l'essai une autre idée. Nous avons fait prendre 1 gramme de sulfate de soude au commencement du repas d'épreuve et nous avons dosé les sulfates dans le liquide extrait de l'estomac. Nous en avons retrouvé une quantité notablement plus forte que celle que l'on trouve dans le suc gastrique à l'état normal avec le même repas d'épreuve. Il paraissait être resté dans l'estomac environ un cinquième du sulfate ingéré. Peut-on en conclure qu'il avait passé dans l'estomac cinq fois plus de liquide qu'on en trouvait encore? On peut le penser, mais il

faut tenir compte de l'absorption possible du sel par la muqueuse de l'estomac. C'est donc une idée à étudier et nous ne la signalons ici que pour prendre date.

VARIÉTÉS

A propos de la cure d'air et des sanatoria de montagne en France.

A Monsieur le docteur Le Sourd.

Je voudrais vous dire, Monsieur le directeur, quelle pensée m'a décidé à vous adresser cette modeste note. Cette pensée la voici : le corps médical tout entier a une confiance illimitée dans la cure d'air. L'air de montagne est le plus sain qu'on puisse respirer après la brise marine. Nous avons des sanatoria maritimes. Pourquoi n'avons-nous pas encore des sanatoria de montagne ? Pourquoi ne ferait-on pas, en France, ce qui se fait depuis plusieurs années à l'étranger ? Serait-il donc bien malaisé de suivre la voie tracée par l'Œuvre nationale des hôpitaux marins ? Cette œuvre a pour objet de seconder la création ou le fonctionnement, sur les côtes de France, d'établissements destinés au traitement des enfants et des adultes scrofuleux ou tuberculeux des deux sexes. Groupant en un faisceau des efforts individuels qui, isolés, risquaient de demeurer stériles et limités à certaines régions, cette association (fondée en novembre 1887) a, sous la haute direction de MM. Bergeron, secrétaire perpétuel de l'Académie de médecine, et H. Monod, le zélé directeur de l'Assistance publique, imprimé une impulsion nouvelle à l'œuvre commencée à Paris par l'Assistance publique de la Seine, en province par MM. Armaingaud, Pallu, Lafargue, etc. En quelques mois, les sanatoria de Pen-Bron, d'Hyères, d'Arcachon, de Banyuls-sur-Mer ont été créés.

Malheureusement, l'atmosphère marine et les bains de mer ne conviennent pas à toutes les constitutions débiles, à tous les sujets lymphatiques, strumeux, à tous les candidats à la scrofule et à la phtisie pulmonaire. Il y a un réel danger à envoyer au bord de la mer les tuberculoses locales douloureuses ou accompagnées d'inflammation, de suppurations aiguës, les maux de Pott compliqués de paralysies, les affections oculaires graves, l'eczéma aigu ou suintant, les diverses tuberculoses du pharynx, la tuberculose pulmonaire, si légère qu'elle soit, et, d'une façon générale, toutes les tuberculoses viscérales. Dans les villes, il y a sans doute des hôpitaux d'enfants, des hospices. Mais ils sont encombrés, l'admission est difficile, elle n'est pas gratuite le plus souvent. Et puis que peut faire à une constitution débile, lymphatique, scrofuleuse, un séjour hospitalier dans une ville ? A côté de l'Œuvre nationale des hôpitaux marins, il y a donc encore à faire quelque chose avec beaucoup d'union et un peu d'argent : créer, dans différentes régions de la France, des asiles sanitaires de montagnes ou sanatoria gratuits. Le problème, si les départements comprenaient bien leurs intérêts, ils chercheraient à le résoudre en commun. Car « c'est un fait bien acquis, comme l'a démontré M. Bouchard, que les enfants débiles, lymphatiques, scrofuleux, tuberculeux, peuvent guérir sans médicaments ». Le véritable traitement des débilités de l'enfance consiste dans la cure d'air, que cet air soit un air de haute ou de moyenne altitude. Ce traitement n'est pas encore pratiquable dans notre pays. Il n'existe actuellement qu'une seule station hivernale organisée, celle du Vernet, dans les Pyrénées-Orientales. Inauguré le 13 octobre 1890, le sanatorium de Canigou est installé au-dessus du village et de l'établissement thermal du Vernet, à 700 mètres d'altitude. L'établissement est adossé au massif du Canigou, qui est bien distinct du reste des Pyrénées et dont le climat présente beaucoup des caractères du climat provençal ou méditerranéen. C'est beaucoup et c'est peu. Le tarif de la cure et des soins médicaux est réservé aux malades fortunés. Voyons maintenant ce qui est en voie de réalisation pour les indigents. Il n'est que temps de penser à eux.

La nécessité de créer des sanatoria de montagne pour le sauvetage de l'enfance est si évidente que quelques fanatiques (les fanatiques seuls fondent quelque chose) paraissent avoir aussi bien vu le but à atteindre que les moyens pour l'atteindre. Un des premiers, M. le docteur Pamard (d'Avignon) proposa, dès 1880, pour diminuer la mortalité infantile, d'élever sur le mont Ventoux, sur les derniers contreforts des Alpes, sur les Cévennes, sur la chaîne des Pyrénées, « des établissements où on pourrait conduire pendant l'été les enfants malades ». Cette idée, M. le docteur Pamard l'a reprise maintes fois. Dans la séance du 18 août 1892, il en saisit encore une fois le Comité départemental de protection de l'enfance, dont il est président, et celui-ci émit le vœu : « Que le préfet de Vaucluse veuille bien saisir le Conseil général de l'étude de cette question à la prochaine session. » Par bonheur (je cite textuellement M. le docteur Pamard), le préfet, M. Gaston Carle, s'intéressa à la question dont il avait compris l'importance : il la porta devant le Conseil général, en même temps qu'il en saisissait les Conseils généraux de la région. Le Conseil général du Gard seul envoya son adhésion. Une commission interdépartementale, composée de six conseillers généraux, trois par département, MM. les docteurs Pamard, Poujade, Ferry de La Bellone, Lemoyne, Gazagne et Regins et M. A.-L. Lebrun, se réunit à Avignon le 31 janvier 1893. Dans une seconde réunion, tenue le 20 mars, la Commission entendit la lecture d'un rapport de M. Brun, étudiant les conditions présentées par divers emplacements proposés et concluait en faveur de la vallée du Vialaret. Après discussion, et sur les instances de M. Brun lui-même, il fut convenu que MM. Ferry de La Bellone, Pamard, Guy et Régins, arrêteraient sur les lieux le choix définitif de l'emplacement. Cette visite eut lieu au mois de juillet 1893 et le choix se fixa sur des prairies dans la partie la plus élevée d'une vallée dépendant de la commune d'Arrigas, dans le canton d'Alzon.

Les conseils généraux du Gard et de Vaucluse ont compris si bien qu'il faut que les départements s'associent librement, selon leurs affinités, leurs besoins, leurs ressources pour organiser l'assistance infantile qu'ils ont adopté en principe les conclusions arrêtées par leurs délégués. La commission spéciale des conseils généraux du Gard et de Vaucluse a chargé de la construction du sanatorium M. Randon de Grolier, architecte départemental du Gard. Les plans du sanatorium ont été approuvés dans la dernière réunion de la commission (6 juillet 1894). Les travaux ne pourront commencer qu'après la session d'août, dans laquelle les deux conseils généraux seront appelés à voter les fonds nécessaires.

Le sanatorium de Peyraube, et non du Vialaret (comme l'a imprimé par erreur le *Bulletin de l'Académie de médecine*, séance du 27 mars 1894), est uniquement destiné aux enfants au-dessous de quatre ans, en proie à ces affections intestinales qui reconnaissent deux causes, la chaleur et la dentition ; les enfants débilités y seront admis aussi. L'établissement sera ouvert seulement du 15 juin au 15 septembre. Il aura, dès le début, 100 lits, 80 pour les enfants seuls, et 20 pour les enfants accompagnés de leurs mères. Le sanatorium de Peyraube sera surtout un auxiliaire de la loi Roussel, car pour M. le docteur Pamard, c'est une règle invariable, que tout enfant en bas âge, atteint de catarrhe gastro-intestinal pendant l'été, doit être envoyé sur des sommets élevés, où la température est froide.

A Sainte-Radegonde, près Tours (Indre-et-Loire), M. le docteur Edmond Chaumier, président de l'Œuvre des enfants tuberculeux de Touraine, a fondé un sanatorium consacré au traitement par la cure d'air des enfants délicats, chétifs ou tuberculeux. Cet établissement de bienfaisance a débuté en décembre 1890. Mais il n'a fonctionné que le 1er avril 1892, avec 4 enfants. Aujourd'hui il y en a 12. Très prochainement ce nombre sera doublé. Le sanatorium est administré par un comité de 22 membres, élus par les souscripteurs en réunion générale. Chaque membre a la surveillance pendant un mois. Il est dirigé par 3 religieuses de la Providence. Il admet les enfants des deux sexes, depuis l'âge de quatre ans jusqu'à celui de seize ans, quel que soit leur lieu d'origine. Les enfants proposés par les fondateurs de l'Œuvre, sont admis gratuitement; les autres sont reçus moyennant une indemnité mensuelle, qui varie selon l'âge, entre 15 et 30 francs par mois, payables à l'avance et par trimestre. Le séjour des enfants au sanatorium est d'au moins trois mois. Le médecin de service visite les enfants au moins une fois par semaine, et tous les jours en cas de maladie. Les ressources du sanatorium viennent des cotisations des membres de l'Œuvre et des dons... Malheureusement, la prospérité du sanatorium n'est pas en proportion de la somme de vertu, de sacrifice, de dévouement, qu'on a déposée dans ses bases. La volonté ardente de M. le docteur Chaumier ne suffit pas. Les fonds manquent. Il y a tant de gens qui se vouent silencieusement à la recherche d'une œuvre utile! S'ils savaient!

Dans le département du Rhône, l'idée d'établir un sanatorium pour les enfants débiles, timidement émise le 25 juin 1890, a fait obscurément son chemin. Personne n'y est resté indifférent, je n'en veux pour preuve que le langage de M. Cambon, alors préfet du Rhône, de M. Rivaud, préfet actuel, et que l'appui moral de quelques hommes de haute compétence, MM. Théophile Roussel, Jules Simon, Hermann Labran, Serrès, inspecteur départemental des enfants assistés, Grinand et de Veyssières, conseillers généraux.

L'essentiel était de découvrir une position très avantageuse et un vaste corps de bâtiment facile à aménager. Ce local devait être isolé, dans un lieu élevé, pittoresque et sain, d'un accès facile, abondamment pourvu d'eau, à proximité de forêts de sapins et d'épicéas. Ces desiderata sont merveilleusement réalisés au centre du canton d'Amplepuis, au château de Magny, ancienne demeure du maréchal de Vauban. Ce château, inhabité, forme au sommet de la colline, dont il est le couronnement, un quadrilatère de 50 mètres de côté, avec une vaste cour intérieure. La façade, très ensoleillée, donne sur une terrasse de 90 mètres de longueur, sur 11 mètres de largeur, plantée de tilleuls centenaires. Une seule aile du château, la façade, tournée en plein midi, suffit à hospitaliser près de 100 enfants. Actuellement, deux vastes pièces y ont été aménagées, pouvant contenir 8 lits. 3 seulement sont occupés. Une femme jeune, intelligente et dévouée, et son mari, fermier du château, ont la charge des 3 enfants et assurent strictement les prescriptions médicales. Cette installation provisoire a été inaugurée le 15 avril 1894. Le premier petit pensionnaire, le jeune Adolphe G... (de Paris), un pupille de Me Henri Rollet, a été envoyé par la Société lyonnaise pour le sauvetage de l'enfance. Le bulletin médical de M. le docteur Bonnet, médecin de l'École de Brignon, portait : submatité et obscurité respiratoire du sommet droit, température 38, 38°5, sueurs nocturnes, poids 32 kilos, taille 1m41. Aujourd'hui, 12 juillet 1894, après trois mois de cure d'air : respiration normale au sommet droit, température 37°5, plus de sueurs nocturnes, poids 41 kilos, taille 1m43. La cure d'air a été le seul mode de traitement. Pour ce premier petit pensionnaire, déjà un vrai résultat a été obtenu; des esprits très éclairés qui étaient, il y a trois mois, à mille lieues d'en admettre la possibilité, l'ont pleinement et ouvertement accepté. Les deux autres enfants débiles, arrivés plus tard, seront avant trois mois transformés et refaits. J'en ai la preuve dans une observation de chaque jour.

Pour conclure, le rêve des sanatoria de montagne a déjà pris, en France, un commencement de réalité. C'est beaucoup et c'est peu. L'Œuvre nationale des hôpitaux marins a groupé en un faisceau des efforts individuels qui, isolés, risquaient de demeurer stériles et limités. Que l'*Œuvre nationale des sanatoria de montagne* en fasse autant! L'association rend facile tout ce qui paraît impossible. Que Paris, centre de presque toutes les œuvres nationales, soit le siège de l'œuvre nouvelle. Je supplie ici M. le docteur Pamard, le promoteur du premier sanatorium de montagne, en France, M. le docteur Chaumier (de Tours), de s'atteler aussi à cette œuvre nationale de sauvetage. Unis, nous ne chercherons pas longtemps des collaborations actives et dévouées, car le trait général des questions infantiles est d'être contagieuses. On taxera peut-être ces pronostics d'illusion et l'on dira : pour atteindre un résultat, il est prudent de compter avec la force d'inertie de ceux que l'affreux égoïsme a atteints. Il n'importe. Il n'y a de récompense que pour ceux qui osent.

A. BOURNET.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision présidentielle, en date du 20 juillet 1894, à été autorisée la permutation entre M. Parin, médecin de deuxième classe des colonies, et M. Thiroux, médecin de deuxième classe de la marine.

— Un concours s'ouvrira le 14 décembre prochain, à deux heures de l'après-midi, pour trois places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire à l'Hôtel-Dieu d'Orléans.

L'unique épreuve de ce concours consiste en une composition écrite sur deux sujets tirés au sort : une question d'anatomie courante et une question classique de pathologie interne ou externe. (Questions ordinaires du concours d'externat des hôpitaux de Paris.) Deux heures sont accordées pour cette composition.

L'entrée en fonctions aura lieu le 1er janvier prochain.

Les internes titulaires reçoivent, outre le logement, la nourriture, le chauffage et l'éclairage, une somme annuelle de 400 francs (et des gratifications quand il y a lieu).

Les internes provisoires sont appelés à suppléer les titulaires malades ou en congé et à remplacer ceux qui viendraient à faire défaut avant le 1er janvier de l'année suivante. Ils reçoivent les mêmes avantages que les internes titulaires pendant qu'ils en remplissent les fonctions.

Les internes titulaires sont nommés pour deux ans, les internes provisoires sont nommés pour un an, mais peuvent se présenter aux concours ultérieurs.

Sont admis au concours tous les étudiants en médecine ayant au moins une inscription.

Pour s'inscrire au concours et pour tous les renseignements, s'adresser au secrétariat des hospices d'Orléans.

N. B. — Toutes facilités sont accordées aux internes pour les dissections, la médecine opératoire et les accouchements.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. Danseux, interne des hôpitaux, décédé à l'hôpital Lariboisière au cours d'une fièvre typhoïde contractée dans son service.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 89. — JEUDI 2 AOUT 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 2 AOUT 1894. — N° 89.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a entendu une série de rapports ; c'est d'abord le rapport officiel de M. Hervieux sur la vaccine. M. Hervieux constate que notre épidémie variolique est aujourd'hui vaincue, alors qu'elle règne encore en Angleterre, grâce à la ligue antivaccinale, et pourtant la vaccine est obligatoire, depuis 1867, en Angleterre, M. Hervieux attribue surtout aux revaccinations la cessation de l'épidémie parisienne; mais il accorde aussi une grande importance aux services rendus par les mesures hygiéniques, désinfections, etc.

Un rapport de M. Dieulafoy sur un travail de M. Dembo (de Saint-Pétersbourg), relatif aux meilleurs moyens de mise à mort des animaux de boucherie, a donné lieu à une discussion assez intéressante qui a transformé, pour quelques instants, l'Académie en Société protectrice des animaux. Quel est le meilleur moyen de tuer un bœuf? l'abatage ou la saignée selon la coutume juive? M. Dieulafoy plaidait pour ce dernier moyen comme étant plus humain et plus hygiénique. Mais les vétérinaires, plus compétents, MM. Trasbot et Weber, ont énergiquement défendu le système de l'abatage et fortement conseillé à M. Dieulafoy d'aller voir, à la Villette, avec quelle habileté il se pratique.

Signalons, enfin, un rapport de M. Proust sur la relation faite par M. Legrand, médecin sanitaire de France, à Suez, de deux cas d'abcès du foie chez l'enfant. Ces abcès sont extrêmement rares chez l'enfant. C'est là surtout ce qui fait l'intérêt des observations de M. Legrand.

HOPITAL RICORD. — M. Charles MAURIAC.

Hygiène dans le traitement de la syphilis (1).

II

Il n'est pas toujours facile de deviner quels sont les viscères qu'une moindre résistance, originelle ou acquise, prédispose aux assauts de la maladie. A cet égard, nos prévisions sont souvent déjouées, et nous voyons se produire le contraire de ce que nous attendions. Tout en faisant la part des santés à peu près irréprochables, il est bon de ne pas oublier que beaucoup d'organismes présentent presque toujours certains points plus vulnérables que d'autres. Nous devons en tenir un grand compte dans l'hygiène des syphilitiques.

Or, comme, de tous les organes internes, les centres nerveux et principalement le cerveau sont, dans une incomparable proportion, ceux qui attirent le plus l'action syphilitique aux diverses périodes de la maladie, ce sont eux surtout que nous devons avoir en vue pour la direction des mesures hygiéniques destinées à sauvegarder leur intégrité organique et fonctionnelle.

Au nombre des circonstances qui sollicitent le plus les déterminations de la syphilis sur les centres nerveux, il faut mettre en première ligne les surexcitations et les dépressions qu'entraîne la vie mondaine menée à grandes guides, telles que les émotions du jeu, les veilles prolongées, les soupers et les excès vénériens, etc., qui en sont presque toujours la conséquence. Dans un ordre de choses moins blâmable, les travaux excessifs de l'esprit, le surmenage intellectuel, les commotions morales, les préoccupations, les anxiétés, les chagrins continuels jouent un rôle considérable dans la pathogénie des syphiloses cérébro-médullaires.

L'hygiène morale des syphilitiques, si essentielle dans maintes circonstances, ne présente pas de grandes difficultés lorsqu'il s'agit de prêcher l'impérieuse nécessité de mettre un terme à ces genres de vie outrancière si dangereuse pour ceux qui s'y complaisent. Nous pouvons arriver, pour peu que nous soyons persuasifs et pénétrés de notre sujet, à faire rompre brusquement ou abandonner peu à peu de pareilles habitudes.

Mais il n'en est pas ainsi lorsqu'une tournure particulière de l'esprit porte les malades à devenir les propres artisans de leurs infortunes morales, souvent imaginaires. Chez eux, les passions tristes ont une source intarissable, une spontanéité invincible. Combien n'en voit-on pas qui sont bouleversés de fond en comble quand ils apprennent qu'ils ont un chancre syphilitique! Du premier coup, la vue terrifiante de ce que la syphilis a de plus redoutable, pour le présent et surtout pour l'avenir, les frappe d'une sorte de sidération contre laquelle nous luttons vainement. C'est comme un

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 805.

maléfice qui les pénètre jusqu'aux moelles. N'attendez d'eux aucun effort pour réagir contre cette obsession. Le temps seul et les événements finissent quelquefois par la dissiper peu à peu. Et nous aussi nous pouvons y arriver en leur disant avec précision et sincérité, sans aucun artifice de langage ressemblant à des consolations banales, qu'ils ont tort d'exagérer leur malheur; qu'il est extrêmement probable que chez eux la syphilis, comme chez tant d'autres, n'aura aucune gravité; qu'un bon traitement secondé par eux fera rapidement justice de ses premières poussées; qui s'éloigneront et s'atténueront de plus en plus après les premiers mois; qu'au bout d'un an et peut-être moins elle ne fera que les taquiner par quelques récidives de plaques muqueuses, et qu'enfin, au bout de trois ans, ils pourront se marier avec la certitude à peu près complète de n'infecter ni leur femme, ni leurs enfants. Nous ajouterons que, parmi les conditions antihygiéniques les plus propres à entraîner des accidents fâcheux, l'état d'esprit qui les domine actuellement serait des plus fâcheux s'il s'établissait en permanence; que, le premier choc passé, il faut reprendre possession de soi-même et envisager la situation telle que nous la dépeignons et telle qu'elle est en réalité dans la très grande majorité des cas.

Parmi ces syphiliophobes, il y en a qui ne restent pas très longtemps sous le poids de leur angoisse. Ils s'en délivrent au bout de quelques mois quand ils voient que les méfaits de leur maladie ne troublent que fort peu le train habituel de leur existence et seraient en somme presque insignifiants si on ne connaissait pas leur provenance infectieuse. Chez d'autres, la hantise syphiliophobique n'est conjurée par rien. Leur calme, leur silence nous font espérer parfois qu'ils en sont délivrés; mais bientôt quelques paroles révélatrices nous prouvent qu'elle les tient et les domine encore. Sous une surface unie s'agite toujours la tempête des folles terreurs imaginaires. Ceux-là ce sont les concentrés que frappe pour toujours une morne incurabilité. Comme contraste, vous verrez les bruyants, les expansifs qui dissertent et épiloguent à perte de vue sur leur syphilis et font de leur langue une soupape de sûreté dans leurs crises d'hypocondrie.

Assurément de pareilles conceptions, quelles que soient leurs formes, ont de très mauvais côtés, surtout quand elles arrivent au point de réagir sur la santé générale. Et cependant, beaucoup de syphiliophobes échappent aux éventualités les plus fâcheuses de la syphilis. Mais j'en ai vu chez qui les pressentiments sinistres étaient d'une désolante exactitude, car tôt ou tard ils se trouvaient justifiés par la réalisation trop parfaite du redoutable avenir qu'ils avaient deviné.

L'immunité des femmes contre la syphiliophobie est un phénomène psychologique que j'ai constaté bien des fois et qui a été noté par un grand nombre d'observateurs. Est-ce leur ignorance sur tout ce qui a trait à la syphilis qui les laisse dans cette enviable quiétude? Ne serait-ce pas plutôt, en cela comme en tant d'autres choses morales où elles nous sont très supérieures, une courageuse résignation qui leur donnerait le privilège de ce que nous considérons peut-être à tort comme de l'insouciance ou de la légèreté?

Parmi les causes qu'on ne doit jamais perdre de vue ni négliger dans l'hygiène des syphilitiques, il importe d'accorder une grande place aux prédispositions nerveuses, au nervosisme héréditaire ou acquis. Là encore, il ne faut rien exagérer; mais il est incontestable que de pareils antécédents se rencontrent dans une forte proportion chez les sujets dont le cerveau et la moelle épinière sont frappés par la syphilis.

Quand on va au fond des choses et qu'on ne se contente pas de la simple énonciation des résultats, la pathogénie de ces dangereuses manifestations, qui sont si communes, n'est pas facile à comprendre.

L'anatomie pathologique ne prouve-t-elle pas, en effet, que la plupart des lésions syphilitiques du cerveau et de la moelle ne se localisent pas d'emblée sur les éléments actifs et nobles de ces organes, c'est-à-dire sur les cellules nerveuses? Le parenchyme proprement dit n'est atteint que par contre-coup. Ce n'est pas lui que vient attaquer directement l'agent infectieux (virus, poison, microbe, toxine, ou ce que vous voudrez). Il n'arrive à lui que par une voie détournée, et celle qu'il prend dans la plupart des cas, c'est la voie artérielle. C'est parce que les artères et les capillaires artériels des centres nerveux sont tout d'abord sclérosés par la syphilis que les départements nerveux qu'ils irriguent tombent dans l'anémie, l'insuffisance nutritive et la désorganisation.

Assurément, quand d'innombrables constatations prouvent que de tous les systèmes, c'est le système nerveux qui est le plus fréquemment atteint par la syphilis, à toutes ses étapes, on a raison de dire que le virus syphilitique est le poison du système nerveux.

Mais, par le fait, il empoisonne beaucoup plus les vaisseaux de ce système que ses éléments propres. Ne serait-il pas naturel de supposer que le surmenage intellectuel et toutes les passions morales qui attirent le principe infectieux sur le névraxe auront pour effet de le localiser tout d'abord dans les cellules? Ne sont-ce pas ces cellules qui, par suite de leur suractivité et de leurs désordres fonctionnels, devraient être le siège primitif de tout le mal, comme elles en sont, dans l'ordre du mécanisme fonctionnel, le principal rouage et l'agent le plus actif et le plus immédiat? Eh bien non; ces cellules resteront presque toujours intactes jusqu'au moment où leurs vaisseaux nourriciers seront devenus syphilitiques. C'est sur eux qu'a lieu la décharge de la diathèse. S'y fait-elle spontanément où y est-elle provoquée par le fonctionnement désordonné des cellules? Dans tous les cas, si elles suscitent des altérations vasculaires, celles-ci le leur rendent bien. Déplorable réciprocité! Peut-être aussi la syphilis produit-elle, sans intention spéciale et comme au hasard, des artério-scléroses qui, restant inoffensives sur un grand nombre d'organes, deviennent extrêmement dangereuses quand elles perturbent la nutrition de tissus aussi délicats que celui du système nerveux?

Mais laissons ces vues théoriques pour en revenir à la pratique. Du moment que les névropathies héréditaires ou acquises sont une puissante prédisposition aux syphiloses cérébro-médullaires, nous devons les combattre, les corriger et les prévenir. La médication mercurielle et iodurée ne suffit pas. Ses échecs préventifs contre la prédestination de certains sujets n'est que trop démontrée. Que faire? Lui venir en aide par l'hygiène, c'est-à-dire imposer un genre de vie d'où soient exclues toutes les stimulations morbides du système nerveux : travaux intellectuels exagérés, veilles, excès de table, passions de toute sorte, abus des rapports

sexuels, exercices physiques trop violents qui surmènent la moelle épinière, etc.

L'hydrothérapie est d'un grand secours pour fortifier et régulariser le fonctionnement défectueux du cerveau et de la moelle épinière. On y aura recours chez les prédisposés en question. Les voyages, les distractions, la gymnastique, les bains de mer, les eaux sulfureuses agiront presque toujours dans un sens favorable, si l'abus n'en compromet pas l'efficacité. Enfin, nous mettrons systématiquement en œuvre tous les moyens thérapeutiques et hygiéniques qu'on a l'habitude d'employer chez les névropathes ordinaires.

C'est bien souvent notre seule ressource, car, dans les syphiloses des centres nerveux, beaucoup plus que dans les autres, la médication spécifique ne donne trop souvent que des résultats incomplets, insignifiants ou absolument nuls. N'est-ce pas ce qui a lieu, par exemple, pour le tabes, pour la paralysie générale ? Qu'il y ait ou qu'il n'y ait pas des antécédents syphilitiques chez ceux qui en sont atteints, que la filiation entre eux et la diathèse soit évidente ou obscure, c'est toujours la même incurabilité. Pour le cerveau les revers sont moins inéluctables, il y a même de merveilleuses guérisons. Mais que d'insuccès aussi, même dans les cas où on serait le plus en droit de compter sur la vertu curative des spécifiques !

Un grand nombre de syphilitiques nous demandent notre avis relativement à l'influence que peuvent avoir, en bien ou en mal, les changements de pays et de climats.

Ces changements, autant que j'en puis juger par ma propre pratique, n'ont pas l'influence qu'on serait tenté de leur accorder, ou qu'ils avaient autrefois. Il faut l'attribuer aux améliorations matérielles qui sont devenues si prodigieuses pour les voyages, depuis que la vapeur permet de parcourir toute la surface du globe en quelques mois. L'hygiène aussi, sous toutes les latitudes et dans tous les continents, a fait de tels progrès qu'on est à peu près partout dans les mêmes conditions d'existence moyenne et salubre.

Les climats extrêmes ne sont pas favorables à la syphilis. Il est utile que les malades évitent les brusques variations de température. Ils doivent se surveiller aux changements de saison.

La chaleur vaut mieux pour eux que le froid. Mais je ne pense pas qu'ils trouvent grand inconvénient à promener leur syphilis n'importe où, soit pour leurs affaires, soit pour leurs plaisirs, pourvu qu'ils n'en négligent pas le traitement spécifique et qu'ils prennent certaines précautions hygiéniques élémentaires qu'ils sauront découvrir d'eux-mêmes ou qu'il est facile de leur indiquer.

Comme tous les autres malades et même comme les gens bien portants, les syphilitiques éviteront les lieux et les climats malsains qui seraient de nature à modifier leur santé générale, à les anémier et à troubler leurs fonctions digestives. Les températures excessives et surtout les brusques variations de température, qui se rencontrent fréquemment dans les pays où les fièvres paludéennes sont endémiques, ne pourraient qu'aggraver la syphilis et en contrarier le traitement. Les malarias avec toutes les conséquences qu'elles entraînent, les dysenteries, les affections du foie, seraient très préjudiciables.

REVUE DE LA PRESSE

Cicatrices et déformation des membres par brides amniotiques. — M. Braun présente à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Vienne, le moulage des membres d'un enfant dont l'histoire est la suivante :

L'enfant s'est présenté par le sommet ; la tête, le tronc, puis les membres sont sortis très vite ; les brides amniotiques furent déchirées au moment de l'accouchement. Le liquide amniotique était normal. L'enfant avait les genoux œdématiés, un peu ecchymotiques, avec pertes de substance à bords déchiquetés ; le tissu sous-cutané était à nu, mais non suppuré. A droite on trouvait, à côté de cette perte de substance, des cicatrices étoilées, d'origine intra-utérine certaine ; au-dessus et au-dessous du genou, on trouvait des sillons d'étranglement légèrement ecchymotiques. Le soir, du liquide séro-sanguinolent s'écoula au niveau de la perte de substance, et en même temps la tuméfaction disparut.

Il est probable que les genoux étaient fixés aux parois utérines par des brides amniotiques, dont quelques-unes, plus courtes, n'ont pas été arrachées par les mouvements fœtaux, mais la peau au niveau de leur insertion fut arrachée ; les pertes de substance faites pendant la vie intra-utérine se sont cicatrisées, tandis que les pertes de substance actuelles se sont produites au moment de l'accouchement. L'origine amniotique des étranglements est prouvée, d'une part par leur étroitesse, et d'autre part, par l'absence de circulaires aux membres, ainsi que l'affirme la sage-femme qui a apporté l'enfant. Ces brides amniotiques ne pouvaient exister que durant le dernier mois de la grossesse, car autrement elles auraient amputé certainement les deux membres. Cette hypothèse n'a pu être confirmée par l'examen du placenta, l'accouchement n'ayant pas eu lieu à l'hôpital. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 3, 1894.)

Angiomes caverneux multiples de la langue. — M. Sendler a eu à observer deux cas d'angiomes caverneux multiples de la langue. Les deux malades étaient des jeunes garçons de seize ans. Chez tous les deux, il existait une tumeur principale, du volume d'une noix, située sur le bord droit de la langue, et cinq autres petits angiomes, du volume d'un pois à celui d'une noisette, disséminés sur la face dorsale de la langue. Les malades portent ces tumeurs depuis qu'ils peuvent s'en souvenir. Les tumeurs, d'un rouge violacé, augmentaient parfois de volume, et rétrécissant ainsi la cavité buccale, gênaient la mastication, la déglutition ; sous cette influence, il y avait parfois augmentation de la sécrétion salivaire.

Comme ces tumeurs avaient une tendance à l'accroissement, et comme elles pouvaient donner lieu à une hémorragie grave, l'auteur a décidé de les extirper par les procédés sanglants, à l'aide des ciseaux de Cooper, et en plusieurs séances. Les résultats ont été bons.

L'examen microscopique de ces tumeurs a montré que c'étaient bien des angiomes caverneux. (*Centralbl. f. chir.*, n° 3, 1894.)

Carcinome primitif du mamelon. — M. Maudry relate un fait d'un carcinome primitif de la partie centrale du mamelon, chez une femme de soixante et un ans. L'auteur croit que le point de départ était l'épithélium des points d'abouchement des canaux galactophores, car l'épiderme cutané ne présentait de continuité directe avec la néoplasie, et les cellules cancéreuses ne présentaient pas de caractères d'épithélium pavimenteux. A ce propos, l'auteur rappelle trois autres cas semblables de Czerny, Schmidt et Kary, et discute, à ce sujet, la cause de la maladie de Pajet. Pour Paget les affections soi-disant bénignes de la

peau, psoriasis et eczéma, quand elles ont leur siège au mamelon, deviennent d'un pronostic sérieux, car il s'y greffe souvent un carcinome. Pour Karg, il ne s'agit, dans la maladie de Paget, ni d'un eczéma chronique de la mamelle, ni d'une maladie spéciale. C'est un carcinome ordinaire en surface et très superficiel. Pour l'auteur, cependant, il faut attendre la confirmation par des autres faits pour se prononcer définitivement sur la nature de l'affection. (*Centr. f. gyn.*, n° 4, 1894.)

Diagnostic de l'uréthrite postérieure. — M. Lonstein insiste sur l'insuffisance du signe de l'épreuve de Thomson, de même que de l'épreuve de Goldenberg-Jadasson, pour pouvoir poser sûrement le diagnostic de l'uréthrite postérieure. Les données sur lesquelles sont basées ces épreuves ne sont pas exactes. D'une part, il n'est pas nécessaire que de la portion membraneuse la sécrétion rétrograde dans la vessie; d'autre part, le sphincter uréthral n'oppose pas une résistance toujours suffisante à la pénétration des liquides injectés.

Pour avoir une épreuve sûre par la méthode de Jadasson, il faut injecter, au lieu de l'eau simple, une solution de ferro-cyanure de potassium. Si le sphincter n'oppose aucune résistance, alors la pénétration de la plus faible quantité de cette solution dans la vessie, pourrait être constatée par la réaction du bleu de Berlin dans les urines. L'auteur conseille la méthode suivante : la partie antérieure de l'urèthre sera longtemps lavée à l'aide d'une solution de 0,5 p. 100 de ferrocyanure de potassium, jusqu'à ce que l'eau de lavage ne contienne plus de mucosités. On fait ensuite une injection d'eau tiède, jusqu'à ce que l'eau de lavage ne donne plus de réaction de bleu de Berlin, par addition de chlorure de fer. Puis on fait uriner le malade, on cherche des mucosités et des filaments dans l'urine, et on y ajoute enfin un sel de fer. Quatre cas peuvent se présenter :

1° L'urine est claire et reste insensible au chlorure de fer;

2° L'urine est claire mais bleuit par l'addition d'un sel de fer;

3° L'urine contient des mucosités, mais ne bleuit pas par un sel de fer;

4° L'urine est trouble et bleuit. C'est seulement dans ce dernier cas que le diagnostic reste incertain, dans tous les autres il est clair. Dans le dernier cas, l'incertitude durera aussi longtemps que l'emploi répété du procédé ne fournira pas un résultat positif. (*Centralbl. f. chir.*, n° 5, 1894.)

Action hypnotique du chloralose. — M. Kmelewski donne, dans la *Medicinskoïé Obosrénié* (1893), les résultats de ses recherches cliniques sur le chloralose, faites dans la section de psychiatrie de l'hôpital d'Odessa, sur 17 aliénés et (pour vérification) sur 3 personnes bien portantes (dans ce nombre, l'auteur lui-même), souffrant d'insomnie par suite de surmenage.

Les doses variaient entre 30, 50 et 60 centigrammes; dans un seul cas on a administré 75 centigrammes.

Des 17 aliénés, un seul est resté réfractaire à l'action du chloralose (il était atteint de folie circulaire). Chez tous les autres le sommeil apparaissait après un temps variant de 20 minutes à 2 heures, suivant l'état de plénitude de l'estomac (40 minutes après l'absorption du médicament en moyenne).

Le sommeil durait de 4 à 10 heures (6 heures en moyenne). Dans quelques cas, il y avait avant l'apparition du sommeil des vertiges, du tremblement des membres supérieurs, sueurs abondantes, etc. Dans 2 cas, les phénomènes accessoires étaient très prononcés. Ainsi, une malade à laquelle on a donné par mégarde une double dose de 30 centigrammes, fut prise, après deux heures de sommeil tranquille, de spasmes musculaires généralisés; les pupilles étaient dilatées, sans inégalité, et ne réagissaient que faiblement à la lumière; les réflexes cutanés et tendineux étaient très exagérés, le moindre contact provoquait des convulsions tétaniques, comme dans l'empoisonnement par la strychnine. Après une heure un quart, les convulsions se calmèrent peu à peu, le pouls est devenu plus fort, mais la guérison complète n'est survenue qu'après trois jours.

Chez une autre malade, on a donné 70 centigrammes de chloralose (la veille on lui en a donné 50 centigrammes). Après une demi-heure de sommeil, elle s'est réveillée avec les mêmes phénomènes que la malade précédente, mais de courte durée.

Le chloralose produit donc une excitation de la moelle épinière, comme l'ont du reste montré les savants français et italiens. En dehors de cela, ce médicament a l'avantage sur les autres hypnotiques en ce qu'il n'a pas d'action paralysante sur le cœur et les vaso-moteurs, n'irrite pas les voies digestives et ne provoque pas d'action désagréable, après le réveil, du côté du système nerveux général.

Tuberculose génitale primitive de la femme. — M. Frankenburger eut à soigner, à l'hôpital de Nurnberg, une femme de vingt-six ans, souffrant de violentes douleurs de ventre, survenues six semaines après un accouchement. En se basant sur l'existence probable d'une néphrite pendant la grossesse, sur la marche actuelle de la maladie, avec convulsions violentes et respiration de Cheyne-Stokes, ayant amené la mort au bout de trois semaines, M. Frankenburger conclut à une néphrite et urémie probable. A l'autopsie, on trouva la tuberculose miliaire des poumons, du cerveau, de la rate, des reins, qui présentaient en même temps l'atrophie granuleuse, des fausses membranes dans la vessie, enfin de la tuberculose de l'utérus et des trompes. Le muscle utérin était farci de tubercules, de cellules géantes et de bacilles. La muqueuse et la sous-muqueuse présentaient des détritus granuleux, et entre eux des tubercules isolés, avec quantité colossale de bacilles. La paroi des trompes était épaissie; par places, infiltration cellulaire et masses caséuses, avec bacilles, cellules géantes douteuses. Il s'agissait donc de tuberculose miliaire, à point de départ génital, puisque le processus tuberculeux se présentait sous une forme autre que les granulations, seulement dans l'utérus et les trompes. L'infection s'est faite probablement par voie génitale (soit par les mains ou instruments, soit par le coït), puisque le péritoine n'a que des granulations miliaires. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 4, 1894.)

Traitement chirurgical de la maladie de Basedow. — Le docteur Stockmann communique, à la Société de médecine de Kœnigsberg, les résultats de son intervention pour un goitre exophtalmique.

La malade, âgée de vingt-six ans, a le goitre depuis huit ans, l'exophtalmie depuis six ans. Le pouls est à 125. Elle a été opérée trois fois : la première fois, on a fait la ligature des artères thyroïdiennes supérieures; la deuxième fois, les artères inférieures furent liées (par le procédé de Rydygier). Le lobe gauche de la glande s'étant de nouveau hypertrophié, l'auteur fit l'extirpation (par le procédé de Kocher). A l'examen microscopique on a trouvé la dégénérescence colloïde. Actuellement (un an après l'opération), la malade va bien : les troubles cardiaques ont disparu, le poids du corps a augmenté, il ne reste qu'un peu d'exophtalmie. (*Deut. Med. Woch.*, n° 2, 1894.)

Amputation congénitale par brides amniotiques. — M. Braun rapporte, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Vienne, l'observation d'un enfant dont la tête et le tronc étaient bien développés, mais chez qui il n'y a que des moignons d'épaules au lieu de membres supérieurs. Les membres inférieurs sont aussi très déformés; on y trouve deux

moignons très courts, se terminant chacun par un orteil et présentant un petit appendice sur leur côté externe. L'enfant ayant été apporté par une sage-femme à l'hôpital, sans le placenta, celui-ci n'a pu être examiné. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 3, 1894.) S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 31 juillet 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

RAPPORTS

La vaccine. — M. HERVIEUX donne lecture du rapport officiel sur la vaccine. Il rappelle que notre épidémie variolique est aujourd'hui vaincue et compare avec elle l'épidémie qui règne en Angleterre depuis 1891 et qui, au commencement de 1894, n'avait pas encore désarmé.

Et pourtant l'Angleterre était, depuis 1867, en possession de la vaccine obligatoire, tandis que l'obligation n'a jamais existé en France que pour l'armée. C'est que l'Angleterre a été paralysée dans la lutte par la ligue antivaccinale, tandis que la France a mis à profit tout l'arsenal des moyens prophylactiques.

M. Hervieux fait à cette occasion l'histoire de la ligue antivaccinale, puis passe en revue les divers moyens à l'aide desquels nous avons triomphé de l'épidémie variolique. Il mentionne d'abord le vaccin animal et les conditions qui doivent le faire préférer au vaccin humain. Il repousse le variolo-vaccin préconisé par Fisher et Haccius.

Il attribue surtout aux revaccinations la cessation de l'épidémie parisienne; mais il fait une large part aux services rendus par l'assainissement et les pratiques qui le constituent : pulvérisations, étuves municipales.

M. Hervieux termine son rapport en appelant l'attention sur deux moyens auxiliaires d'une grande importance, la nécessité de nommer des inspecteurs médicaux dans les circonscriptions qui en sont dépourvues, et d'établir, en principe, la gratuité des vaccinations, par l'inscription au budget des communes et des départements de la rémunération des vaccinateurs.

Abcès du foie chez les enfants. — M. PROUST fait un rapport sur deux observations de M. Legrand relatives à des abcès du foie chez les enfants.

Ces abcès sont rares, même dans les pays chauds, où ils sont fréquents chez l'adulte. Zancarol, à Alexandrie, en vingt-quatre ans, a observé 562 abcès du foie, et, sur ce nombre, pas un seul sur l'enfant. C'est au point de vue de cette rareté même que les deux observations de M. Legrand présentent de l'intérêt.

Dans le premier cas, il s'agit d'un enfant de cinq ans, qui eut tout d'abord de la dysenterie chronique avec hémorragies intestinales; huit jours après, la région du foie devint douloureuse avec propagation du côté de l'épaule et phénomènes généraux graves. Une voussure s'étant produite du côté du foie, on incisa un abcès qui contenait 350 grammes de pus. L'évacuation de ce liquide amena une amélioration sensible; mais il se forma un second abcès du lobe gauche qui ne put être opéré. Il se vida dans le gros intestin; mais cette évacuation fut insuffisante, et l'enfant mourut de pyohémie.

Le second cas se rapporte à un enfant de trois ans qui, à la suite des symptômes généraux graves, dysenterie, etc., vit apparaître une voussure sous les fausses côtes. L'évacuation d'un demi-litre de pus amena un soulagement immédiat et un mois après l'enfant était guéri.

Un an après, il succombait à une pneumonie morbilleuse.

L'abatage des animaux de boucherie. — M. DIEULAFOY fait un rapport sur un livre de M. Dembo (de Saint-Pétersbourg), relatif aux différents procédés de mise à mort des animaux de boucherie.

M. Dembo passe successivement en revue ces différents procédés au point de vue humain et au point de vue hygiénique.

Au point de vue humain, les procédés d'abatage par assommement, au moyen de différents instruments utilisés à cet effet (marteaux, massues, masques), sont très défectueux. Il est exceptionnel qu'un bœuf soit abattu du premier coup de massue; il faut une moyenne de huit coups de massue pour tuer l'animal, soit un temps de dix à quinze secondes.

Le procédé du masque Bruno consiste à appliquer sur le front du bœuf un masque muni d'une pointe que le choc du maillet fait pénétrer dans le cerveau; on produit ainsi une ouverture par laquelle on introduit une baguette à l'aide de laquelle on désorganise la moelle. Ce procédé ne donne pas de meilleurs résultats.

L'héricage consiste à introduire dans l'espace occipito-atloïdien un couteau long et effilé. L'animal tombe immédiatement parce que les faiseaux moteurs de la moelle sont sectionnés, mais il continue à vivre parce que le bulbe est situé au-dessus de l'espace en question. On doit achever la mort en dilacérant le bulbe avec le couteau. Ce procédé est donc cruel.

Reste la méthode, dite méthode juive, qui consiste à pratiquer au couteau la section des vaisseaux du cou. L'hémorragie qui en résulte entraîne la perte de connaissance en quatre à cinq secondes. Ce procédé est donc de beaucoup le plus humanitaire.

C'est aussi le plus recommandable au point de vue de l'hygiène publique. La viande se corrompt en effet d'autant plus vite qu'elle contient plus de sang. Le meilleur mode d'abatage est donc celui qui fait mourir par hémorragie. La saignée pratiquée sur l'animal mort ou même simplement étourdi ne vide pas complètement les vaisseaux sanguins parce que les centres vaso-moteurs sont alors paralysés et les vaisseaux dilatés.

DISCUSSION

M. TRASBOT, sans vouloir contester les conclusions générales du travail de M. Dieulafoy, affirme qu'en ce qui concerne le côté humanitaire de la question, son opinion est absolument erronée.

Il n'est pas exact qu'il faille plusieurs coups de massue pour assommer un animal. Il est toujours assommé par un seul coup. Les gens qui font ce travail d'une façon régulière sont, en général, fort habiles et aux abattoirs de la Villette, on peut voir que la nécessité d'un second coup de massue est tout à fait exceptionnelle. C'est, d'ailleurs, pour éviter ces coups de maladresse que l'on a imaginé le masque de Bruno, qui rend l'assommage des animaux très facile.

Ce qui prouve d'ailleurs l'avantage de l'assommage, c'est que les bouchers tendent de plus en plus à l'adopter pour certains animaux, comme les porcs que l'on se contentait jadis de saigner.

L'assommage, dit-on, rend la saignée qui suit incomplète. C'est une grosse erreur, si la saignée se pratique immédiatement après l'assommage, la quantité de sang rendue par l'animal ne diffère pas de celle qu'il aurait rendue par la saignée simple. Il suffit d'aller à la Villette pour se convaincre de la réalité du phénomène. Nos bouchers savent, du reste, augmenter au besoin l'écoulement du sang par des pressions sur le ventre et par quelques manœuvres de respiration artificielle.

D'ailleurs, les bouchers qui opèrent à côté des bouchers

juifs et qui n'ont aucun préjugé adopteraient bien vite la pratique que la religion impose à leurs voisins, s'ils avaient la démonstration que cette pratique, en rendant l'animal plus exsangue, permet de mieux conserver la viande.

Pour ce qui est de la valeur humanitaire des deux procédés, il n'y a pas de comparaison. Le procédé de la saignée est infiniment moins doux.

M. WEBER partage tout à fait l'opinion de M. Trasbot; il suffit, pour se rendre compte de la réalité de ses affirmations, d'aller aux abattoirs de la Villette.

Il est extrêmement rare que l'on donne deux coups de massue à un bœuf pour l'assommer. D'ailleurs, il y a l'appareil de Bruno qui rend la maladresse pour ainsi dire impossible, et avec lequel l'animal ne souffre pour ainsi dire pas du tout.

Quant à la comparaison des deux méthodes au point de vue humanitaire, il suffit de comparer ce qui se passe pour le bœuf qu'on assomme et qui ne bouge plus, et le mouton qu'on saigne, qui se débat plus ou moins longtemps, surtout si l'on considère que la saignée exige que l'on suspende l'animal par les pattes de derrière, ce qui est déjà un supplice très pénible.

M. DIEULAFOY fait observer que le travail qu'il a analysé rapporte des expériences qui lui ont paru convaincantes. Ces expériences ont été faites devant les représentants d'une importante corporation de bouchers de Suisse, et, dans l'une d'elles, il a fallu 72 coups de massue (8 coups par bœuf).

M. MARC SÉE dit que la question est avant tout une question religieuse. Les procédés ne sont pas plus barbares l'un que l'autre, et si certains pays, comme la Suisse, défendent la saignée et imposent l'abatage, c'est une persécution religieuse, pas autre chose. Ce qui est inhumain c'est, par cette interdiction de saigner, d'obliger certains habitants à aller chercher la viande dont ils ont besoin en pays étranger.

D'ailleurs, au point de vue humanitaire, il ne faut pas considérer seulement Paris. Dans le plus grand nombre de nos localités de province, l'abatage, sans doute parce qu'il est mal fait, laisse souffrir l'animal plus longtemps que la saignée.

M. WEBER affirme que c'est une erreur. Il a longtemps pratiqué dans les campagnes et il peut affirmer que les ouvriers sont très habiles pour l'abatage des animaux. Du reste, si l'on peut être maladroit pour le coup de massue, on peut l'être pour la saignée et, dans ce dernier cas, les souffrances de l'animal sont bien plus longues.

M. LARREY rappelle avoir assisté, à la Société protectrice des animaux, à des discussions analogues à celle-ci. Il doit reconnaître que la Société a été très embarrassée pour se prononcer sur la meilleure manière de tuer les animaux sans douleur. On paraissait pencher pour l'abatage avec le masque.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 30 juillet 1894, sont promu ou nommés dans l'ordre national de la Légion d'honneur :

Au grade d'officier. — M. le docteur Bucquoy, médecin des hôpitaux de Paris.

Au grade de chevalier. — MM. les docteurs Marchant (Gérard), chirurgien des hôpitaux de Paris; Poncet, professeur à la Faculté de médecine de Lyon; Quénu, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris et chirurgien des hôpitaux; Ballue, Cartaz, Davesne, Despagnet, Ruault et Weill (de Paris), Figuièra (de Nice), Hacque (de Mazé), Lacombe (de Montbron), Lardier (de Rambervilliers), Souchu-Servinière (de Laval) et Vinciguerra (d'Oran).

— Par décret, en date du 27 juillet 1894, a été nommé, au grade de médecin de deuxième classe dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat, M. Le Quinquis, ancien médecin de deuxième classe de la marine.

— *Le paquet de pansement dans l'armée française.* — Une décision ministérielle (1), en date du 27 juin 1894, vient de paraître relativement au paquet individuel de pansement. Cette décision règle la composition, le mode d'emploi du paquet individuel, les théories à faire aux hommes sur son usage, le mode de distribution des paquets destinés à l'instruction et des paquets de mobilisation, la constitution des approvisionnements, le mode de port et les détails de confection de la poche destinée à contenir le paquet individuel. Ces nouvelles dispositions abrogent les notes ministérielles antérieures.

Le paquet individuel doit être porté, en cas de guerre, par chaque officier ou assimilé, et homme de troupe. Ce paquet, de forme rectangulaire, mesure 12 centimètres de longueur, 10 1/2 de largeur, 1/2 d'épaisseur et pèse 50 grammes. Sa composition est la suivante : un plumasseau d'étoupe enveloppée de gaze, une compresse de gaze et une bande en coton, le tout bichloruré à 3/1000, un morceau de tissu imperméable et deux épingles de sûreté. Ces objets sont contenus dans un sac imperméable revêtu d'une étiquette et le sac est lui-même recouvert par une enveloppe externe en cotonnade grise portant une seconde étiquette indiquant la manière d'ouvrir le paquet et d'appliquer le pansement.

— M. le docteur G. Thibierge, médecin du Bureau central, fera pendant les mois d'août et septembre 1894, dans le service de M. le docteur E. Besnier, à l'hopital Saint-Louis, des leçons sur les maladies du cuir chevelu.

Le lundi à quatre heures, leçon théorique avec présentation de malades à la salle des conférences du Musée (la première leçon aura lieu le lundi 6 août).

Le mercredi à neuf heures du matin, traitement des affections du cuir chevelu, au laboratoire Alibert.

Le mardi à neuf heures, opérations dermatologiques (traitement du lupus, des acnés, électrolyse, etc.), au laboratoire Alibert.

Le vendredi à neuf heures, consultation externe, salle de consultations, 38, rue Bichat.

Le samedi à neuf heures et demie, leçon clinique sur les malades du service (salles Alibert et Devergie).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Édouard Dalain, décédé à Pau; Fabre (du Mans); Jaillet, mort à Madagascar; Moinet, sénateur de la Charente-Inférieure; Pagès (d'Alençon), et Phelippeau (de Maillezais).

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fêtes de l'Assomption* (15 août 1894). — A l'occasion de la fête de l'Assomption, la Compagnie d'Orléans rendra exceptionnellement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du jeudi 16 août, les billets aller et retour à prix réduits qui auront été délivrés, aux conditions de son tarif spécial G. V. n° 2, les samedi 11, dimanche 12, lundi 13, mardi 14 et mercredi 15 août inclus.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif, lorsqu'elle expirera après le 16 août.

(1) Cette décision est éditée en brochure de 8 pages par la librairie Lavauzelle. La connaissance en est nécessaire à nos confrères de la réserve et de l'armée territoriale.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des bains froids dans les maladies infectieuses autres que la fièvre typhoïde.

Par Pierre WIART, interne des hôpitaux de Paris.

Il y a quelques années, à l'époque où le traitement de la fièvre typhoïde par les bains froids soulevait à Paris et à Lyon de si brillantes discussions, le docteur Paul Chéron (1), résumant la question dans une Revue générale, vint apporter ici même les arguments des deux parties et plaider victorieusement la cause de la méthode de Brand.

Le temps a fait son œuvre, et l'eau froide, qu'aux siècles les plus reculés on versait largement aux « fièvres ardentes », a reconquis l'estime si longtemps perdue. Ses plus chauds partisans l'ont répandue partout, il n'est plus de pyrexie qui n'en soit justiciable, et chaque jour les conversions se font plus nombreuses pour proclamer qu'elle est une ressource inépuisable dans le traitement des « formes typhoïdes » des maladies infectieuses.

Une méthode si vaste dans ses prétentions, si orgueilleuse de ses résultats, doit s'appuyer sur des arguments probants sur d'éloquentes statistiques. C'est à développer logiquement les uns, à rapporter fidèlement les autres que nous consacrerons cette courte étude.

Le bain froid a une action physiologique démontrée sur notre organisme. Il stimule le jeu de certains appareils, sidère et régularise celui des autres. De là l'idée toute naturelle, lorsque, dans un état pathologique quelconque, l'un ou l'autre de ces appareils a faibli, d'appliquer d'aussi précieuses propriétés. L'eau froide a donc, pour certains syndromes, communs, du reste, à nombre de pyrexsie, des *indications générales*. Parfois pourtant, dans des cas de moins en moins fréquents à mesure que s'atténue la timidité des premiers expérimentateurs et que s'accroît l'ingéniosité à varier les modes d'application du froid, le bain est mauvais, il peut causer des accidents graves, la mort même, il est *contre-indiqué*. Enfin, comme bien on pense, dans les diverses affections où on l'a prôné, son utilité immédiate, la généralité de son usage, sa valeur thérapeutique, la manière même dont on doit le donner sont choses essentiellement variables. Et c'est pourquoi, en terminant, nous prendrons à part chaque maladie différente pour étudier dans son traitement les *indications particulières* et les *résultats* de l'hydrothérapie. Disons dès maintenant, du reste, que nous laisserons de côté tout ce qui a trait à la fièvre typhoïde; nous ne saurions que répéter ce qu'avant nous l'on a si bien dit.

Notre plan, si logique qu'il nous paraisse, pourrait être jugé incomplet, si nous passions sous silence deux paragraphes omis jusque-là : l'historique d'abord, ensuite la technique de la méthode.

Sur tous les deux nous serons bref. Sur l'historique, parce que, s'il est curieux de rechercher sur l'eau froide les opinions et adages d'Hippocrate et Galien, satisfaire cette curiosité nous entraînerait bien loin. Nous avons hâte d'arriver aux grands noms de ce siècle sur l'autorité desquels nous voulons appuyer notre démonstration et nos conclusions. Sur la technique, d'autre part, il y aurait tant de choses à dire s'il fallait étudier l'application de l'hydrothérapie sous toutes ses formes : lotions, affusions, drap mouillé, bains tièdes que volontairement nous nous en tiendrons aux règles du bain froid telles que Brand les a posées.

I

HISTORIQUE. — D'Hippocrate, qui traitait par elle l'érysipèle, à Galien qu'on peut considérer comme un adepte fervent de la réfrigération dans les fièvres, l'eau froide est en grand honneur. Antoine Musa, médecin d'Auguste, l'emploie contre le typhus. Plus tard, les médecins arabes Rhayés, Avicenne vantent de nouveau ses mérites. La médecine officielle du moyen âge la répudie, tandis que les moines, les empiriques de toutes sortes continuent à guérir par elle de nombreux malades.

Dans les premières années du siècle dernier Hahn de Breslau (1717) préconise les lotions froides. Vers la fin du même siècle Carrie (1798-1804) applique la lotion froide au traitement de la scarlatine. Il y soumet d'abord ses deux fils. Leur guérison rapide l'invite à continuer et il fait des affusions froides l'unique thérapeutique des formes où se rencontrent l'hyperthermie ou des accidents nerveux graves.

Giannini de Milan donne, en 1805, pour la première fois,

(1) P. CHÉRON. *Gaz. des hôpit.*, 1888, nos 60 et 66.

le bain froid tel qu'il est aujourd'hui employé. Presque en même temps, en Allemagne, Froelich et Priessnitz combattent le bon combat.

En France, c'est surtout pour les formes malignes de la scarlatine que l'eau froide, utilisée en affusions plutôt qu'en bains vrais, est pronée. Guersant et Blache, Rilliet et Barthez, Trousseau cherchent à mettre cette pratique en honneur. Mais, timides encore, ils s'en tiennent aux affusions tièdes, inférieures seulement de quelques degrés à la température du malade. Alors, en France, on accuse le froid de nombreuses complications, complications pulmonaires, hémorragies intestinales, hémoptysies, hématuries, et les articles de nos grands dictionnaires relativement récents expriment encore d'assez vives appréhensions à ce sujet, pour préférer les lotions et affusions au vrai bain froid (1).

En Allemagne, l'on était plus hardi; des hommes tels que Jurgensen, Bartels, Liebermeister défendaient énergiquement la cause du bain froid. Un surtout, Brand, n'a cessé, depuis 1861 jusqu'à nos jours, de lutter « pour vulgariser un traitement qui, quoique appliqué depuis des siècles, porte son nom, tant il l'a fait sien par sa pratique méthodique, par ses écrits, par toute sa vie » (2).

La guerre de 1870, pendant laquelle nombre de nos médecins restèrent prisonniers en Allemagne, permit à quelques-uns d'entre eux de reconnaître la valeur du traitement de Brand. C'est ainsi que Frantz Glénard, en 1873, l'importa à l'École de Lyon. Il y fit de nombreux adeptes et l'on vit bientôt se grouper pour le défendre Tripier, Bouveret, Mollière, Venay, Roque et Weill, tandis que derrière eux marchaient tous les médecins lyonnais. Paris fut encore longtemps tenace à ses anciennes croyances, obstiné dans ses préjugés contre l'eau froide. Rares étaient les cas où l'on osait l'employer, et c'était alors tout à fait un traitement d'exception. Ce fut Juhel-Rénoy qui eut, le premier, le mérite et l'audace d'appliquer, dans un service hospitalier, la pure méthode de Brand. Il tira de ses observations une si belle statistique que la méthode s'imposa du coup. Depuis nous voyons chaque jour ses applications se généraliser, et dans tous nos services hospitaliers nous pouvons constater ses bienfaits.

II

Technique du bain de Brand. — Si la formule du bain froid a été donnée par Brand pour la fièvre typhoïde, il faut bien savoir qu'elle est exactement la même pour les autres maladies infectieuses. La voici résumée dans cette phrase de MM. Tripier et Bouveret : « Donner un bain de 20 degrés toutes les fois que la température rectale, relevée régulièrement toutes les trois heures, jour et nuit, atteindra ou dépassera 39 degrés. »

Ou dans celle de Juhel-Rénoy :

« En règle générale, la température rectale sera prise toutes les trois heures ; si elle marque 39 degrés ou plus, le malade sera plongé dans un bain dont l'eau aura 18 à 20 degrés et il y sera maintenu jusqu'à l'éclosion du frisson, soit un quart d'heure environ. »

L'usage du bain froid ne va pas sans quelques précautions et l'énoncé de certains détails pratiques viendra heureusement compléter la brièveté de ces formules.

(1) Sanné. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. Scarlatine.
(2) Juhel-Rénoy. *Traitement de la fièvre typhoïde.*

La baignoire sera placée, bien à l'abri des courants d'air, le plus près possible du malade, 3 à 4 mètres au plus, de sorte qu'il puisse la gagner à pied ou y être facilement porté; mais un paravent dissimulera à ses yeux les préparatifs du bain. L'eau sera aussi claire que possible, renouvelée au moins toutes les vingt-quatre heures; pour peu qu'il y ait quelque excoriation, quelque pustule d'acné ouverte, on y mêlera une substance antiseptique. Cette précaution deviendra une règle lorsqu'on traitera un varioleux, voire un érysipélateux. Si l'on a eu soin, ce à quoi l'on doit bien prendre garde, de choisir une baignoire à fond bien uni, sans nulle aspérité, l'usage d'un drap dans le bain sera sévèrement banni; un pli si mince qu'il soit peut venir excorier l'épiderme ramolli, et servir de point de départ à une escharre.

La température de l'eau variera de 18 à 20 degrés. Je sais bien que certains médecins allemands et des meilleurs (Jurgensen, Bartels, Heubner) ont prôné le bain très froid, variant de 8 à 15 degrés. La moindre durée, la fréquence moindre des bains à donner, la rareté plus grande encore des complications cardiaques et pulmonaires compenseraient largement pour eux les sensations presque insupportables qu'accusent les patients. Brand n'approuve pas cette manière de faire, tout au plus serait-elle bonne dans certains cas très rares.

Faut-il, d'autre part, commencer à donner des bains à 18 degrés, ou vaut-il mieux habituer le malade au froid en débutant par des températures plus hautes (24 et 25) s'abaissant d'un degré à chaque bain ? MM. Brand et Juhel-Rénoy pensent que la première méthode est la bonne ; il faut, dès le début, employer le traitement dans toute sa rigueur; tout au plus pour les timorés ou les femmes transigera-t-on avec cette règle austère.

Quoi qu'il en soit, il est deux choses qu'on ne manquera jamais de faire avant chaque bain : l'une presque indispensable, prendre la température puisque son excès est une des indications du bain ; l'autre, faire pisser le malade, utile si l'on veut suivre les effets diurétiques de la méthode. On rejettera la température axillaire comme inexacte (surtout après le bain) et trop longue à obtenir (quart d'heure) pour s'attacher à la température rectale ou vaginale plus fidèle et plus courte à bien connaître (quatre ou cinq minutes).

Tout ceci a été fait; la température dépasse 39 degrés, l'état général est mauvais ; le malade est amené au bain ; il y entre « bravement » s'il peut encore marcher, sinon il y est étendu doucement. La première minute est pleine d'anxiété ; le patient est oppressé, anhélant, quelquefois il frissonne ; il ne peut parler, parfois il se débat et crie. C'est alors au médecin, qui doit assister aux premiers bains, à l'encourager, à le distraire, à lui expliquer le but de ce traitement et le grand soulagement qu'il en tirera ; à lui faire boire quelques gorgées d'eau alcoolisée, à procéder enfin à l'affusion.

Pour celle-ci, quelques précautions; couper court les cheveux des hommes, relever fortement sur le sommet de la tête ceux des femmes et dégager le plus possible la nuque. Une serviette roulée enserrant le front protègera de l'eau froide les oreilles, les yeux et les narines. On prend alors de l'eau de la baignoire, ou mieux de l'eau plus fraîche qu'on verse lentement d'une façon continue et d'une faible hauteur sur toute l'étendue de la nuque. Quelques-uns (Tripier et Bouveret) font durer cette affusion autant que le bain, mais elle est alors si insupportable au malade

qu'elle met dans un état continuel d'anxiété respiratoire qu'il vaut mieux, avec Brand et Juhel-Rénoy, la répéter trois fois en la continuant chaque fois deux minutes. Entre temps le malade est massé doucement dans l'eau avec une éponge ou avec les mains; il peut lui-même se frictionner le ventre et la poitrine. On favorise ainsi la circulation périphérique, on modère la sensation de froid et l'on occupe le patient.

Vers la dixième ou douzième minute, le frisson commence, le malade se prend à trembler, à grelotter, il accuse une sensation de froid extrême, demande même parfois à sortir du bain; les gens qui l'entourent s'effraient, pour peu qu'ils soient des profanes. Ne craignez rien et laissez votre malade frissonner une à deux minutes avant de l'enlever. Dans certains cas, même où la réfrigération se fait mal, où le malade « défend sa fièvre », prolongez le frisson cinq et six minutes. A ce moment-là seulement cessez le bain.

Le bain terminé, le malade est reporté dans son lit, ou y retourne de lui-même. Qu'on l'essuie alors avec douceur et le plus vite possible; qu'on lui fasse boire quelques gorgées de lait, de bouillon, d'eau alcoolisée, qu'on l'invite enfin à prendre le décubitus latéral qui favorise moins que le dorsal la stase pulmonaire. Une simple couverture de laine sera jetée sur lui, on pourra ajouter une boule d'eau chaude aux pieds, s'ils sont très froids; mais qu'on se garde bien, malgré la surprise, voire même les inquiétudes de l'entourage souvent ignorant, de risquer de perdre presque complètement le bénéfice du traitement en chargeant le malade de chauds édredons et de pesantes couvertures.

Au bout d'un quart d'heure environ, le frisson cesse et fait place à une détente générale, à une sensation de bien-être, à un renouveau de vie. Le malade parle, boit, respire facilement, se sent plus fort, et souvent s'endort d'un sommeil tranquille. Il reposera ainsi jusqu'au prochain bain.

Entre temps, on aura pris sa température, entre dix minutes et une demi-heure après la sortie de l'eau. Elle est généralement inférieure d'environ un degré à celle qu'on avait relevée tout à l'heure; mais c'est là chose variable, parfois la différence est moindre, souvent beaucoup plus grande; l'étude attentive de la façon dont le malade défend sa température règlera l'heure et la durée du prochain bain.

Telle est la technique du vrai bain de Brand. Il est des cas pourtant où le donner dans toute sa rigueur serait dangereux, chez les enfants, chez les vieillards, chez les moribonds enfin. Il y a là quelques modifications à faire, quelques précautions à prendre, dont l'étude rentre dans notre cadre.

Chez l'enfant, les bains ne dureront que huit à dix minutes au lieu de quinze: leur température sera toujours au moins de 20 degrés; certains auteurs même, en raison de la susceptibilité réflexe du jeune âge, immergent les enfants dans de l'eau à 23 ou 24 degrés, qu'ils refroidissent progressivement. D'autres enfin (Hutinel, Sevestre) prescrivent les bains entre 25 et 28 degrés.

Le vieillard ne peut guère supporter que des bains à 30 degrés refroidis progressivement.

Enfin, Glénard a décrit, sous le nom de « bain des moribonds », un bain qu'il administre quand il y a persistance des symptômes cérébraux graves : stupeur, ataxie, coma. « On coupera les cheveux du malade, on le portera dans un bain à 32 degrés dont le niveau ne dépassera pas l'ombilic. Il sera énergiquement frictionné dans ce bain avec la main ou avec une éponge trempée dans l'eau, et on arrosera la tête et le tronc avec de l'eau plus froide. La durée du bain ne doit pas dépasser dix minutes; le malade rapporté dans son lit, on enveloppera ses pieds de flanelles très chaudes qu'on renouvellera toutes les dix minutes pendant deux heures. Ce bain sera répété toutes les deux heures. »

III

Action physiologique des bains froids. — Loin d'être une et simplement antithermique, l'action physiologique des bains s'adresse, au contraire, à presque toutes les fonctions. C'est un tonique puissant du cœur, un stimulant du système nerveux; sous son influence s'amendent les troubles de l'appareil digestif et de l'appareil respiratoire; la peau se nettoie et ses sécrétions sont plus abondantes; le filtre rénal enfin s'ouvre et permet l'élimination des produits toxiques dont est chargé le sang.

Action du bain sur la fièvre. — Le bain est un des meilleurs antithermiques connus; il abaisse, d'une façon notable, la température du fébricitant; c'est là une action si évidente qu'elle est venue la première à l'idée des expérimentateurs anciens. C'était du reste, pour eux, la seule manière dont le bain agissait. On conçoit qu'un malade plongé dans un bain, dont la température est inférieure de 20 degrés à la sienne, perde une grande quantité de chaleur. Le sang qui circule dans les capillaires superficiels dilatés doit forcément céder de la chaleur au milieu ambiant. Et, en effet, il suffit de prendre avec soin les températures avant et après le bain et de comparer les deux courbes; en les inscrivant, par exemple, sur la même feuille, on constatera entre elles une différence notable, pouvant aller de 1 à 3 degrés, variable du reste avec certaines conditions, époque de la maladie, maladie elle-même.

Cet abaissement thermique n'est pas, du reste, immédiat; au contraire, un thermomètre placé dans le rectum montrera, durant les premières minutes du bain, une légère élévation de température. L'eau froide a provoqué une constriction énergique de tous les capillaires et petits vaisseaux cutanés; le sang a reflué vers les cavités centrales encore à l'abri du froid; il se ferait même à ce moment, suivant Liebermeister, une production exagérée de calorique pour lutter contre le refroidissement. Le malade défend sa fièvre. Mais bientôt le froid l'emporte et le frisson commence. A ce moment-là seulement la température du malade va diminuer. Plus le frisson sera long, plus l'abaissement de température sera prononcé. Si, au contraire, le frisson n'a pas eu lieu, la chute de température ne se fera pas et voilà le malade privé, en grande partie, du bénéfice de l'eau froide (Juhel-Rénoy).

Le frisson est parfois long à venir, l'abaissement de température minime, la période de calme et de repos, qui suit généralement le bain, à peine esquissée; il faut alors corser le traitement (Chauffard), c'est-à-dire donner des bains plus froids jusqu'à 15 et même 12 degrés, plus fréquents, toutes les deux heures; enfin laisser plus longtemps, jusqu'à cinq et six minutes, le malade frissonnant dans l'eau.

D'autres fois, le malade défend peu sa fièvre et les bons effets du bain froid persistent longtemps; espacez les bains, donnez-les toutes les quatre heures, sautez-en même la nuit pour ne point réveiller un malade qui repose.

La température peut aussi s'abaisser d'une façon exagérée, 3 à 4 degrés; ce serait là un mauvais signe qui devrait

faire craindre le collapsus; exceptons pourtant la variole où, suivant M. Clément (de Lyon), ces grands abaissements de température après le bain seraient la règle.

Enfin certaines conditions d'âge, de sexe, de tempérament peuvent avoir une influence sur cet abaissement. Chez les enfants, il est très prononcé, il l'est très peu, au contraire, chez les femmes et les obèses.

Action sur le cœur et les vaisseaux. — Sous l'influence de la réfrigération, le cœur reprend de l'énergie. Après un certain nombre de bains, ses battements sont plus réguliers, plus vibrants, mieux frappés; les intermittences, si elles existent, s'atténuent et vont cesser.

Le pouls, lui aussi, nous montre des modifications très nettes qui ne sont que le fidèle reflet de ce qui se passe au niveau du cœur. Au début, lorsque le malade est plongé dans l'eau, sous l'influence de la vaso-constriction énergique provoquée par le froid, le cœur subit un excès de travail passager, le pouls s'accélère légèrement; mais quelques minutes, un quart d'heure après, il se ralentit de nouveau, devient plus ample, plus fort; tout dicrotisme a disparu; les bons effets persistent un certain temps pour diminuer peu à peu et se reproduire au nouveau bain.

La pression sanguine enfin est augmentée, d'où circulation plus facile, augmentation du taux des urines, diminution de la stase dans les organes.

Action sur le système nerveux. — Calmante au plus haut point dans les formes délirantes et ataxiques, l'immersion froide est surtout un puissant stimulant du système nerveux et des fonctions cérébro-spinales dans les formes adynamiques. C'est par le coup de fouet qu'il donne au système nerveux beaucoup plus que par l'abaissement de la température qu'il agirait, au dire de Peter, dans les formes typhoïdes. Il produit là ses plus merveilleux effets; on voit la stupeur disparaître et l'intelligence renaître pour ainsi dire sur le visage du malade; en même temps, celui-ci reprend peu à peu connaissance : il parle, répond aux questions, « il redevient vivant ».

Action sur le tube digestif. — La langue sèche, rôtie, en bouchon, avec des fuliginosités qui encombrent en même temps la bouche et le pharynx, change complètement de caractères; elle devient humide, rosée sur les bords; le malade reprend du goût à ce qu'il boit. Les vomissements cessent; la diarrhée s'atténue ou la constipation disparaît. Le malade peut être alimenté.

Action sur le système respiratoire. — Les mouvements respiratoires sont plus rares, plus réguliers, plus profonds; la dyspnée nerveuse se calme et disparaît très vite; l'expectoration, lorsqu'il y a bronchite, est rendue plus facile. La pneumonie est favorablement influencée.

La peau, enfin, constamment débarrassée des produits qui encombrent l'orifice des glandes, remplit d'une façon plus active son rôle d'émonctoire; souvent une sueur abondante succède au bain, c'est un mode accessoire d'élimination des toxines.

Rein

Nous voici arrivés au plus important parmi les effets du bain froid, son effet sur la sécrétion rénale; nous le résumerons en quelques mots, polyurie abondante entraînant l'urée, les matières extractives et surtout les toxines produits de la pullulation microbienne dans l'organisme malade.

Le bain froid est un diurétique puissant; il suffit pour en avoir la preuve de recueillir les urines de deux malades atteints d'une pyrexie quelconque à forme typhoïde et de traiter l'un par les bains et l'autre par l'expectation déguisée. Chez le second, nous verrons, tant que durera la période d'état, des urines rares, d'autant plus rares que l'infection est plus grave. Ces urines sont foncées, troubles, très denses, albumineuses; la quantité d'urée excrétée dans les vingt-quatre heures a considérablement diminué; de 28 grammes, elle peut, dans la fièvre typhoïde par exemple (Robin), tomber à 24 et moins; le coefficient urotoxique est relativement minime. Plus tard, les urines critiques vont apparaître claires, limpides, sans albumine, très chargées de produits toxiques. A la période de déclin, lorsque toute fièvre est tombée, il s'est produit comme une débâcle. Dans l'autre cas, au contraire, chez notre premier malade traité par les bains, nous verrons, dès le début de l'intervention, les urines apparaître en grande quantité (6, 7 litres dans la fièvre typhoïde, 3, 4 dans les autres pyrexies), claires, limpides et cela en dépit de températures élevées, 40 degrés. « Cette coïncidence d'une pareille polyurie, avec des températures élevées, donne à la méthode son cachet original » (Vinay). L'urée qui, dans le cas précédent, diminuait à la période d'état pour augmenter de nouveau au moment de la convalescence, se comporterait tout autrement suivant les recherches de Vinay; il se fait, sous l'influence du bain, une véritable décharge d'urée avec un maximum précédant celui qui existe toujours dans la courbe urologique. L'albumine diminue et disparaît bientôt. Les cas sont graves où l'albumine est tenace. Les toxines, enfin, sous l'influence de la réfrigération, sont facilement éliminées; on voit doubler et tripler rapidement le coefficient urotoxique. Voici, du reste, quelques-unes des conclusions du travail de Roque et Weill (1) sur la fièvre typhoïde :

« Dans la fièvre typhoïde traitée par les bains froids, l'élimination des produits toxiques est énorme pendant la période d'état de la maladie. Le coefficient urotoxique devient cinq et six fois plus considérable qu'à l'état normal. Cette hypertoxicité décroît à mesure que les symptômes généraux s'amendent et que la température diminue, si bien que, l'apyrexie et la convalescence survenant, l'élimination des toxines est terminée et le coefficient redevient normal. »

Et ailleurs : « Toutes les toxines ont été éliminées au fur et à mesure de leur production, il ne reste pas de résidus à rejeter. »

Après ces quelques notions, il est inutile d'insister sur l'extrême importance de cette action physiologique du bain froid. Les idées actuelles de pathologie générale qui font des toxines microbiennes d'une part, des poisons dus à l'auto-intoxication d'autre part, la cause déterminante des symptômes graves dans les pyrexies, expliquent la vérité de cette phrase : « Un malade qui urine est un malade qui marche vers la guérison » (Faure-Miller). La grosse affaire, dans ces cas, c'est d'ouvrir le rein, de permettre l'élimination de tous ces produits. Et c'est ce que le bain fait parfaitement.

Est-il possible d'expliquer cette polyurie intense chez les malades refroidis? L'abaissement de la température n'en saurait être la seule cause : souvent la polyurie se produit avant que la fièvre soit tombée, souvent aussi l'oligurie se montre alors qu'il n'y a point de fièvre. Il faudrait plutôt en chercher la cause dans les modifications que le froid apporte dans la circulation générale, dans l'augmentation de la pression sanguine, dans l'excitation brusque et intense du système nerveux sensitif (Faure-Miller).

(1) ROQUE et WEILL. *Rev. de méd.*, 1891.

IV

INDICATIONS DU BAIN FROID. — Les indications découlent tout naturellement de l'action physiologique que nous venons de longuement étudier. Nous les résumerons brièvement :

1° Avant tout, conformément aux notions acquises tout à l'heure, l'on tiendra compte de l'examen des urines. Sont-elles rares, épaisses, denses, foncées, rouge brique, chargées d'albumine, baignez vos malades ;

2° La température, toutes les fois qu'elle s'élève à un chiffre anormal, réclame le bain. Elle n'est pas tout cependant et lorsque, malgré une température normale, les phénomènes typhoïdes existent, le bain est quand même nécessaire ;

3° Les symptômes nerveux graves qui peuvent se présenter sous deux formes, la forme ataxique et la forme adynamique, mais souvent aussi se mêlent pour constituer une forme ataxo-adynamique, sont une indication formelle du bain froid ;

4° L'étude du cœur et du pouls sera un excellent guide. Les signes d'affaiblissement du premier : bruits sourds, mal frappés, lointains, altération du rythme, rythme pendulaire ; l'accélération permanente du second réclament absolument le bain froid.

A ces quatre indications principales, nous en ajouterons quelques autres moins importantes, mais qui, alliées aux précédentes, complètent le tableau des états typhiques. La langue rôtie, sèche, collante, « en bouchon », la dyspnée toxique *sine materia*, si grave, si effrayante dans les scarlatines et les rougeoles malignes ; enfin, dans des cas fréquents, la bronchite, l'encombrement pulmonaire, la pneumonie (Faure-Miller).

ÉRYSIPÈLE. — Si l'érysipèle est presque toujours une affection bénigne (nous ne parlons, bien entendu, que de ce qu'on a appelé l'érysipèle médical), à mortalité presque insignifiante, 2 à 3 p. 100, on ne saurait oublier qu'il est des cas où le tableau change, où l'affection revêt une gravité extrême. M. Juhel-Rénoy les a heureusement baptisés érysipèles typhoïdes.

En France, c'est encore l'École de Lyon qui a été la première à remettre la méthode en honneur et la thèse de M. Ducher (1), inspirée par M. Bouveret, posait, dès 1886, les indications de la balnéation et les raisons qui en faisaient la valeur.

Dans le traitement de l'érysipèle, il existe trois indications capitales : abaisser la température, activer l'élimination par les reins des toxines ; calmer enfin, lorsqu'ils existent, les phénomènes nerveux d'agitation, de délire ; encore pourrait-on y ajouter la nécessité de lutter contre la dégénérescence possible du muscle cardiaque, la myocardite aiguë. La médication réfrigérante, nous croyons l'avoir amplement démontré, remplit complètement le but. Ce serait nous répéter inutilement que de montrer comment. Quelques mots plutôt sur l'action locale de l'eau froide sur la plaque érysipélateuse. C'est un excellent topique qui cause un soulagement marqué ; les affusions froides sur la tête pendant les bains, et l'application de compresses froides dans l'intervalle de ceux-ci ont constamment calmé les douleurs locales. Je sais bien que son action se borne là et que ni applications, ni affusions, n'ont arrêté la marche envahissante de l'érysipèle, mais comme je ne sache pas que, malgré quelques tentatives heureuses, on ait jamais trouvé le médicament capable d'enrayer l'extension et les progrès de la plaque érysipélateuse, il semble bon, tout au moins, de profiter d'une action sédative aussi manifeste.

La réfrigération a-t-elle une influence sur la marche et la durée de l'affection ? Sur la durée, aucune influence appréciable, d'après M. Ducher ; mais sur la marche elle a des effets très favorables. Après une période de lutte contre la fièvre, plus ou moins longue suivant l'intensité de la maladie, le sujet arrive à une période d'apyrexie relative, dans laquelle l'affection suit son cours, mais réduite à un minimum de symptômes qui cessent d'être dangereux et n'inspirent plus aucune inquiétude.

L'érysipèle évolue avec une fièvre très modérée, avec des symptômes généraux considérablement amendés.

La convalescence, enfin, est remarquablement rapide.

Les communications de MM. Juhel-Rénoy et Legendre, à la Société médicale des hôpitaux (1893), si elles ont montré qu'on avait enfin adopté la méthode à Paris, ont ajouté peu de choses à des notions aussi justes.

Tout au plus M. Legendre insiste-t-il sur les bons effets du bain dans les cas où à l'oligurie s'ajoute une albuminurie plus ou moins intense, jusqu'à 4 et 6 grammes par litre.

M. Juhel-Rénoy montre de nouveau, comme il l'avait fait pour la fièvre typhoïde, que la température n'est pas le seul guide, ni même le vrai guide pour l'application de la méthode ; c'est en prenant en considération l'état général, en consultant l'état cardiaque, en mesurant l'activité de la diurèse, qu'on doit régler l'administration des bains.

Les statistiques de ces deux auteurs sont, du reste, absolument concluantes.

M. Juhel-Rénoy : sur ses 541 malades, 82 ont présenté la forme typhoïde, soit 15 p. 100 ; 8 sont morts, ce qui fait une mortalité de 10 p. 100 pour la forme typhoïde.

M. Legendre : 370 érysipèles traités sans bains, qui étaient en majorité des érysipèles bénins, ont fourni 25 décès ; d'autre part, 63 soumis aux bains, et qui naturellement étaient tous graves, n'ont donné que 2 décès.

VARIOLE. — Dans la variole, comme dans toutes les pyrexies, la balnéation a été essayée ; l'on peut même ajouter qu'elle a donné des résultats satisfaisants. Pourtant, l'accord n'est point fait ni sur ses indications, ni sur son mode d'emploi. Nous rapporterons ici les opinions des auteurs récents qui ont publié des statistiques.

Déjà Kœnig, en 1874, conseillait les lotions froides à 10 degrés jusqu'à formation des pustules, après quoi l'on passait aux bains et aux lotions à 28 degrés. Weinhaub, Max Shuller couvraient leurs malades des compresses froides et leur faisaient des affusions.

MM. Desnos et Huchard, qui soignèrent les varioleux durant l'épidémie si meurtrière de 1870-1871, pensent que l'eau froide dans les varioles confluentes, cohérentes et hémorragiques, n'agit pas à titre de médication réfrigérante ; tout au plus est-elle d'une action sédative sur le système nerveux au stade d'invasion et d'éruption ; à la période de maturation, sa seule action favorable serait de débarrasser la peau d'un certain nombre de produits de suppuration.

Un médecin des hôpitaux de Lyon, M. Clément, a baigné les formes confluentes vraies, les formes hémorragiques ou

(1) DUCHER. Th. de Lyon, 1886.

irrégulières de l'éruption, enfin les formes hyperpyrétiques. Sa façon de faire est un peu spéciale; disons même que, jusqu'ici, c'est le seul à l'avoir employée. Il ne croit pas utile (1) de baigner les malades pendant la période d'éruption; lorsque la température se relève, lorsque débute la fièvre de suppuration, le moment est venu de donner des bains de 25 à 28 degrés, longs de 15 à 20 minutes, plus même, si le frisson tarde à venir. Trois ou quatre suffiront dans les vingt-quatre heures; l'abaissement énorme de température (3 à 4 degrés) et la lenteur avec laquelle elle remonte (quatre dixièmes seulement trois heures après le bain, 1°5 à la fin de la cinquième heure) justifient ce petit nombre d'immersions.

Les résultats seraient très bons, non seulement sur l'état général, mais encore sur l'état de l'éruption. « Dès le deuxième bain, j'ai constamment vu, dit-il, les boutons devenir plus volumineux, plus pleins. De plus, pendant la suppuration, la teinte des boutons est plus opaline, elle est de meilleure nature. » Le bain agirait surtout, d'après M. Clément, en modifiant par osmose les produits septiques des pustules, et en tarissant ainsi la fièvre de suppuration.

Comme résultats statistiques, voici les chiffres : sur 7 cas, 5 guérisons dont 1 variole hémorragique (?), 2 morts. Mortalité 28,5 p. 100.

On le voit, le nombre des cas traités est bien petit. C'est sans doute à cela qu'il faut attribuer les conclusions un peu surprenantes qu'on vient de lire. Ne semble-t-il pas étrange, au premier abord, de ne baigner les malades qu'à la période de suppuration? Les dégénérescences viscérales, qui sont l'accident le plus redoutable des varioles graves, ont eu le temps de se produire sous l'influence d'une infection intense; l'intégrité des organes est déjà fort compromise, alors qu'on songe à l'enrayer. Les lésions cutanées sont réalisées et complètes, les pustules agglomérées, confondues les unes avec les autres, forment de vastes surfaces de suppuration, dont l'étendue n'est pas indifférente à l'issue finale de la maladie. Le bain froid peut bien peu de choses à une phase aussi avancée, sur des organes déjà profondément atteints.

Aussi, préférons-nous infiniment, avec MM. Vinay et Riche (de Lyon), avec M. Juhel-Rénoy, donner le bain dès le début de la maladie. Loin de contrarier l'éruption, il la favorisera et pourra, dès le début, lutter contre les phénomènes généraux graves, contre la dégénérescence des viscères.

Faut-il, avec M. Vinay [de Lyon (2)], modifier le traitement dès qu'apparaît la suppuration, en remplaçant les bains froids par des bains à 28 degrés? Nous ne le croyons pas, et la continuation du traitement méthodique, tant que durent les accidents, nous semble être la règle la meilleure.

Quoi qu'il en soit de ces controverses, des conclusions assez identiques se dégagent et de la thèse de M. Riche, qui soutient les idées de M. Vinay, et de celle de M. Faure-Miller, qui rapporte celles de M. Juhel-Rénoy. Dans les varioles hémorragiques, le bain froid, comme toutes les médications, échoue complètement, il y a 100 p. 100 de décès. On nous permettra, à nous qui, durant toute une année passée dans un service de varioleux, avons vu mourir toutes les formes hémorragiques, de quelque façon qu'elles aient été traitées, de révoquer en doute la guérison d'une d'entre elles par les bains, signalée par M. Clément. Les varioles confluentes vraies, qu'autrefois les divers modes de traitement guérissaient rarement, n'ont plus donné à M. Vinay que 57,9 p. 100 de mortalité; les formes cohérentes, enfin, 23 p. 100.

(1) Clément. *Lyon méd.*, 1877.
(2) Riche. Th. de Lyon, 1887.

Scarlatine. — Si la scarlatine est généralement une affection bénigne, que de simples précautions hygiéniques suffisent à guérir, elle peut parfois revêtir des formes graves où le pire dénouement est à craindre. C'est tantôt la forme ataxique, avec sa température excessive, son pouls d'une rapidité extrême (170 pulsations et plus chez les jeunes enfants), son éruption anormale incomplète ou livide, enfin ses manifestotions nerveuses si intenses et si nombreuses. Les convulsions, le délire d'action, la jactitation continuelle, souvent des contractures musculaires, du trismus accompagnent une dyspnée intense, dyspnée sine materia, l'un des signes les meilleurs de la malignité, d'après Trousseau. Les bruits du cœur sont sourds, le pouls filiforme, les extrémités froides, la langue sèche, la soif vive, les urines rares, chargées d'albumine; la situation est des plus graves et la mort presque certaine, si l'on n'intervient pas.

La forme typhique ou adynamique, de M. Jaccoud, aussi fréquente, reproduit exactement le tableau d'un typhus. L'éruption est intense, la diarrhée abondante, les vomissements bilieux continuels, le ventre ballonné et douloureux, les urines rares, l'adynamie profonde avec tremblements fibrillaires, les yeux hagards, la stupeur peinte sur le visage, la température de 39°5 à 40 degrés, le pouls faible, le cœur en mauvais état.

Dans des cas pareils, la réfrigération est le salut du malade. Il y a bien longtemps déjà que Curie a démontré le bon effet des affusions froides. Plus près de nous, MM. Rilliet et Barthez, Guersant et Blache, Reimer, Trousseau conseillaient l'hydrothérapie, tiède, il est vrai, pour combattre d'aussi graves symptômes. A l'heure qu'il est, presque tous les médecins allemands ont adopté la méthode, mais plus hardis et plus confiants en elle, ils prônent résolument le bain froid de Brand (Leichstenstern). En France, enfin, durant ces dernières années, MM. Juhel-Rénoy et Dieulafoy ont proclamé qu'il était le seul traitement vraiment salutaire des formes anormales graves qui nous occupent.

Et, en effet, ne répond-il pas à tous les desderata : abaisser la température, ne fût-ce que pour soulager le malade, modérer cette chaleur ardente, si pénible au début de l'éruption; atténuer, et souvent faire cesser tout à fait la dyspnée toxique, calmer les phénomènes nerveux intenses d'excitation, stimuler les fonctions du myocarde, produire enfin une diurèse abondante, qui permet l'élimination rapide des produits toxiques.

A côté d'indications si nettes existe-t-il des contre-indications? Évidemment, mais elles sont très rares. Les lésions rénales, par exemple, loin de défendre l'usage des bains, le réclameraient beaucoup plus tôt : qu'il s'agisse d'anurie, de néphrite plus ou moins intense, d'anasarque généralisée, on trouvera dans la balnéation un mode de traitement sûr et souvent souverain. De même, les contre-indications posées par M. Pollosson dans sa thèse (Lyon 1886), nous paraissent trop nombreuses et exagérées; la faiblesse du cœur, les lésions de l'endocarde ou du péricarde, exigent tout au plus quelques précautions, une surveillance attentive dans l'usage des bains, et ceux-ci plus chauds et progressivement refroidis. Les pleurésies abondantes, les manifestations du rhumatisme articulaire, les hémorragies ne devront pas priver le malade d'un traitement

qui est souvent sa seule ressource. Tout au plus la sténose laryngée, les infiltrations phlegmoneuses du cou qui, mécaniquement, peuvent produire l'asphyxie, empêcheront-elles l'usage des bains (Faure-Miller).

Voici quelques résultats de la réfrigération dans le traitement des scarlatines hypertoxiques. M. Juhel-Rénoy a soigné 14 malades et n'en a perdu que 2, mortalité 16 p. 100. Sur 31 cas, signalés par M. Pollosson dans sa thèse, il y eut 27 guérisons et 4 morts, soit environ une mortalité de 13 et demi p. 100.

Rougeole. — Tout autant que la scarlatine, la rougeole est une affection bénigne, où les cas graves sont rares et les complications mortelles, heureusement peu fréquentes, sauf peut-être la broncho-pneumonie. Mais ces formes graves existent cependant et réclament un traitement énergique. Ce seront les bains froids qui, ici encore, produiront les meilleurs résultats. Nous ne voulons pas, après ce que nous avons dit sur la scarlatine, insister longuement sur la rougeole; les indications sont si analogues, le syndrome dans les cas anormaux, dans les formes ataxique et adynamique est presque si exactement calqué sur le précédent, que ce serait nous répéter inutilement que de le décrire et de montrer pourquoi et comment le bain froid a sur lui des effets salutaires.

Pour ce qui est de la broncho-pneumonie, nous en parlerons assez longuement plus loin, pour qu'il nous suffise de dire que celle de la rougeole réclame, autant que toutes les autres et dans les mêmes conditions qu'elles, le traitement hydrothérapique.

Pneumonie et broncho-pneumonie. — L'idée d'appliquer l'eau froide aux formes graves de la pneumonie, caractérisées par un ensemble de phénomènes typhoïdes, paraît si naturelle, qu'on s'étonne qu'elle ait été si longue à s'accréditer. Il en faut accuser le vieux préjugé, qui faisait du froid le grand coupable dans toutes les phlegmasies pulmonaires.

En Allemagne seulement et en Suisse, quelques médecins hardis osaient baigner leurs pneumonies. Liebermeister, à la clinique de Bale, après quatre années de ce traitement, prétendait avoir obtenu une mortalité de deux tiers moindre. Fismer, de Bâle aussi, Lebert, de Breslau, soutenaient que jamais le bain froid n'avait causé de complications dans la pneumonie franche. Enfin Jurgensen (de Kiel) poussait l'ardeur de sa conviction jusqu'à appliquer, dans toute sa rigueur, à sa propre fille, le traitement par les bains à 6 degrés.

En France, au contraire, les voix les plus autorisées condamnaient la méthode, et Hanot, dans sa thèse d'agrégation, résumait fidèlement l'opinion générale, en jugeant le bain froid inutile et dangereux.

Pourtant bientôt, des cliniciens plus hardis devaient apporter des preuves de l'excellence de la méthode. En 1885, M. Gignoux lut, à la Société des sciences médicales de Lyon, 5 observations de pneumonies guéries par le bain froid. Au Congrès de Blois, M. le docteur Chaumier apportait 35 cas de phlegmasie franche du poumon, tous guéris par la réfrigération. Bientôt à Paris, MM. Dieulafoy, Rendu, Barth, Juhel-Rénoy, Sevestre, Hutinel signalaient, à la Société des hôpitaux, des succès incontestables et affirmaient leur foi dans les effets salutaires du bain froid.

Et, en effet, il suffit de rappeler les gros faits de la physiologie pathologique d'un malade atteint de pneumonie, en même temps que les principaux effets de l'eau froide, pour voir combien la logique cadre encore une fois avec les résultats de l'expérimentation. Au poumon, un lobe formant un bloc compact est devenu presque imperméable à la circulation et complètement inutile à l'hématose. Dans le sang, d'autre part, des toxines pyrétogènes allument une fièvre presque toujours intense, exagèrent les combustions organiques, exigent un apport d'oxygène plus considérable. Les parties du poumon restées perméables doivent, pour donner lieu à des échanges gazeux exagérés, avoir elles-mêmes une circulation sanguine plus active. Les contractions cardiaques et les mouvements respiratoires s'accélèrent. Le cœur droit surtout, forcé à un travail mécanique plus intense, altéré d'autre part, et par l'hyperthermie qui l'atteint dans sa texture, et par l'empoisonnement sanguin, dont les effets paralysants se font sentir sur la fibre cardiaque et sur les ganglions excito-moteurs, menace de faiblir. C'est alors que se montre, dans toute sa vérité, la phrase célèbre de Peter : « Dans la pneumonie, la maladie est au poumon, mais le danger est au cœur. » Que le cœur droit faiblisse, c'est à bref délai la congestion passive des poumons, c'est la dépuration rénale insuffisante, la mauvaise irrigation de centres nerveux déjà malades, c'est la mort, enfin, avec des phénomènes typhoïdes.

Mais ne savons-nous pas que le bain froid est là qui peut parer à toutes ces complications? Il abaisse la température, augmente les sécrétions et favorise l'élimination par le rein des produits toxiques, dont est chargé le sang; il s'oppose donc ainsi à la dégénérescence du muscle cardiaque. C'est, d'autre part, un stimulant de tout l'appareil vasculaire; il augmente le tonus des vaisseaux (Winternitz, congrès de Wiesbaden 1886) et, par là même, loin de congestionner le poumon, il en amène rapidement la décongestion. Enfin, par son action sur le système nerveux, il est le meilleur agent à opposer aux phénomènes paralytiques en même temps qu'il sait le mieux modérer le délire, calmer l'agitation et la dyspnée, vaincre l'insomnie.

Il semblerait donc, au premier abord, que le bain de Brand soit constamment et toujours indiqué dans le traitement des formes graves de la pneumonie. C'est un précepte qui, pour certains auteurs, serait au moins exagéré. « La réfrigération directe des pneumonies est et doit rester un traitement d'exception; inutile dans les formes bénignes, il n'est applicable que dans certaines des formes graves (1). » Le premier point nous le leur concédons; une pneumonie franche chez un sujet vigoureux guérit toute seule sans notre secours; mais, sur le second, nous nous permettrons de n'être point tout à fait de leur avis.

Rappelons-nous, disent-ils, qu'au moment de l'immersion dans l'eau froide, il se produit un surcroît passager de travail du cœur que peut rendre funeste une altération de ses fibres ou de son innervation; rappelons-nous que les alternatives de contraction et de relâchement, par où chaque bain fait passer les vaisseaux, nécessite une souplesse souvent altérée chez les athéromateux, et qu'enfin le bain froid ne va pas sans un certain choc auquel des centres nerveux affaiblis pourront ne pas résister. Il faut donc choisir les malades qu'on baignera et il est des malades qu'on ne doit pas baigner.

Nous nous permettrons de répondre, qu'à notre sens, il

(1) Barth. Soc. méd. des hôpit., 1890.

ne faut priver aucun malade des avantages du bain, et qu'il est un moyen de les en faire profiter tous, c'est de proportionner la rigueur du traitement à la force de résistance du malade, c'est de soutenir le patient avec des stimulants énergiques, l'alcool, voire même les piqûres d'éther.

Tout ce que nous venons de dire sur la pneumonie en général s'applique, bien entendu, aux pneumonies de l'enfant. M. Sevestre (1), qui en a soigné un grand nombre, ne craignait point de leur donner des bains à 25 et même à 20 degrés, d'une durée de dix à quinze minutes, renouvelés quatre à cinq fois par jour. Ils ont toujours été bien sup portés; chose plus remarquable, la défervescence se serait presque toujours produite avant le septième jour; et loin de se faire brusquement comme c'est la règle, elle était, en quelque sorte, annoncée depuis un ou deux jours par un abaissement de température.

Des recherches pareilles ont été faites aussi sur les broncho-pneumonies de l'enfance; si la balnéation n'y a pas donné d'aussi brillants résultats, c'est que l'affection est beaucoup plus sévère par elle-même que la pneumonie. Du reste, ici non plus, toutes les formes ne sont pas justiciables du bain froid, mais dans certaines d'entre elles, il est le meilleur, le seul traitement. Laissons, pour nous les nommer, la parole à Hutinel :

« Les bains froids nous semblent utiles surtout dans les cas où les phénomènes généraux dépassent en importance et en gravité les phénomènes locaux. Quand la température atteint 41 degrés, le bain froid est toujours indiqué parce que l'hyperthermie est un danger. Quand, avec des lésions locales de moyenne étendue, la température et les réactions sont excessives, l'indication est encore formelle.

Quand les lésions locales sont très étendues et la fièvre intense, les bains froids peuvent soutenir les malades, les prolonger, leur faire attendre la défervescence. Mais, en général, ils n'amènent pas la guérison.

Quand il y a de grosses lésions locales avec peu de réaction le bain est contre-indiqué. »

Dans ces cas, comme dans tous les autres, les effets du bain sont toujours les mêmes : abaissement de la température, diminution de la toux, cessation plus ou moins complète de l'agitation, du délire, calme de l'enfant, sommeil même parfois. C'est même sur quelques-unes de ces broncho-pneumonies que des observateurs éminents (Jurgensen, Hutinel) ont constaté la décongestion pulmonaire produite par la balnéation; l'auscultation leur a montré la diminution du foyer pneumonique après le bain.

Nous empruntons à la thèse de Faure-Miller la statistique suivante :

« En 1873, Fesmer publia une statistique portant sur les bains. Sur 260 pneumonies non traitées par les bains froids, il y a eu 60 morts (26,1 p. 100) et, parmi elles, 28 pneumonies doubles et 17 morts (60,7 p. 100).

Sur un nombre égal de pneumonies, traitées par le bain, il y eut 38 morts (16,5 p. 100) et, parmi elles, 26 pneumonies doubles avec 10 morts (38,5 p. 100).

Jurgensen donne les chiffres suivants : sur 567 cas, 72 morts, soit 12,7 p. 100, tandis que la moyenne des chiffres donnés par M. Lépine (pneumonies traitées par les méthodes ordinaires) est représentée par le nombre de 29 p. 100. »

(1) Sevestre. Soc. méd. des hôpit., 1892.

Rhumatisme cérébral. — Les premières tentatives ont été faites par Stackler (de Mulhouse) et par Suret. S. Ringer, W. Fox, Thompson, M. Raynaud, Blachez, Behier, Féréol ont étudié de plus près l'action de la balnéothérapie sur la polyarthrite rhumatismale aiguë.

Nous devons, tout d'abord, rappeler que, contrairement aux préventions de l'ancienne thérapeutique, le bain froid n'exagère pas la fluxion articulaire. Il semblerait au contraire, et les travaux de l'école allemande (Bamberger, Skoda) sont là pour le prouver, que l'effet local des bains froids est très salutaire.

Sans insister sur ce que nous pourrions appeler les complications viscérales vulgaires, car on sait l'effet de la réfrigération sur l'endocardite et la péricardite, sur la pneumonie et la bronchopneumonie d'une manière générale, nous voudrions rappeler de quelle utilité elle peut être pour le rhumatisant, lorsque son système nerveux est atteint, et tout particulièrement dans les cas de rhumatisme cérébral, dont le pronostic est si grave (22 morts sur 56 cas d'après l'enquête de la Société clinique de Londres).

Il est bien évident que l'eau froide, non plus que toute autre intervention, ne peut être d'aucun secours dans les cas, d'ailleurs rares, du rhumatisme cérébral suraigu ou « apoplectique » (Ball). Autre chose est la forme aiguë du rhumatisme cérébral : l'on sait qu'elle se produit généralement dans le cours de la deuxième semaine. Le médecin doit craindre cette complication, lorsque la température atteint 40°5 à 42 degrés et plus, alors surtout qu'il ne constate aucune autre complication viscérale. Il est évident que la température est un facteur dont il faut tenir le plus grand compte, lorsqu'il s'agit d'instituer le traitement par les bains froids; mais là encore il faut s'occuper moins de la courbe thermométrique que de l'état général du malade. Le rhumatisant cérébral est souvent plongé dans un délire qui a toutes les allures du délire alcoolique avec ses rémissions, ses exacerbations, ses alternatives de démence tranquille et de furieuse agitation, bientôt suivies de coma; le pouls est irrégulier, soit comme force, soit comme rythme. Quand on peut le compter, on trouve jusqu'à 160 pulsations, le cœur précipite ses battements, tantôt très forts, tantôt à peine perceptibles.

C'est cette ataxie, ce coma, cette irrégularité cardiaque qui, tout autant que la température, sont une indication du bain froid.

Pour être efficace, le bain doit être très froid, jusqu'à 15 et 12 degrés, répété très souvent et chaque fois prolongé : on soutiendra le malade par l'alcool à haute dose, on fera d'énergiques massages dans le bain même et souvent on verra le malade, qui semblait condamné, revenir à la vie. Les faits de Fox, de Sensbury, de Raynaud (thèse de Faure-Miller) montrent que l'action de cette thérapeutique se produit dans le rhumatisme cérébral plus vite encore que dans les autres pyrexies, que dans moins de quarante-huit heures on a pu faire tomber une température de 42 à 37 degrés.

Nous empruntons à la thèse de Faure-Miller les résultats statistiques suivants et leurs conclusions :

Trier (de Copenhague), 11 cas de rhumatisme soignés par les bains; 3 morts; 8 guérisons.

Monet (de Paris) [1875], 9 cas de rhumatisme ataxique; 2 morts; 7 guérisons.

Masson (thèse de Paris 1877), 15 cas avec 13 guérisons.

En résumé, « l'eau froide agit dans les formes délirantes du rhumatisme cérébral, absolument comme dans les

formes délirantes de la dothiénentérie, mais ici le symptôme hyperpyrexie cède plus facilement ».

Après ces quelques mots sur l'usage des bains froids dans le traitement des formes cérébrales du rhumatisme, nous ne voulons point oublier de signaler que pareil traitement a été employé au moins deux fois à notre connaissance, contre les accidents de la goutte cérébrale.

Montagne (1) a traité ainsi et avec succès un accès de goutte aiguë, hyperpyrétique, avec répercussion sur l'encéphale et le muscle cardiaque.

M. Huchard (2) rapporte l'observation du malade suivant :

Goutteux de quarante-quatre ans. État grave, somnolence voisine du coma, carphologie continuelle, affaiblissement considérable des battements cardiaques, pouls à peine sensible, température 40°9.

Le malade est mis au bain à 23 degrés, bain progressivement refroidi à 20 degrés. Effet remarquable. Polyurie abondante, réveil rapide des fonctions cardiaques et rénales, abaissement notable de température.

La médication est continuée à raison de six bains par jour. Guérison.

Fièvre puerpérale. — Avant Vincent (de Lyon), dont les résultats ont été publiés dans la thèse de son élève Chabert, aucun médecin n'avait eu l'audace d'administrer des bains froids à des puerpérales. Déjà, il est vrai, certains auteurs y avaient pensé; tels Stoltz-Playfair qui, dans certaines formes de septicémie puerpérale à marche rapide, conseillait d'appliquer le drap mouillé, mais excluait complètement le bain froid. « Il est tout à fait impossible de mettre dans un bain une femme atteinte de fièvre puerpérale. »

Schrœder (3) fait bien allusion à l'emploi des bains : « La manière la plus convenable d'employer l'eau est la forme de bain froid », mais incidemment, sans insister ni sur le mode d'emploi ni sur les indications.

Vincent, pendant une épidémie de fièvre puerpérale à Lyon, a, au contraire, appliqué presque strictement le bain de Brand avec affusions froides. Les effets salutaires ont été toujours les mêmes; nous n'en voulons pour preuve que la statistique de Chabert. Sur 28 cas, 3 morts, encore n'en devrait-on compter qu'une, car deux des malades ont été amenées mourantes à l'hôpital, et par conséquent traitées dans des conditions où tout succès était impossible.

Dans la fièvre puerpérale, comme partout ailleurs, le bain froid est un antithermique, et le résultat de ce refroidissement est l'amélioration de la malade et sa guérison. Au temps où l'on croyait que cette action antithermique était à peu près la seule ressource du bain froid, on se demandait comment pouvait agir ce refroidissement. Pour Vincent et d'autres, il agirait en ramenant l'organisme à une température incompatible avec la prolifération des germes infectieux qui donnent naissance à la fièvre puerpérale dans ses diverses manifestations. Aussi, le médecin lyonnais pense-t-il qu'il n'y a pas lieu de se préoccuper de connaître la variété de fièvre puerpérale. Qu'il s'agisse de phlébite, de lymphangite ou de métrite, l'agent infectieux est le même; qu'il se localise dans les lymphatiques, les veines ou les espaces conjonctifs, c'est lui qu'il faut atteindre par le seul moyen que nous avons, la réfrigération.

(1) Montagne. *Loire médicale*, 1893.
(2) Huchard. *Bull. méd.*, 1893.
(3) Schrœder. *Manuel d'accouchements*, trad. Charpentier.

Ainsi donc, toutes les complications inflammatoires des suites de couches seraient justiciables du bain ; tout au plus faudrait-il en excepter les péritonites généralisées et les formes pyohémiques, lorsqu'il y a des déterminations pulmonaires. Naturellement, on ne se hâtera pas trop, et la simple élévation passagère de température, si commune au troisième ou quatrième jour, n'entraînera pas pareil traitement : il faudra, pour qu'on l'institue, la persistance de l'état fébrile, au moins pendant deux ou trois jours.

Nous sommes loin de vouloir révoquer en doute les bons effets de l'eau froide dans toutes les formes de l'infection puerpérale. Nous pensons pourtant qu'il en est quelques-unes, la métrite, par exemple, qui se trouvent mieux encore d'un traitement chirurgical ; et qu'il faut réserver la balnéation surtout aux formes d'infection généralisée, qu'on a appelées formes septicémiques aiguës. Nous retrouvons bien là le tableau des formes typhoïdes, pour lesquelles les bains font merveille : face pâle, livide; langue rouge, sèche; ventre à peine ballonné; vomissements qui peuvent manquer, diarrhée fétide, dyspnée excessive, mauvais état du cœur, pouls accéléré, oligurie, délire aigu, coma, mort en deux ou trois jours.

C'est sur ces formes ultra-graves qu'il faudra essayer l'action des bains; peut-être pourront-ils conjurer un danger qu'aucune médication jusque-là n'a su faire disparaître.

Typhus exanthématique. — Si le typhus exanthématique est une affection rare en France, l'épidémie qui a fortement sévi l'an dernier sur notre pays montre qu'on peut parfois l'y rencontrer, et qu'il est bon de connaître son meilleur mode de traitement.

Il semblerait, au premier abord, que la simple étude des symptômes généraux que présente cette affection ait dû appeler, du premier coup, le traitement par les bains. Il se présente, en effet, dominant la scène clinique dans les cas graves et moyens de cette affection, à la fin du premier septénaire et durant tout le second, des phénomènes typhiques et des phénomènes nerveux d'ordre ataxo-adynamique, en même temps que le thermomètre relève des températures de 40 degrés et au-dessus. La langue est rôtie, la face congestionnée; une odeur particulière, *sui generis*, odeur de putréfaction toute spéciale, s'exhale de l'haleine du malade, de sa peau, de son corps entier. La céphalalgie, le vertige, la rachialgie, l'insomnie, le délire presque constant, la prostration, contribuent à donner à la maladie son cachet particulier.

Brand avait bien vu et bien dit de quelle utilité pouvait être, dans cette affection, la médication balnéaire. Elle agirait surtout, d'après lui, sur les troubles des fonctions cérébrales, pour y produire les surprenants effets déjà tant de fois signalés : plus de délire dégénérant en stupeur et coma, connaissance parfaite des malades, etc.

Malgré cela, il ne paraît pas que, dans la dernière épidémie, la réfrigération ait été essayée d'une façon méthodique et suivie. Les uns (Thibierge, Combemale et Gaucher) n'ont donné que trois ou quatre bains par jour; les autres (Lancereaux) que des bains tièdes. D'autres (Rendu, Bucquoy) se sont vu enlever leurs malades au milieu d'un traitement systématique, par les nécessités de l'isolement. Là, par suite de l'encombrement, du petit nombre d'infirmiers, l'application rigoureuse du traitement ne put être continuée.

Aussi, conclurons-nous beaucoup plus sur des cas par-

ticuliers que sur des statistiques étendues. Toutes les fois que les bains ont été donnés régulièrement, la même accalmie, ou mieux la même amélioration a été constatée. Si les malades éprouvaient les premières fois une sensation douloureuse à être plongés dans un bain dont l'eau était de 20 degrés plus froide que leur corps, ils en arrivaient bientôt, au contraire, à désirer leurs bains, à attendre impatiemment l'heure à laquelle ils seraient de nouveau plongés dans l'eau froide. Et, en effet, une fois hors de l'eau, après une réaction rapide, ils avaient une heure, deux heures de bien-être; la céphalée frontale avait considérablement diminué, l'excitabilité musculaire et cutanée s'était atténuée, la langue devenait humide, les crachats étaient facilement expectorés.

En finissant nous signalerons une remarque intéressante de MM. Combemale et Gaucher (1). L'examen des deux courbes de température (avant et après le bain) peut avoir une valeur pronostique.

A une certaine période de la maladie, la distance entre les deux courbes, qui était considérable pendant le premier septenaire, s'atténue considérablement; le même fait se produit sous l'influence d'une complication. Dès le septième jour, lorsque la température, ayant atteint son acmé, baisse ensuite graduellement en lysis, ou quand, vers le dixième jour, il se fait dans le tracé thermométrique cette dépression en crochet, ce V si caractéristique qui annonce pour le lendemain ou le surlendemain le commencement de la convalescence, la courbe d'après le bain se rapproche de l'autre. Il est arrivé bien souvent de constater dans l'aisselle des typhiques, régulièrement au neuvième jour, une température tellement faible au sortir du bain (35°5, 36 degrés), qu'on pouvait presque craindre le collapsus. Cet abaissement significatif dans la courbe d'après le bain, précédait de vingt-quatre heures cette dépression en V qui annonce elle-même, d'autre part, l'approche de la guérison.

Ainsi donc, la balnéation permet de prévoir le moment vrai de la défervescence, et aussi, d'un autre côté, la gravité relative des accidents, la venue des complications.

Comme résultats numériques, MM. Combemale et Gaucher, sur 18 cas ont eu 8 morts, soit 44 p. 100.

Encore faut-il remarquer que, sur les cas malheureux, 3 seulement ont été baignés avant le septième jour, tous les autres n'ayant commencé à prendre des bains que du huitième au treizième jour.

Nous venons de passer en revue les plus fréquentes applications de la réfrigération, et pourtant nous n'en avons pas encore fini avec elle. Des médecins, heureusement audacieux, l'ont employée avec des succès certains dans d'autres cas.

C'est ainsi que Mollière, dans *Lyon médical*, rapporte deux observations de *coliques hépatiques* avec phénomènes généraux graves, adynamie profonde, prostration extrême, où les bains firent merveille. Il y avait associé des lavements froids (18 à 20 degrés) d'un litre, toutes les trois heures. Le bain, en dehors de son action sur le rein, aurait, dans ces cas, une action efficace en décongestionnant rapidement tout l'appareil hépatique.

M. Rendu a traité par le drap mouillé (qui n'est, en somme, que le bain froid timide) un homme atteint d'*ictère infectieux fébrile*, et un autre atteint de *néphrite* grave, que ni les émissions sanguines, ni les drastiques, ni le régime lacté n'avaient soulagé.

M. Juhel-Rénoy, dans une de ses dernières leçons, prônait les bains froids, dans les formes malignes de la *grippe*, avec adynamie, prostration ou phénomènes nerveux intenses, collapsus cardiaque, etc.

M. Rivière (de Lyon) a publié deux cas de guérison de *tétanos*, par la balnéothérapie.

En résumé, les bains froids sont le traitement le plus rationnel et le plus efficace des formes infectieuses de toutes les pyrexies. Leur action est complexe : antithermique, stimulante, névrosthénique, et, ce qu'il faut retenir surtout, diurétique. Il a merveilleusement réussi partout où on l'a employé, aussi faut-il, loin de limiter son usage, étendre et généraliser une méthode qui, absolument sans danger, ne présente que de nombreux avantages et d'inappréciables qualités.

(1) Combemale et Gaucher. *Bull. méd.*, 1893.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 31 juillet 1894, MM. les docteurs Charrin, professeur à la Faculté de médecine de Paris, et Guerlou (de Lalinde) ont été nommés chevaliers du Mérite agricole.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 juillet 1894, M. Malichecq, médecin du lycée de Mont-de-Marsan, est nommé officier de l'Instruction publique.

— Par arrêté ministériel, en date du 31 juillet 1894, un concours s'ouvrira le 4 février 1895, devant l'École de médecine de Marseille, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques à ladite École.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture dudit concours.

— Chemin de fer d'Orléans. — La Compagnie d'Orléans, en vue de faciliter les voyages aux stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne, vient de se mettre d'accord avec la Compagnie du Midi pour élever à 25 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée, la durée de validité des billets d'aller et retour, individuels, de toutes classes, fixée antérieurement à 15 jours, et qui sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations de son réseau pour :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lannemezan (Cadéac, Vieille-Aure), Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Barèges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (le Vernet et Molitg), Quillan (Ginoles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons (Aulus), Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains.

La durée de validité de ces billets (25 jours) peut être prolongée une ou deux fois de 10 jours, moyennant un supplément de 10 p. 100 pour chaque période de 10 jours.

Ces billets doivent être demandés trois jours à l'avance.

Les dispositions qui précèdent sont applicables aux billets délivrés à partir du 1er août 1894.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.
PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

VALS

Thermalité 13°	Saint-Jean	Rigolette	Précieuse	Désirée	Magdeleine
Acide carbonique libre....	1.425	2 095	2.218	2.145	2.050
Bicarbonate de soude.....	1.480	5.800	5.940	6.040	6.280
— de potasse...	0.040	0.263	0.230	0.263	0.255
— de chaux.....	0.310	0.259	0.630	0.571	8.520
— de magnésie...	0.120		0.750	0.900	0.672
— fer et mang..	0.006	0.024	0.010	0.010	0.029
Chlorure de sodium......	0.060	1.200	1.080	0.100	0.169
Sulfate de soude et chaux.	0.054	0.220	1.185	0.200	0.235
Silicate et silice, alumine..	0.080	0.060	0.060	0.058	0.097
Iodure alcalin, arsenic, lith.	indice	traces	indice	indice	traces
	2.151	7.826	8.885	9.142	9.247

Ces eaux sont *très agréables* à boire à table, pures ou coupées avec du vin. Un excès d'acide carbonique et la proportion heureuse des bicarbonates en font des eaux *légères, douces*, essentiellement maladies des organes digestifs; — ***PRÉCIEUSE-SAINT-JEAN***, maladies de l'appareil biliaire; — ***DÉSIRÉE***, maladies de l'appareil urinaire; — ***RIGOLETTE***, chlorose, anémie; ***MAGDELEINE***, maladies de l'appareil sexuel.

DOMINIQUE

Acide sulfurique libre............. 1.33
Silicate acide
Arséniate »
Phosphate » *Sesqui-oxyde de fer......*
Sulfate » 0.44
— de chaux...........
Chlorure de sodium.........
Matières organiques.........

Cette eau est arsenicale; elle n'a aucune analogie avec les précédentes. Fièvres intermittentes, cachexies, dyspnée, maladies de la peau, scrofule, maladies organiques, etc.

Les eaux de ces sources se transportent et se conservent sans altération; elles se trouvent dans les principales pharmacies de France, au prix de 80 centimes la bouteille en verre noir, revêtue d'une étiquette et coiffée d'une capsule en étain indiquant la source où elle a été puisée.

DOSE ORDINAIRE : 1 bouteille par jour.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

SIROP de DIGITALE de LABELONYE

Sédatif du Cœur par excellence

Une cuillerée à bouche de ce Sirop renferme les principes actifs de dix centig. de Digitale.

DRAGÉES au Lactate de Fer de GÉLIS & CONTÉ

Approuvées par l'Académie de Médecine

Le FER le PLUS ASSIMILABLE

Dose : Cinq centigrammes par Dragée.

ERGOTINE et Dragées d'ERGOTINE BONJEAN

Médaille d'Or de la Société de Pharmacie de Paris

HÉMOSTATIQUE LE PLUS PUISSANT

soit en Potion soit en Injections hypodermiques

Quinze centigram. par dragée. — Accouchement Hémorrhagies de toute nature.

LABELONYE & Cie, 99, rue d'Aboukir, PARIS

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

J. RAYGASSE, précédemment à Paris, vient d'installer des ateliers spéciaux pour *meubles mécaniques* B. S. G. D. G.

Seul inventeur des nouveaux meubles pour Médecins.

51, Quai de Courbevoie (station d'Asnières).

BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.

Tentures et sièges pour cabinet sur devis.

RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS

Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

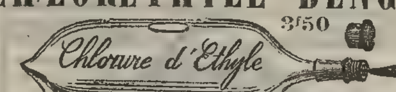
VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-**

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50



Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 16, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

CAPSULES — SOLUTIONS

GAIACOL IODOFORMÉ
GAIACOL EUCALYPTOL IODOFORMÉ

ANTISEPTIQUES PRÉCIEUX DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE

SÉRAFON

dans les **BRONCHITES** aiguës et **chroniques**, la **Dilatation des Bronches** et la **Bronchorrée** les **CAPSULES SÉRAFON** *amènent la Guérison, Dessèchent les Bronches et font disparaître la Fétidité des Crachats.*

dans la **TUBERCULOSE PULMONAIRE** et la **Pleurésie** d'origine Tuberculeuse les **SOLUTIONS SÉRAFON**, en Injections hypodermiques, *arrêtent sûrement l'évolution de la maladie et peuvent amener la Guérison au 1er et 2e degré.*

Pharm. SÉRAFON, Bordeaux et toutes Pharm. — **Gros : Mon ADRIAN et Cie, 9, Rue de la Perle, Paris.**

SE TROUVE DANS TOUTES LES PHARMACIES

En FLACONS de 30 grammes fermés à la lampe.

BROMURE D'ETHYLE ANALGÉSIQUE ADRIAN

Préparé Spécialement pour PRATIQUER les ACCOUCHEMENTS sans DOULEUR

Vente en gros : 9 et 11, Rue de la Perle, Paris.

CAPSULES VIGIER

AU CARBONATE DE CRÉOSOTE DE HEYDEN

(CRÉOSOTAL) **TUBERCULOSE.** — 2 à 6 capsules par jour.

Pharmacie VIGIER, 12, Boulevard Bonne-Nouvelle, PARIS.

N° 91. — MARDI 7 AOUT 1894. 67e ANNÉE. MARDI 7 AOUT 1894. — N° 91.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 6 août 1894.

Nous annoncions dans l'un de nos derniers numéros la mort de Maillot, ancien médecin-inspecteur, ancien président du Conseil de santé des armées. Cette courte note nécrologique ne pouvait suffire. Maillot qui vient de s'éteindre à Paris, à l'âge de quatre-vingt onze ans, était l'une des gloires les plus pures de notre médecine militaire. La France lui doit la conquête de l'Algérie autant qu'à ses plus vaillants soldats.

Au moment où, jeune aide-major, Maillot arrivait en Algérie, la mortalité y était formidable et faisait les plus grands ravages parmi nos soldats et nos colons. En certaines contrées, la mortalité montait jusqu'à 33 p. 100. La plaine aujourd'hui si salubre et si fertile, qui se développe autour d'Alger, était un véritable champ maudit, que les Arabes appelait le tombeau des chrétiens. Les fièvres paludéennes décimaient nos soldats et, à ce moment, la seule médication était la médication antiphlogistique : la saignée. Broussais était alors tout-puissant.

Il fallut un vrai courage au jeune médecin, dès le début de sa carrière, pour combattre de front la théorie du grand maître d'alors. Les succès inespérés qu'il obtint, par l'usage du sulfate de quinine, triomphèrent de toutes les résistances, mais ne furent pas, on le comprend, sans lui créer certaines inimitiés. Mais sa modestie, sa ténacité, triomphèrent de tout; Maillot joignait d'ailleurs à ses qualités scientifiques de hautes qualités de cœur et de caractère que purent apprécier ceux qui eurent le bonheur de l'approcher.

Il parvint aux plus hautes situations de la médecine militaire et resta médecin-inspecteur du service de santé de 1854 à 1868, époque à laquelle il fut mis à la retraite. Depuis, le silence se fit autour de cette grande et vénérable figure; on oublia que c'était grâce à lui que la France avait pu se maintenir en Afrique et faire vivre cette colonie aujourd'hui si prospère. Le silence se fit tel, que beaucoup crurent que le propagateur du sulfate de quinine n'existait plus. Mais son souvenir était vivace au cœur de nos colons et de nos médecins d'Algérie. M. Verneuil contribua par sa grande autorité àattirer à nouveau l'attention sur l'œuvre de Maillot et, en 1888, Maillot était âgé alors de quatre-vingt-quatre ans, il put obtenir du Parlement une récompense nationale, témoignage tardif de la reconnaissance publique.

La *Gazette des hôpitaux* fut toujours largement ouverte à la plume de Maillot qui y développa longuement les idées qui lui furent chères. Aujourd'hui qu'il n'est plus, nous tenons à lui rendre un dernier et légitime hommage et l'un de nos rédacteurs retracera, dans un de nos prochains numéros, ce que fut l'œuvre de Maillot.

Voici les paroles que M. Colin, médecin inspecteur général, prononçait sur la tombe de celui qui, il y a une vingtaine d'années, l'avait précédé à la présidence du conseil de santé des armées :

Messieurs,

En contemplant les phases successives de cette existence si largement remplie, ne nout est-il point permis de rappeler les termes dont une voix autorisée qualifiait les médecins de notre armée : « *Ce sont des savants et des soldats.* »

Cette définition, Maillot l'a justifiée de tous points. Professeur éminent, il a dû à ses services à l'armée d'Afrique, la gloire de sa carrière.

Se donnant pour exemple, il combattit toujours la pensée qu'il pût y avoir dans l'armée deux catégories de médecins, sachant d'ailleurs les réunir tous dans la même et ardente sympathie, leur donnant à tous le témoignage de ses vertus militaires.

Ce qui dominait, en chacune de ses paroles, en chacun de ses actes, c'était la droiture et la loyauté; on en retrouvait la marque et dans sa vie courante, et dans son accueil de chaque jour, comme on la retrouvait : jadis dans la vivacité de ses polémiques scientifiques; aujourd'hui, dans la franche, naïve satisfaction avec laquelle il s'associait à notre admiration pour la valeur et les résultats de ses travaux.

Il aimait l'armée, il était enthousiaste de ses gloires militaires; pendant toute sa carrière, alors même qu'il était arrivé, comme président du Conseil de santé des armées, à la plus haute situation du corps, il a ressenti et nous a souvent manifesté un regret, celui de n'avoir pas été exclusivement soldat.

Les malheurs des dernières guerres n'avaient fait qu'exagérer ce sentiment : né sous les murs de Metz, ayant longtemps habité cette forteresse réputée inexpugnable, il avait subi la douleur de voir tomber ce rempart, et, malgré son âge avancé déjà, le regret de n'avoir pu le défendre les armes à la main.

Il était plein de confiance en l'étoile qui l'eût guidé en cette voie! Pouvons-nous regretter qu'il ne l'ait point sui-

vie, quand nous voyons ce qu'il a fait, en demeurant ce qu'il a été, pour l'armée à laquelle il a conservé tant de soldats, fait pour la France, dont il a assuré la prospérité coloniale.

L'ambition n'était certes pour rien dans ce regret, inspiré tout entier par le sentiment patriotique inné au cœur de tout Français digne de ce nom, et dont cette terre de Lorraine, si féconde en soldats, enfantait, il y a cinq siècles, à Domrémy, la plus touchante, la plus glorieuse, la plus héroïque manifestation.

Rien, d'ailleurs, ne saurait mieux témoigner de la modestie de Maillot, que ce fait étrange de la longue période de recueillement et de silence succédant à la publication de son livre, et pendant laquelle il a vécu presque méconnu.

C'est en 1835 que paraissait ce livre, dont la vérité profitait immédiatement à tous, assurait le salut de nos malades, aussi bien en Algérie qu'en Crimée, au Mexique, etc., etc.; et l'auteur seul semblait en ignorer l'importance et le succès.

Ne songeant même pas à demander sa place aux Sociétés savantes, prêtes à lui ouvrir leurs portes, il vivait satisfait, suffisamment heureux d'une phrase dont l'auteur, il est vrai, se nommait Littré, phrase qui établissait le rôle génial de Maillot dans la confirmation, au nord de l'Afrique, des observations recueillies sur le sol de la Grèce par le père de la médecine.

Cette période d'ignorance de lui-même, d'effacement pour le public, durait encore il y a quelque vingt ans; beaucoup se demandaient alors s'il vivait encore, celui que nous accompagnons aujourd'hui au champ de repos, et auquel était réservé, de son vivant, une si légitime et si brillante apothéose.

Nous pouvons, je suis fier de le proclamer, nous rendre cette justice, nous, ses anciens élèves, d'avoir sonné le réveil, d'avoir contribué, en célébrant notre illustre maître, à provoquer les récompenses qu'il méritait de longue date, à couvrir sa vieillesse de bonheur et de joie.

Notre consolation suprême n'est-elle pas aujourd'hui dans la pensée que le temps ne fera que confirmer l'éclat d'un nom cher à la médecine militaire, à l'armée, à la patrie!

HOPITAL DE LA PITIÉ. — M. Lejars.

La désarticulation du genou à lambeau postérieur (1).

Je vais opérer devant vous, pour un sarcome du tibia droit, une femme de trente-neuf ans, grande, forte et vigoureuse, dont l'histoire, longuement suivie, me semble d'un réel intérêt clinique, et chez qui l'intervention mérite aussi d'être discutée.

J'ai vu cette malade ici même, pour la première fois, dans le service de mon maître Le Fort, en juillet 1892. Elle portait, à la face interne du tibia, vers sa partie moyenne, une petite tumeur arrondie, du volume d'une noix, extrêmement dure, peu douloureuse, et qui, depuis trois ans, se développait et grossissait lentement. Une chute, à la descente d'un tramway, en aurait été le point de départ. Je crus d'abord à une exostose, et, malgré des antécédents négatifs, j'instituai le traitement mixte. Il resta sans effet, et j'eus recours à l'extirpation. Sous la peau, je tombai sur une coque de tissu osseux, compact, et au-dessous, je trouvai une tumeur molle, occupant une sorte de loge creusée dans l'épaisseur même de l'os. C'était, de toute évidence, un sarcome central du tibia, et l'examen histologique confirma d'ailleurs cette constatation première. J'enlevai avec soin toute la masse, je curetai la cavité osseuse, et, le tissu ambiant me paraissant être sain, je réunis la plaie. Au bout d'une quinzaine de jours, la malade quittait nos salles, guérie de l'opération.

Au bout de quelques mois, la région devenait le siège de nouveaux élancements, sans qu'aucun relief ne parût encore sous la peau. Je revis mon opérée en mars 1893, à l'hôpital Necker : la pression révélait une douleur assez vive sur la face interne du tibia, au niveau de la cicatrice, et l'on sentait, au-dessous, une dépression très nette, mais nulle trace encore de récidive probable. Ce fut peu de temps après que se montra la nouvelle tumeur, et, en septembre, quand la malade revint me trouver, le néoplasme était trois fois gros comme le sarcome primitif. Pourtant, toute intervention fut repoussée, et, ces jours-ci seulement, notre opérée est rentrée salle Lisfranc.

Elle souffre, en effet, et ses douleurs continues, que la moindre pression exaspère, ont fini par lui rendre la marche impossible, et, depuis quinze jours, l'ont forcée à s'aliter. La tumeur est implantée sur la face interne du tibia, à mi-hauteur, et déborde un peu la crête. Elle est grosse comme une petite pomme, de base étalée, de surface bombée, de consistance inégale; elle tient fortement dans la profondeur et n'adhère nullement à la peau. Il n'y a pas de ganglions au pli de l'aine.

Le diagnostic, vous le comprenez, ne prête à aucune hésitation. Nous avons vu la tumeur initiale, et nous avons suivi toutes les phases de la récidive. Il s'agit d'un sarcome récidivé du tibia et d'un sarcome central. Vous savez, en effet, quelles sont les deux grandes variétés de sarcomes des os; vous savez que, de ces tumeurs, les unes, et d'ordinaire les plus volumineuses, sont périphériques, périostiques; et que les autres naissent dans l'épaisseur même du tissu osseux et de la moelle, qu'elles sont centrales, myélogènes. Vous avez vu, en novembre, un exemple du premier type chez cette jeune femme de la salle Lisfranc, dont le genou gauche se prolongeait par un énorme fuseau sarcomateux jusqu'à la partie moyenne de la cuisse, et qui refusa de se prêter au large sacrifice que je lui proposais, et quitta l'hôpital. Ici, le néoplasme a pris naissance dans le tissu spongieux, sinon dans le canal médullaire, et, comme je vous le disais tout à l'heure, il était encore revêtu, lors de ma première intervention, d'une mince coque osseuse. Ces sarcomes centraux sont souvent des tumeurs à myéloplaxes, et l'on s'accorde, depuis Nélaton et Robin, à reconnaître à ces sarcomes myélogènes giganto-cellulaires, une certaine bénignité. Chez notre malade, la récidive rapide, son volume, qui n'est pas encore considérable, mais qui s'est accru en peu de temps, les douleurs très vives, ne semblent guère représenter les éléments d'un pronostic adouci, et une intervention, large et suffisante, s'impose.

Que ferons-nous? Telle est la question que je tiens surtout à agiter devant vous.

Trois partis se présentent : *l'extirpation locale*, *l'amputation de la jambe* au-dessus de la tumeur, la *désarticulation du genou*.

J'aurais tenté volontiers, si l'état s'y prêtait, l'ablation locale ou l'amputation de la jambe; et je vous avouerai que je n'aurais aucun scrupule à transgresser le précepte, j'allais dire le dogme chirurgical, qui nous enjoint, dans les sarcomes des grands os des membres, de toujours désarti-

---

(1) Leçon faite le 14 mars 1894.

culer au-dessus. J'ai entendu maintes fois mon maître Le Fort raconter l'histoire d'un notaire de Lorraine, auquel il avait amputé la cuisse — et non désarticulé la hanche — pour un sarcome de l'extrémité inférieure du fémur, il y a plus de vingt-cinq ans, et le notaire vit toujours, j'en ai eu la preuve moi-même. Il y a deux ans, j'ai eu à traiter, ici même, pendant les vacances, un jeune Suisse, pour un énorme sarcome de la tête humérale droite; c'était un beau et solide garçon; le membre supérieur, nullement atrophié, était bien musclé, bien vivant, et vraiment il m'eût répugné de le faire tomber tout entier. Du reste, ce qui tranchait la question, le malade s'y serait refusé sans retour. Je pratiquai une large résection de l'épaule, j'excisai tout le tiers supérieur de l'humérus, une partie de la cavité glénoïde, la face profonde des muscles voisins; le foyer opératoire était énorme : il ne s'en réunit pas moins par première intention, et l'opéré se reprit vite à faire des mouvements. Au bout de deux mois, il nous quittait dans un excellent état et se servait de son bras d'une façon inespérée. Je l'ai revu à plusieurs reprises pendant les mois qui suivirent, aucun indice de récidive ne se montrait; puis il regagna son pays, sans que j'aie pu, malheureusement, retrouver sa trace. Vous trouverez dans la littérature étrangère de nombreux faits du même genre. Rosenberger (1), Fédor Krause (2), en ont publié des exemples intéressants; mais il s'agissait toujours de la forme réputée bénigne du sarcome des os, du sarcome à myéloplaxes, et il faut avouer que, dans la plupart des cas, la durée de survie sans récidive n'est pas suffisante pour étayer une conclusion ferme.

Quoi qu'il en soit, le doute, chez notre malade, ne semble pas permis; la tumeur est centrale, elle est située en plein tissu spongieux et médullaire; ce serait, à mon avis, une grosse erreur de tenter une extirpation locale, fatalement incomplète, ou même l'amputation de la jambe : le néoplasme est trop haut placé, pour que la section osseuse en soit suffisamment distante.

C'est donc à la désarticulation du genou que je me suis arrêté, et c'est elle que je vais pratiquer devant vous, mais par un procédé différent du procédé classique.

Vous savez que la désarticulation du genou est restée pendant longtemps l'une des plus meurtrières, parmi les grandes exérèses des membres. M. Legouest ne signalait-il pas une mortalité de 87 p. 100, M. le professeur Panas, 137 morts sur 170 opérés (80,9 p. 100)? La statistique de la guerre de Crimée lui assigne une mortalité à peu près égale à celle de l'amputation de la cuisse : 90 p. 100 dans l'armée française, 55 à 57 p. 100 dans l'armée anglaise; celle de l'armée américaine est déjà bien meilleure, 34,9 p. 100. Ces chiffres ont aujourd'hui beaucoup perdu de leur intérêt, et les dangers opératoires s'étant réduits à tel point, qu'on peut les laisser hors de compte, la discussion des indications ne se base plus que sur ces deux éléments : fréquence des accidents gangreneux, prothèse ultérieure.

Marche-t-on mieux avec un genou désarticulé qu'après une amputation de cuisse, même une amputation basse, telle que le Gritti ou le Carden? Quel lambeau se prête le mieux à une marche régulière et indolente? Quel lambeau se prête le moins à la gangrène consécutive?

(1) Neumann. Eine eigenartige erkrankung des condylus externus femoris sinister (sarkom). *Arch. f. Klin. Chir.*, 1888, Bd. 37, p. 595.

(2) F. Krause. Behandlung schaliger myeligener sarkome. *Arch. f. Klin. Chir.*, 1889.

Ces gangrènes du lambeau sont loin d'être une éventualité négligeable; elles se voient beaucoup moins, sans doute, qu'à la période ancienne, où la septicité jouait son rôle dans leur pathogénie, mais elles sont loin d'avoir disparu. Sur 85 cas de désarticulation du genou, réunis tout dernièrement par M. Ritschl (1), la complication est signalée 18 fois, 16 fois avec le grand lambeau antérieur, 2 fois avec un lambeau postérieur exclusivement cutané.

Vous vous souvenez qu'ici même, il y a peu de temps, vous avez été témoins d'un fait analogue. Je veux bien reconnaître que la situation n'était pas favorable : il s'agissait de ce pauvre ouvrier, d'une quarantaine d'années, qui nous était entré, deux mois auparavant, avec un écrasement du pied, déjà infecté et suppurant : il refusa toute intervention avec une ténacité désespérante, et ce ne fut que sous la pression d'une nécessité urgente, qu'il finit par consentir à l'exérèse de sa jambe. La peau, bien que pâle et un peu œdématiée, paraissait encore utilisable, au-dessous du genou, jusqu'à mi-jambe : il n'en était pas de même en arrière, et le lambeau antérieur m'était imposé. Je le taillai de la façon suivante : je pratiquai, en avant, une incision en V, dont le trait de raccordement passait à un travers de doigt au-dessous de la tubérosité antérieure du tibia, et dont les deux jambages remontaient jusqu'à l'interligne; j'incisai d'emblée jusqu'à l'os, et je me mis en devoir de décoller, à la rugine, le périoste et tous les tissus, jusqu'au niveau de l'interligne articulaire, comme pour une résection sous-périostée de l'extrémité supérieure du tibia, je sectionnai les ligaments latéraux et croisés, et je taillai un petit lambeau postérieur, de dedans en dehors, en rasant l'os. De la sorte, je n'avais ouvert, pour ainsi dire, que la partie fémoro-rotulienne de l'articulation, j'avais à peine vu la pointe de la rotule, et mon lambeau, fait de peau, de tissu fibreux et de périoste, conservait toutes ses connexions, et, je le croyais du moins, toute sa vitalité. De fait, il n'y eut aucun incident post-opératoire, aucune élévation thermique, et ce ne fut pas sans surprise et sans désappointement que je trouvai, au premier pansement, le douzième jour, le lambeau largement sphacélé. Les conditions locales étaient ici très défectueuses, et l'accident ne prouve rien contre le procédé : c'est à lui que j'aurai recours encore, quand les circonstances m'obligeront à faire le lambeau antérieur, car il réserve seul toutes les voies vasculaires.

N'avez-vous jamais remarqué l'aspect misérable de ce haillon de peau, qui, après la désarticulation du genou par le procédé classique, le procédé de Baudens, flotte au-devant des énormes condyles fémoraux, et reste seul à les recouvrir? S'il ne se mortifie pas, ce maigre lambeau, sera-t-il susceptible de servir de base de sustentation, et la marche pourra-t-elle se faire directement sur le moignon? Quelques faits le montrent, rares, il est vrai : M. Delorme présentait à la Société de chirurgie, en 1884, un désarticulé du genou, opéré depuis cinq ans, et qui marchait sur son moignon; en 1888, M. Polaillon en montrait un autre, opéré depuis 1881, et dont les condyles appuyaient aussi directement sur la cupule de l'appareil prothétique. Presque toujours la prothèse est obligée de prendre son point d'appui à l'is-

(1) Ritschl. Die exarticulation des unterschenkels in Kniegelenk und ihre Beziehungen zu den übrigen methoden der Absetzung der unteren extremitat in der Nahe des Kniegelenks. *Beitr. zur Klin. Chir.*, 1891, Bd. II, I, p. 177.

chion : l'opéré marche, comme un amputé de cuisse, sur sa tubérosité ischiatique. Croyez-vous que ce soit là un détail de moindre importance? Non, certes; le désarticulé qui se sert de son moignon comme surface de pression, marche comme un amputé de la jambe, au lieu d'élection : il a les mouvements de flexion et d'extension de la cuisse, il a la marche directe, dans le plan antéro-postérieur, et l'exercice lui permet, en général, de dissimuler assez vite les effets de sa mutilation. Si le point d'appui unique est à l'ischion, il en va tout autrement.

Telles sont les deux raisons — éviter plus sûrement les accidents sphacéliques, et faire un moignon bien matelassé, qui puisse directement s'appuyer sur l'appareil prothétique — telles sont les deux raisons qui m'engagent à prendre mon lambeau dans cette région si bien musclée, si bien préparée, semble-t-il, à le fournir, dans le mollet, à tailler, en un mot, un lambeau postérieur.

Ce n'est point là, du reste, une pratique récente, et l'on aurait tort de croire que la méthode soit née d'hier. Il semble, au contraire, qu'elle ait été, pour les premiers chirurgiens qui ont désarticulé le genou, la méthode d'élection, celle que dictait de prime abord le simple examen des conditions anatomiques, et seuls, des accidents, qui s'expliquent bien aujourd'hui, l'avaient fait abandonner.

J.-L. Petit ne recommande-t-il pas, à titre de procédé de nécessité, il est vrai, d'amputer « la jambe dans son articulation avec le fémur », et de le faire comme il suit : « On coupera, avec un bistouri courbe, les téguments circulairement vis-à-vis la partie inférieure de la rotule; on retirera la peau vers le haut jusqu'à sa partie supérieure, et alors on coupera les muscles extenseurs jusque dans la capsule ligamenteuse; on pliera le genou; on coupera les muscles et les ligaments des parties latérales; et lorsque le ligament croisé et les deux latéraux seront coupés, la jambe tenant encore au cordon des vaisseaux et aux muscles jumeaux, on tournera le tranchant du bistouri vers le bas, entre les muscles et le soléaire; on coupera les jumeaux en lambeau, observant de ne point couper les vaisseaux trop courts, et on fera en sorte que le lambeau soit assez grand pour recouvrir entièrement les condyles. » N'est-ce pas, avec tous ses détails de technique, la désarticulation à lambeau postérieur?

Brasdor, à l'Académie de chirurgie, défend la désarticulation du genou, et cite le cas d'un couvreur désarticulé par Hoin (de Dijon), qui tailla son lambeau aux dépens des chairs de la partie postérieure de la jambe. L'opéré marchait en appuyant directement son moignon sur l'appareil prothétique, et la base de pression était aux condyles.

Ce fut Blandin qui préconisa surtout la méthode à lambeau postérieur : elle porte encore son nom, en France et à l'étranger. Et, dans un travail tout récent, que je vous citais tout à l'heure, M. Ritschl s'étonne que l'on n'ait pas repris, depuis l'antisepsie, l'ancien procédé de Blandin, et il en rapporte l'intéressant exemple que voici : petite fille de quinze mois, gangrène traumatique du pied et de la jambe, s'étendant jusqu'à la rotule, mais, en arrière, respectant le mollet. Le lambeau postérieur était donc seul praticable. En raison de l'état des tissus et du voisinage immédiat du foyer de sphacèle, on s'abstint de toute réunion et la cicatrisation se fit par bourgeonnement. Au bout d'un mois et demi, elle était complète, et le moignon excellent. La cicatrice était antérieure, bien protégée contre la pression de l'appareil prothétique et le lambeau, recourbé, formait coussin sous les condyles, et glissait aisément au-dessous d'eux. La petite opérée resta une année en observation : on lui fit faire une jambe artificielle avec cupule, sur laquelle portait directement le moignon, et, malgré son jeune âge, elle apprit assez vite à s'en servir.

En janvier dernier, M. le docteur Falibois (1), dans une thèse inspirée par M. le docteur Montaz [de Grenoble], défendait la désarticulation du genou à lambeau postérieur, malheureusement sans fournir d'observation à l'appui.

Pourquoi donc une méthode qui paraît, à première vue, si rationnelle, et dont l'histoire est ancienne, ne figure-t-elle plus qu'à titre exceptionnel dans la technique chirurgicale? Que lui reproche-t-on? De quels méfaits est-elle responsable? Ce que l'on reproche au lambeau postérieur, c'est d'être « trop lourd », de « retomber par son propre poids » et de « découvrir ainsi la surface articulaire ». Cela est vrai, si la plaie opératoire se désunit et suppure; cela ne l'est plus, si la réunion est aseptique, régulière et complète. L'objection, qui s'appliquait, du reste, à toutes les amputations à lambeau déclive, perd aujourd'hui toute sa valeur. Si le lambeau est « lourd », s'il est épais et bien musclé, il n'en est que mieux fait pour remplir son rôle de soutien. Et encore, le fait de Ritschl, que je vous citais tout à l'heure, ne prouve-t-il pas que même une cicatrice par bourgeonnement est susceptible de fournir, bien surveillée, un beau moignon, de forme régulière et de bonne aptitude prothétique?

On ne saurait nier que, même avec cette méthode, le sphacèle ne soit à craindre, si la section des gros troncs artériels avait porté trop haut : il faut les suivre soigneusement et ne les couper qu'à l'extrémité même du lambeau. Voici donc la technique que je vais suivre : c'est celle qui a été indiquée par J.-L. Petit, pratiquée par Blandin, bien décrite et figurée dans la thèse de M. Falibois. Je dessinerai mon lambeau postérieur par deux traits symétriques, verticaux, le long du péroné et du tibia, qui se réuniront, en large arcade, un peu au-dessous du milieu du mollet : un trait antérieur, légèrement convexe en bas, reliera les deux têtes d'incision de ce grand U, en passant à la pointe de la rotule. J'ouvrirai tout de suite l'articulation, en sectionnant le ligament rotulien, les ligaments latéraux et croisés, et je taillerai alors, de dedans en dehors, lentement et minutieusement, le lambeau postérieur : mon bistouri ne quittera pas la face postérieure des os, détachant tous les muscles, y compris le poplité et laissant intact, et dans ses connexions naturelles, tout le système vasculaire de la région.

Faudra-t-il exciser le cul-de-sac synovial, ou extirper les cartilages articulaires? Je ne le crois pas; je laisserai en place synoviale, cartilage et rotule, persuadé qu'ils ne sauraient nuire à la cicatrisation régulière, et qu'il ne sera pas sans avantage fonctionnel de conserver à la face profonde du moignon une surface de glissement.

Voilà l'intervention à laquelle je me suis arrêté, d'après les réflexions que je viens de vous exposer. Nous en suivrons les résultats, immédiats et lointains, qui nous serviront d'enseignement pour l'avenir.

La désarticulation du genou à lambeau postérieur a été pratiquée dans la même séance, suivant le procédé qui vient

(1) Falibois. *De la désarticulation du genou à lambeau postérieur (procédé du docteur Montaz)*. Th. de 1894.

d'être exposé. Le grand lambeau postérieur comprenait tous les muscles, y compris le poplité : la section des vaisseaux portait sur les artères tibiale postérieure et tibiale antérieure à leur origine, un doigt environ au-dessous du tronc tibio-péronien : le sciatique poplité interne fut réséqué haut. L'adaptation du lambeau ne se fit pas sans quelques difficultés, à cause de son ampleur : des sutures profondes en nombre suffisant et de nombreuses sutures superficielles permirent de réaliser pourtant une réunion régulière. Au premier pansement, le 2 avril, la cicatrisation était assurée, à part trois petites surfaces granuleuses, aux points où l'accolement des lèvres cutanées n'avait pu se faire exactement. Le 10 avril, l'opérée quittait l'hôpital, guérie. Nous l'avons revue maintes fois : la cicatrice est régulière, antérieure, le moignon forme un épais coussin, qui glisse sous les condyles et reste, à la pression, parfaitement indolent. Un appareil prothétique a été construit, qui prend un point d'appui principal sur le moignon et un point d'appui secondaire et temporaire, comme nous allons le dire, à l'ischion : les premiers essais de marche se font avec le double appui; au bout d'un certain temps d'exercice, le support sous-ischiatique sera supprimé. Dans la cupule prothétique, la cicatrice se relève encore, et ne porte en aucun point, et la pression sur le lambeau sous-condylien ne provoque ni gêne ni sensibilité.



Fig. 1. — Désarticulation du genou à lambeau postérieur. Moignon vu de côté.



Fig. 2. — Désarticulation du genou à lambeau postérieur. Moignon vu de face.

La tumeur a été présentée à la Société anatomique, le 30 mars dernier, par M. O. Pasteau, interne du service. L'examen histologique a montré qu'il s'agissait d'un fibrosarcome, ce qui améliore le pronostic d'avenir.

TRAITEMENT DES SURDITÉS CATARRHALES A CAUTERETS

Par M. le docteur Achille Bouyer,

Ancien interné des hôpitaux de Paris, médecin ex-inspecteur des eaux, à Cauterets.

Conclusions. — En résumé :

Les deux principales sources de Cauterets (la Raillère et César) sont fréquemment appliquées avec avantage au traitement des surdités qui se rattachent à diverses lésions du catarrhe chronique de l'oreille moyenne.

Elles sont indiquées pour combattre le catarrhe naso-pharyngien qui complique si souvent le catarrhe auriculaire et exerce une grande influence sur la marche et l'issue de cette affection.

Elles sont également indiquées pour modifier les conditions générales de l'organisme qui dominent la disposition catarrhale et, partant, pour prévenir le retour des poussées fluxionnaires de la gorge et du nez, qui sont souvent le point de départ des inflammations auriculaires.

Le traitement dirigé contre le catarrhe naso-pharyngien exerce généralement une action de voisinage manifestement résolutive sur l'hypérémie de la muqueuse, de la trompe et de la caisse.

Il agit, en outre, favorablement sur la contractilité des muscles pharyngo-tubaires, et remédie ainsi à leur insuffisance, dans bien des cas.

Les eaux conviennent surtout aux formes humides caractérisées par la tuméfaction et l'hypersécrétion catarrhale de la muqueuse. Toutefois, elles ne doivent intervenir que lorsqu'on a rétabli, par un traitement approprié, la perméabilité de la trompe et favorisé l'écoulement des exsudats séro-muqueux contenus dans la caisse.

Elles sont, le plus souvent, inefficaces dans les formes sèches scléromateuses qui s'accompagnent d'adhérences anormales du tympan ou de la chaîne des osselets et des membranes des fenêtres.

Les résultats qu'on peut attendre de la cure thermale sont plutôt consécutifs qu'immédiats. Ils sont plus ou moins

complets, suivant l'âge du sujet, l'ancienneté de la maladie, la nature et l'étendue des lésions.

L'application des eaux au catarrhe naso-pharyngien et auriculaire comporte deux modes de traitement : l'un dirigé contre l'état local : gargarismes, inhalations, pulvérisations et douches nasales ; l'autre approprié à l'état général : bains, douches et boissons.

Le traitement thermal demande souvent à être secondé dans ses effets par l'emploi simultané de quelques moyens thérapeutiques ordinaires : insufflation d'air et cautérisation de la muqueuse pharyngo-nasale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Histoire des plantes (1), par le professeur H. Baillon.

L'œuvre si considérable de l'éminent professeur de la Faculté de médecine de Paris marche d'un pas assuré vers son couronnement. Le tome onzième que nous allons analyser est consacré aux Labiées, Verbénacées, Ericacées, Ilicacées, Ebénacées, Oléacées, Sapotacées. Il se continue par les Primulacées, les Utriculariacées, les Plombaginacées et se termine par les Polygonacées, les Juglandacées et les Loranthacées.

La famille des Labiées a une importance considérable ; elle est une des plus naturelles et porte son nom depuis 1759. Elle renferme actuellement 129 genres, environ 2660 espèces, réparties en dix séries. Leur affinité avec les Verbénacées est telle qu'on ne peut les séparer que d'une façon tout à fait artificielle.

Les Verbénacées pourraient former un seul et même groupe avec les Labiées. On obtiendrait ainsi un ensemble parallèle au groupe des Boraginacées, tel que le comprennent la plupart des auteurs contemporains. Mais on s'arrête devant l'inconvénient de comprendre dans un même cadre que les premières les types à fleurs régulières dont la tendance vers les groupes à placenta central libre est manifeste.

Famille par enchaînement, elle n'a qu'un caractère constant ; ses lobes placentaires sont uniovulés. La forme de la corolle, la constitution du disque, la présence ou l'absence d'un albumen, l'organisation des tissus, sont des plus variables. Les genres au nombre de 64 comprennent environ 800 espèces distribuées en cinq séries.

La charmante famille des Ericacées, famille par enchaînement, est formée de dix-huit séries renfermant les plantes les plus ornementales ; elles ne sont pas des plantes utiles au médecin. Très nombreuses en espèces, on en compte près de 1800, disséminées du pôle au tropique.

Les Ilicacées, qui nous donnent le houx et le maté, servent de passage entre les Ericacées et les Ebénacées.

Cette dernière famille, dont une espèce passait pour produire le meilleur bois d'Ebène, a été établie par Ventenat, en 1799. Adanson en avait fait une portion de ses Vacciniées. Elle compte 5 genres, environ 200 espèces, répandues dans les régions les plus chaudes des deux mondes.

Les Oléacées comprennent environ 300 espèces et 19 genres répartis en six séries et sont très voisines des Ebénacées et des Sapotacées. L'*Olea europæa* est la plus utile de toutes ces plantes. Le frêne, le jasmin, les lilas, les troènes appartiennent à cette famille.

Les Sapotacées, qui nous fournissent la gutta-percha, le beurre de Karité, l'huile d'Argan, etc. comprennent 64 genres et environ 400 espèces réparties en neuf séries.

Près de cette famille prend place celle des Primulacées, qui comprend 800 espèces et 42 genres partagés en neuf séries.

Sa voisine, la famille des Utriculariacées, représente, quant aux fleurs, la forme irrégulière des Primulacées et sont des plantes peu utiles.

Les Plombaginacées, que nous admirons sur les rivages de la Méditerranée et de l'Océan, s'étendent jusqu'aux tropiques ; quelques rares espèces sont alpines. M. Baillon n'en accepte que six genres, comprenant 220 espèces réparties en deux groupes : les Plombagées et les Staticées.

La famille des Polygonacées, très naturelle, a été conçue par les pères de la botanique, bien avant que les Jussieu l'eussent définie sous le nom de Polygoneæ. M. Baillon les range en six tribus, renfermant 31 genres et plus de 600 espèces à suc riches en oxalate. Est-il besoin de rappeler que cette famille nous donne la rhubarbe, les oseilles, le sarrasin, etc.

Les Juglandacées, auxquelles nous devons les noyers, est une petite famille qui nous amène à la dernière famille de ce volume : les Loranthacées.

Cette famille, qui préoccupe actuellement M. Van Tieghem, a été l'objet d'une étude fort intéressante de M. Baillon ; il suffit de comparer l'Histoire des Plantes au Prodrome de De Candolle pour voir les rapprochements de certaines séries. Les Olacées, les Opiliées, les Styracées, les Arjonées, nous conduisent aux Santalées. Par les Érythropalées, les Vitées et les Grubbiées, nous arrivons aux Loranthées pour descendre aux Viscées, aux Lophophytées, aux Myzodendrées et aux Antholobées. Nous obtenons ainsi 76 genres et environ 1360 espèces réparties dans les deux mondes, en tous les climats et principalement dans les régions chaudes. Le gui, le santal, le benjoin et la vigne en sont les représentants les plus importants.

En résumé, ce onzième volume est entièrement digne de tous ceux qui l'ont précédé. La méthode de l'auteur et sa critique sont vraiment des plus remarquables. Nous ne pouvons nous empêcher de redire combien l'« Histoire des Plantes » fait d'honneur à notre pays. La haute distinction que la Société royale de Londres a décernée à notre éminent compatriote n'est que la juste récompense d'une vie consacrée à la science botanique.

Et maintenant au douzième volume que M. Baillon vient de publier.

(1) T. XI. Un vol. in-8°. Prix ; 25 francs. — Paris, Hachette et Cie.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 3 août 1894, M. le docteur Illy, médecin en chef de première classe des colonies, a été nommé officier de la Légion d'honneur.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beraud (d'Ainay-le-Château) ; Lacronicque, médecin principal de première classe en reraite ; Séguy (de Saint-Flour), et Laurent (de Sainte-Sévère).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— Nos abonnés sont instamment priés de joindre une des dernières bandes imprimées aux demandes de changement d'adresse, aux envois de valeur et à toute communication, de quelque nature que ce soit.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

On a pu croire, au début de la séance, que l'Académie allait continuer la discussion qu'elle a entamée, la semaine dernière, sur le meilleur mode de mise à mort des animaux de boucherie. Mais M. Alphonse Guérin, sous prétexte que l'Académie est plutôt instituée pour guérir les hommes que pour tuer les bœufs, a demandé qu'on laissât de côté cette question. Cela est peut-être regrettable, car il ne s'agissait pas seulement d'une question d'humanité, mais aussi d'une question d'hygiène. Et puis enfin, il y a une section de médecine-vétérinaire à l'Académie.

A propos d'un rapport de M. Cadet de Gassicourt sur un travail de M. Vidal (d'Hyères), relatif à l'application de la loi Roussel dans le Var, on a de nouveau discuté sur les causes de la dépopulation de la France. On a accusé l'alcoolisme comme pouvant être une de ces causes. Ce qui semble le plus probable, c'est que, ainsi que l'a fait justement observer M. Charpentier, la principale cause de la diminution de la natalité est certainement la stérilité volontaire. Le remède à ce mal est bien difficile à trouver.

M. Dujardin-Beaumetz, en sa qualité d'opéré, ainsi qu'il l'a dit lui-même, a été chargé de faire un rapport sur le travail de M. Fontan relatif aux injections d'éther dans les voies biliaires. Le rapport de M. Dujardin-Beaumetz, posant très nettement les indications des diverses opérations que l'on pratique sur les voies biliaires, nous le publierons prochainement *in extenso*. Cette question est à l'ordre du jour. Elle était encore récemment discutée à la Société de chirurgie. A ce titre, ce nouveau document nous paraît présenter un réel intérêt.

MÉDECINE MILITAIRE

L'Œuvre du docteur F.-C. Maillot.

> Les fièvres continues de l'Algérie relèvent presque toutes de la malaria et deviennent généralement intermittentes ou rémittentes, dès les premiers jours, sous l'action de la quinine.
>
> MAILLOT.

Le médecin inspecteur Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, est décédé il y a quelques jours à peine, et avec lui disparaît une des belles figures médicales de ce siècle. Maillot n'appartient pas seulement à la médecine militaire dont il a été l'un des plus brillants représentants, il appartient à la France entière. Chez lui, le praticien expert, l'observateur consciencieux était doublé d'un ardent patriote; rappelons, à ce propos, qu'il était Lorrain, et que ses premières études médicales se firent à Metz, où il remporta les plus grands succès.

Au moment où Maillot arrive à Bône, en 1834, notre armée d'Algérie était décimée. « Il fallait demander à la mère-patrie des soldats pour remplacer les morts, les mourants et les infirmes dans une proportion épouvantable. Les pouvoirs publics agitaient passionnément la question de l'abandon ou de la conservation de l'Algérie (1). » Venant de Corse, Maillot connaît déjà l'ennemi qu'il s'apprête à combattre de toutes ses forces sur un terrain plus dangereux encore.

C'est seulement en Algérie que Maillot peut étudier, d'une façon vraiment complète et méthodique, les fièvres intermittentes; tous ses travaux traitent de la redoutable maladie, et il s'y consacre d'une façon exclusive. C'est de l'Algérie qu'il lance ses premiers mémoires parus sous des titres trop modestes, et dans lesquels il expose les premiers résultats de sa méthode avec la foi profonde d'un hardi novateur, sûr du succès. Et, par une heureuse coïncidence, c'est au Congrès d'Alger que, bien des années plus tard, grâce à l'initiative de M. le professeur Verneuil, se fait la plus solennelle manifestation en l'honneur de Maillot.

L'illustre vétéran n'a eu rien à envier aux plus célèbres de ses prédécesseurs, les grands chirurgiens militaires de l'Empire. Il a fait œuvre durable à la fois pour la science et pour son pays. S'il a eu à subir de nombreuses et violentes polémiques, celles-ci ont eu pour effet de rendre bien plus rapide la vulgarisation de l'emploi de la quinine; c'est grâce à la médication quinique qu'a été rendu possible le séjour dans les régions infestées par la malaria, que les Européens ont pu occuper d'autres colonies malsaines, que la France a pu se rendre maîtresse du Tonkin sans qu'on ait eu, comme pour la conquête de l'Algérie, à compter par milliers les soldats et colons fauchés par la maladie.

Dans ses dernières années, Maillot a été comblé d'honneurs. La ville de Briey, son pays natal, les villes d'Alger et de Bône ont donné son nom à une de leurs rues principales, et le village florissant de Souk-el-Ileta, dans la province

(1) Docteur Cuignet.

d'Alger, s'appelle aujourd'hui village Maillot (1). En 1888, sous l'inspiration du regretté Liouville, les Chambres « fidèles interprètes des sentiments de l'Algérie » lui votent une pension de 6 000 francs, reversible sur sa femme, à titre de récompense nationale (Loi du 25 juillet). Quoique admis à la retraite depuis 1868, Maillot a voulu continuer à compter parmi les médecins militaires; sa plus grande satisfaction était d'ajouter au-dessous de sa signature « doyen de la médecine militaire ». Dans le corps de santé de l'armée, beaucoup ont été ses amis, tous restent ses admirateurs.

Les travaux de Maillot sont restés épars jusqu'en 1893. A cette époque, le Comité d'études médicales de l'Algérie les a réunis, et M. le professeur Troland a rappelé, dans une préface émue, pourquoi l'Algérie avait tenu à honneur de faire recueillir les mémoires et documents écrits par Maillot : « Maillot, dit-il, a eu la satisfaction de voir ses idées répandues, au point que le public lui-même se chargerait de les défendre si on venait à les attaquer, satisfaction la plus noble, la plus élevée qu'un médecin puisse rêver... Il nous a semblé que l'homme à qui l'armée a dû de pouvoir continuer la conquête de l'Algérie, à qui le colon a dû d'entreprendre la conquête du sol par la pioche, il nous a semblé que cet homme méritait de ne pas voir le temps disperser ses travaux et les rejeter dans l'oubli. Non seulement la publication de l'œuvre de Maillot sera un nouvel hommage rendu au maître, mais elle sera aussi, croyons-nous, une bonne action faite dans l'intérêt scientifique. Les pages écrites par Maillot manquaient à l'histoire médicale de l'Algérie. »

Il nous reste à résumer, en suivant l'ordre chronologique, les différents mémoires que l'on doit à la plume de Maillot. A défaut de la lecture du texte même, nos confrères pourront ainsi suivre « les différentes phases qu'a subies l'évolution de sa doctrine avant d'arriver à la consécration définitive ».

TRAVAUX DE MAILLOT

1. **Note sur les maladies qui ont régné à Bône pendant le mois de juin 1834.** *Journ. hebd. des Sc. et Instit. méd.*, 1834.
2. **Recherches sur les fièvres intermittentes du nord de l'Afrique.** Mémoire lu à l'Académie de médecine le 30 mai 1835.
3. **Traité des fièvres ou irritations spinales intermittentes.** J.-B. Baillière, 1836.
4. **Lettre du Conseil de santé des armées,** par M. Maillot, à **raison d'une critique contre sa doctrine,** par M. Gassaud, médecin en chef de l'hôpital militaire de Bordeaux, 1840. Lettre insérée dans le XLIXe vol. des *Mém. de méd. milit.*
5. **Mémoire sur les fièvres pseudo-continues ou fièvres continues à quinquina.** *Gaz. méd. de Paris*, 1846. (première réponse à M. C. Broussais.)
6. **Lettre sur le traitement des fièvres intermittentes de l'Algérie,** adressée à M. le docteur Gouraud, ancien médecin des Invalides à Avignon.
7. **Nouvelles remarques sur les fièvres pseudo-continues.** *Gaz. méd. de Paris*, 1847. (Deuxième réponse à M. C. Broussais.)
8. **Documents pour servir à l'histoire des maladies de l'armée d'Afrique.** *Gaz. méd. de Paris*, 1850.
9. **Lettre sur quelques points de l'histoire des fièvres intermittentes,** à M. le docteur Jules Guérin. *Gaz. des hôpit.*, 1882, p. 803.
10. **Hippocrate. Littré. Maillot. De leur rôle dans l'histoire des fièvres continues dans les pays chauds et marécageux.** *Gaz. des hôpit.*, 1882, p. 833.
11. **Notes rétrospectives sur l'origine et le développement de la thérapeutique algérienne.** *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 481.
12. **Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie.** Lettre adressée à M. le docteur Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*. *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 209.
13. **Considérations générales sur l'état sanitaire de la garnison de Bône, de 1832 à 1881.** *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 265 et 275.
14. **Revue bibliographique : Traité des fièvres palustres avec la description des microbes du paludisme,** par M. A. Laveran. *Gaz. des hôpit*, 1884, p. 517, 533 et 949.
15. **Morbidité et mortalité de l'armée en France et en Algérie.** *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 603.
16. **Mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie.** *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 897.
17. **Appendice à mon dernier mot sur les fièvres de l'Algérie.** *Gaz. des hôpit.*, 1884, p. 1033 et 1057.
18. **De l'influence de la thérapeutique et de l'hygiène dans la décroissance de la mortalité dans la région de Bône (Algérie).** *Gaz. des hôpit.*, 1887, p. 1013.

(1) Le docteur Maillot conservait précieusement, dans son cabinet de travail, un flacon de l'eau du village de Maillot. Ce flacon lui avait été envoyé, il y a quelques années, par la délicate attention d'un pharmacien inspecteur de l'armée, de passage à Maillot, en tournée d'inspection générale.

I. Dans son premier travail, *Sur les maladies qui ont régné à Bône* pendant le mois de juin 1834, Maillot prouve que les « fièvres intermittentes sont de beaucoup les plus dominantes, que, parmi elles, beaucoup sont très graves et deviennent pernicieuses, lorsqu'elles ne le sont pas de prime abord ». Il croit que les gastro-céphalites aiguës de cette époque sont, pour l'immense majorité, des fièvres intermittentes et rémittentes, passées à l'état de continues, mais conservant toujours au fond de leur cachet spécial quelques-uns des caractères propres aux maladies intermittentes et en exigeant en partie le traitement. Ce traitement est proportionné à l'intensité du mal et à sa marche rapide. Les déplétions sanguines et le sulfate de quinine sont surtout employés ; viennent en seconde ligne les révulsifs dans les fièvres pernicieuses comateuses et algides. Maillot ne craint pas de prescrire le sulfate de quinine, à la dose de 8 décigrammes, en potion quelques heures avant l'accès, dans les cas ordinaires ; cette dose est augmentée dans les fièvres pernicieuses. Pour rassurer « les esprits craintifs ou prévenus », il rappelle que dès 1822, à Rome, on avait donné la quinine à raison de 40 grains au moins dans l'intervalle des accès de fièvres pernicieuses ; en tout cas, il conclut qu'il a toujours eu à se féliciter de l'emploi du médicament à doses relativement élevées.

II. En 1835, Maillot lit à l'Académie un important *Mémoire sur les fièvres intermittentes* du nord de l'Afrique ; il y expose et développe les considérations suivantes :

1° Les affections continues du nord de l'Afrique, spécialement celles de Bône, sont des fièvres intermittentes et rémittentes, dont les accès ou les paroxysmes ont cessé d'être distincts.

2° Traitées par l'administration immédiate et à haute dose du sulfate de quinine, en même temps que par les saignées, les gastro-céphalites du nord de l'Afrique s'arrêtent en quelques heures.

3° Traitées par les déplétions sanguines seulement, ces gastro-céphalites passent fréquemment typhoïdes dans les cas les plus heureux, c'est-à-dire lorsque les malades ne sont pas emportés dès les premiers jours par des paroxysmes pernicieux.

4° A Bône et à Alger, les fièvres quotidiennes sont beaucoup plus fréquentes que les fièvres de tout autre type.

5° C'est de neuf heures du matin à midi que revient l'immense majorité des accès.

6° Les fièvres intermittentes sous le rapport anatomique, sont des hyperhémies des grands centres nerveux.

7° Légères, ces hyperhémies constituent les fièvres simples; portées au summum, elles constituent plusieurs variétés de fièvres pernicieuses.

8° Les irritations et inflammations viscérales qui accompagnent les accès sont des accidents, sont des complications.

9° Les irritations viscérales qui accompagnent les premiers accès sont de simples congestions; ce n'est que par degrés que ces congestions deviennent des inflammations.

10° Le seul moyen de prévenir le passage de ces congestions actives à l'inflammation, c'est l'administration immédiate et à haute dose du sulfate de quinine, qui agit en s'opposant au retour des accès.

11° Enfin, c'est aussi par cette administration immédiate et à haute dose du sulfate de quinine, que l'on prévient les accidents consécutifs, tels que l'engorgement des viscères abdominaux, les hydropisies, les diarrhées.

III. En 1836, paraît le *Traité des fièvres ou irritations cérébro-spinales intermittentes*. Maillot y insiste sur la tendance des affections continues paludéennes à reprendre les allures de l'intermittence et de la rémittence, aussitôt qu'une cause quelconque vient à faire baisser la réaction circulatoire; il proclame les bienfaits de la médication quinique.

IV. Cependant, certains médecins n'hésitent pas à incriminer le sulfate de quinine, et M. Gassaud, en 1840, publie un travail dans lequel il dit : « Beaucoup d'hommes figurant au nombre des guéris de l'hôpital de Bône sont venus mourir aux hôpitaux d'Alger, avec des colites ulcéreuses occasionnées, sans nul doute, par le sulfate de quinine pris en trop grande quantité. » Maillot, tenant à réfuter cette allégation, adresse au Conseil de santé des armées une *Lettre* de protestation dont il sollicite l'insertion dans le *Recueil des Mémoires de médecine militaire*; satisfaction lui est accordée.

V. Dans une première réponse à Broussais au sujet des *fièvres pseudo-continues*, Maillot expose ses idées sur ces fièvres intermittentes qui, sous l'influence de certaines conditions, affectent une marche analogue aux fièvres que les anciens nosographes appelaient fièvres continues, fièvres essentielles, que Broussais avait expliquées par la gastro-entérite, et qu'on désigne aujourd'hui sous la dénomination de fièvre typhoïde. L'ardent polémiste réunit ses arguments dans un long mémoire nourri de faits démonstratifs, desquels il déduit :

1° Qu'il est impossible de ranger toutes les fièvres à quinquina dans les deux catégories de fièvres dites intermittentes et rémittentes;

2° Qu'il faut absolument faire une classe distincte de celles de ces fièvres qui prennent la forme de la continuité et auxquelles, en raison de cette marche, on pourra donner soit le nom de fièvres pseudo-continues, soit celui de fièvres continues à quinquina, ou tout autre qui rappellera leurs caractères essentiels;

3° Que ces fièvres doivent être attaquées par les préparations de quinquina, dès leur principe, et lorsqu'elles ont encore la forme continue;

4° Enfin, qu'il est dangereux d'attendre pour les traiter par les fébrifuges qu'elles revêtent les formes ou intermittente ou rémittente.

VI. M. Gouraud ayant publié des études sur la fièvre intermittente pernicieuse dans les contrées méridionales (Avignon 1842) et interprété d'une façon inexacte les travaux de Maillot, celui-ci rappelle à son contradicteur dans une longue *Lettre* qu'il a été, il est vrai, élève de Broussais, mais qu'il est, depuis 1834, en complète dissidence avec ses anciens maîtres, et que sa thérapeutique ne ressemble en rien à celle si longtemps préconisée par l'École du Val-de-Grâce. L'auteur se voit dans la nécessité de prouver à son confrère que personne plus que lui n'a insisté sur l'utilité de l'emploi du sulfate de quinine donné immédiatement, et de son administration à des doses très élevées.

VII. En 1847, paraît un mémoire relatif encore aux *fièvres pseudo-continues*; c'est une deuxième réponse à Broussais, à propos d'un article publié, par ce dernier, dans la *Gazette médicale*. Maillot y apporte de nouveaux faits destinés à rendre évidente la démonstration des propositions précédemment émises, à savoir : 1° que les épidémies de Bône sont des fièvres intermittentes et rémittentes; 2° que souvent, et surtout à l'époque des chaleurs, l'intermittence et la rémittence cessant d'être distinctes, ces affections passent à un état pseudo-continu.

VIII. Pendant son séjour en Afrique, Maillot avait réuni de nombreux *documents*; il les publie seulement en 1850. Des observations journalières, recueillies treize ans auparavant pour servir à l'établissement des rapports officiels, il résulte que les améliorations introduites dans les casernements, que les mesures hygiéniques strictement appliquées, que l'augmentation de la quantité des aliments et des rations de vin ont été pour beaucoup dans la diminution relative du nombre des malades par rapport aux années précédentes.

Les officiers de santé des corps sont invités à ne pas conserver les malades à l'infirmerie et à les envoyer à l'hôpital aussitôt que la maladie a été constatée. Grâce à ces précautions multiples, la statistique annuelle, sauf pour l'épidémie d'hiver qui n'est pas constante, indique une diminution notable du nombre des malades.

Les fièvres intermittentes simples sont de beaucoup les maladies dominantes; les affections pernicieuses intermittentes et rémittentes sont plus rares.

Il faut signaler enfin les dangers que l'on aura toujours, en Afrique, à différer l'administration d'une médication active; par exemple, les officiers qui ont longtemps cherché à lutter contre le mal, pour ne pas quitter leur poste, tout en se médicamentant à demi, donnent une moyenne de 1 mort sur moins de 8 sortants de l'hôpital, du 1er juillet au 31 décembre, tandis que les soldats et sous-officiers fournissent une moyenne de 1 mort sur 25 sortants.

IX. Dans la *lettre adressée au docteur Jules Guérin* (1882), Maillot, malgré son grand âge, montre qu'il reste l'ardent défenseur de ses rationnelles et désormais classiques doctrines sur les fièvres intermittentes; il tient à réfuter l'opinion d'un savant confrère à savoir : « qu'il n'a fait que revenir à ce qui s'enseignait et se pratiquait avant Broussais ». S'il reprend la parole après trente ans de silence, c'est qu'il considère comme un devoir de ne pas laisser une idée si

étrange, si erronée prendre corps, ni « défigurer le rôle de la médecine militaire dans la grande question des fièvres paludéennes ». Il lui est, du reste, facile de démontrer qu'il n'est pas plus le continuateur de Broussais que celui de Pinel et d'Alibert, les deux seuls représentants de l'enseignement officiel à l'époque à laquelle il est fait allusion, les travaux de ceux-ci étant « aussi rétrogrades que stériles ».

X. *Hippocrate. Littré. Maillot.* — C'est sous ce titre que Maillot a publié un mémoire d'intérêt tout historique, où il étudie la part qui revient à chacun de ces trois auteurs dans l'étude des fièvres palustres. Il rappelle la trouvaille importante, faite par Littré, dans les ouvrages hippocratiques, celle des fièvres rémittentes ou pseudo-continues, dont il y est maintefois parlé, et que les commentateurs du centre de l'Europe avaient complètement méconnues. Le grand mérite de Littré est d'avoir pu s'élever à la haute conception de l'identité qui existe entre les fièvres d'Hippocrate et celles de tous les pays chauds. Le rôle de Maillot a consisté à démontrer l'analogie entre les fièvres intermittentes et les fièvres pseudo-continues qui se révèlent tantôt par le coma (lethargus), tantôt par le délire (phrenitis), noms sous lesquels les fièvres rémittentes et continues sont admises par Hippocrate.

XI. Dans une *note rétrospective* sur l'origine et le développement de la thérapeutique algérienne, c'est avec un sentiment de satisfaction bien légitime que Maillot peut exposer, en citant quelques chiffres, les bienfaits de sa méthode. En 1834, il y a à Bône 1437 morts en moins, avec 856 malades en plus par rapport aux chiffres de l'année précédente. Grâce au zèle des médecins de la flotte qui ont appliqué dans les autres colonies la médication nouvelle, des résultats identiques ont été obtenus. Maillot affirme que c'est à ces dévoués et sagaces praticiens que « la Réunion doit de n'avoir eu qu'une mortalité bien faible, si on la compare à celle de Maurice (1866-1868), lorsque presque simultanément ces deux îles — sœurs jumelles pourrait-on dire — ont été frappées par une épidémie de fièvres palustres ». Non seulement les moyens thérapeutiques préconisés par Maillot ont reçu leur consécration pratique, mais l'Académie des sciences a voulu assurer le triomphe de la méthode en donnant à son auteur un prix Monthyon.

XII. Il n'était pas sans intérêt de connaître la moyenne des décès, en Algérie, comparativement à celle de France, et de rapprocher ces chiffres. Maillot s'est livré à des recherches sur *la morbidité et la mortalité* de l'armée en France et en Algérie. Dans une lettre adressée à M. le docteur Le Sourd, directeur de la *Gazette des hôpitaux*, il expose qu'il a pris pour point de comparaison le gouvernement militaire de Paris, « une des contrées les plus salubres de France et dont l'effectif militaire est à peu près le même que celui de l'Algérie ». Maillot a trouvé que la morbidité est beaucoup plus considérable qu'en France, que, par suite, la mortalité dépasse environ d'un tiers celle du gouvernement de Paris, mais que la proportion des morts au nombre des malades y est notablement inférieure. La mortalité est, en Algérie, de 1 sur 31, et de 1 sur 24 dans le gouvernement de Paris. Ces faits doivent être vulgarisés pour dissiper bien des préventions contre l'Algérie.

XIII. Le mémoire de Maillot ayant trait à l'*état sanitaire de la garnison de Bône*, de 1832 à 1881, est intéressant par les statistiques rapportées ; il nous suffira de citer quelques chiffres ; ils sont d'une éloquence saisissante.

En 1832	4033 entrants	449 morts	1 mort sur	9
En 1833	6704 —	1526 —	1 —	4
En 1834	11593 —	538 —	1 —	21
En 1865	1595 —	25 —	1 —	62
En 1875	1340 —	36 —	1 —	37
En 1880	951 —	17 —	1 —	55

XIV. Dans l'analyse qu'il fait du savant *Traité des fièvres palustres* de M. le professeur Laveran, Maillot présente une revue bibliographique complète, désireux, dit-il, d'avoir fait comprendre que cet ouvrage ne laisse dans l'ombre aucune des questions fondamentales se rattachant au paludisme, et qu'il marque une nouvelle étape dans l'histoire des fièvres intermittentes.

XV. Le travail sur la comparaison de la *morbidité et de la mortalité* en France et en Algérie avait été fait pour le gouvernement de Paris, en ce qui concernait la France. Maillot a voulu prendre une base de comparaison plus large que dans son premier mémoire sur ce sujet. Ayant interrogé la statistique médicale des 5e, 7e, 14e et 15e corps, il arrive absolument aux mêmes résultats que ceux précédemment obtenus ; les proportions peuvent être considérées comme tout à fait identiques.

XVI-XVII. Maillot ne pouvait se résoudre à abandonner la brèche ; en 1884, il publie successivement deux articles qui doivent contenir son « dernier mot sur les fièvres d'Algérie ». Il revient sur les faits déjà avancés dans ses précédentes publications, mais en prenant, cette fois, la question plus particulièrement au point de vue historique, rapportant le récit d'épidémies telles que celle de Milianah en 1840, rappelant, avec la satisfaction légitime de l'homme qui a fait plus que son devoir, quelques-uns des mots piquants adressés à différentes époques au vulgarisateur de la quinine. Cependant la lecture des lignes écrites par le duc d'Orléans (1) semble avoir éveillé chez lui un sentiment de tristesse pénible. Maillot trouvait, avec raison, bien malheureuses les appréciations d'un homme, si considérable par son nom et sa situation militaire, sur l'usage fait de la quinine lors de l'expédition de Constantine, en 1836 : « Des ballots entiers de ce poison avaient été avalés en quelques jours dans les régiments transformés en infirmerie. »

XVIII. Le dernier écrit de Maillot traite de l'*Influence de la thérapeutique* et de l'hygiène dans la décroissance de la mortalité dans la région de Bône. L'auteur explique, preuve en main, la grande part qui revient à la thérapeutique ; c'est à elle seule même qu'est dû le succès. L'hygiène constitue un adjuvant, mais un adjuvant secondaire ; la preuve en est dans la comparaison du mouvement hospitalier de Bône, alors que les conditions hygiéniques étaient restées les mêmes.

Le sulfate de quinine est plus qu'un médicament puissant, c'est un spécifique et, comme disait Maillot, faisons des vœux pour que l'on découvre contre l'endémie cholérique, cet autre fléau des colonies, un spécifique aussi efficace que l'est le sulfate de quinine dans les affections paludéennes de ces mêmes contrées.

(1) Duc d'ORLÉANS. *Campagnes de l'armée d'Afrique*, p. 195.

Nous avons brièvement résumé l'œuvre de Maillot, trop brièvement même à notre avis; mais l'œuvre du maître est si considérable qu'il était impossible, sans cela, de présenter un aperçu d'ensemble à nos lecteurs. La *Gazette des hôpitaux* a publié, à différentes époques, des mémoires de Maillot; elle considère aujourd'hui comme un devoir de rappeler ce que fut cet esprit travailleur, perspicace et brillant tout à la fois; elle tenait à rendre ce dernier hommage à sa mémoire.

REVUE DE LA PRESSE

Intervention chirurgicale pour des calculs biliaires. — M. Bardeleben communique, à la Société de chirurgie de Berlin, trois cas d'opération pour des calculs biliaires. Un de ces malades souffrait, depuis septembre 1893, de douleurs à la région hépatique. L'opération fut faite en deux temps. A l'ouverture de la vésicule biliaire, on y a trouvé 111 cholélithes, 5 autres se sont éliminés ensuite pendant les changements du pansement. Le malade est complètement guéri.

Le second malade souffrait souvent de coliques hépatiques avec vomissements, constipation, anorexie. En juin 1893 se montra, pour la première fois, l'ictère. A l'ouverture de l'abdomen, on a constaté que la vésicule biliaire était entourée d'une masse néoformative considérable, de consistance molle. Le péritoine n'a pu être suturé à la vésicule directement, et M. Bardeleben fut obligé de le fixer à cette néoformation. Au point d'union de la vésicule au foie on a constaté un point induré, d'où l'on pouvait faire sourdre par pression un peu de bile. Tamponnement à la gaze iodoformée. Dix jours plus tard on a fait l'ouverture de la vésicule biliaire, d'où l'on a extrait 2 calculs. A chaque pansement consécutif, on trouvait constamment 1 ou 2 calculs, de sorte que leur nombre total monte actuellement à 10. La plaie ne laisse plus sourdre que peu de bile. M. Bardeleben compte sur une guérison définitive, la vésicule étant très rétrécie et très petite.

Le troisième malade souffrait déjà depuis 1883, des attaques très douloureuses occupant la région stomacale. Depuis février 1891, hématémèses. En août 1892, ictère. Une année plus tard, le malade s'est aperçu d'une tumeur à la région hépatique. A l'examen on a constaté une tuméfaction de 3 doigts de long sur 2 de large, résistante et douloureuse. L'incision a fait voir que la vésicule biliaire avait le volume d'un œuf d'oie, à fond adhérant intimement à l'épiploon. Pour ramener la vésicule vers la plaie cutanée, on a introduit un fil à travers le péritoine, derrière la vésicule biliaire, qui fut ainsi fixée à la paroi abdominale. Huit jours plus tard on a retiré de la vésicule, à l'aide d'une seringue de Pravaz, environ 35 centimètres cubes de liquide transparent, muqueux, qui contenait de l'albumine, mais pas de traces de pigments ou d'acides biliaires. M. Bardaleben se propose d'ouvrir la vésicule biliaire, pour chercher le calcul. (*Centralbl. f. chir.*, n° 5, 1894.)

Action mécanique des balles des nouveaux fusils sur les tissus vivants. — Le docteur Tilé a fait une série d'expériences pour vérifier la théorie de pression traumatique, par laquelle Reger explique l'action mécanique des balles. Il a employé, pour ses expériences, le nouveau fusil et celui de Berdan et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° La théorie de la « pression hydraulique » de Reger n'est pas prouvée;

2° Le mode d'action de la force qui produit les plaies contuses des tissus, y compris celles du crâne, ne ressemble en rien à la « pression hydrostatique »;

3° Dans les os cylindriques, l'étendue du morcellement ne dépend pas de la moelle qui les remplit, tandis que dans l'éclatement des os du crâne, le tissu cérébral joue un grand rôle;

4° Le cerveau, en exerçant une pression de dedans en dehors, favorise la destruction plus considérable des os, mais cette pression ne doit pas être appelée hydraulique, mais simplement cavitaire;

5° Toutes conditions égales d'ailleurs, les plaies des tissus vivants sont autres que celles du cadavre, et, en général, la destruction est plus nette;

6° Dans certaines conditions défavorables, la nouvelle balle encapsulée a un effet destructif plus grand que l'ancienne, sans capsule;

7° Elle ne mérite donc pas le nom de balle « humanitaire »;

8° Dans la destruction des tissus, le rôle le plus important tient, d'une part, à l'intensité de la percussion de l'appareil, sa faculté de déformation et le degré de régularité de la force projective; et, d'autre part, à la nature de résistance des tissus qui dépend de leur structure et de leur rôle physiologique. (*Ejenedelnic*, n° 7, 1894.)

Diagnostic et traitement de l'ostéomalacie. — Sterenberg communique quatre observations d'ostéomalacie grave (trois cas d'ostéomalacie puerpérale et un d'ostéomalacie sénile); il décrit minutieusement le diagnostic avec les autres affections osseuses d'origine nerveuse et surtout médullaire, par névrite périphérique, hystérique, etc., et donne les conclusions suivantes :

Il est plus que probable que le phosphore est le remède direct et radical de l'ostéomalacie. Chez les femmes jeunes et pouvant avoir des enfants, mais présentant un rétrécissement notable du bassin, il est préférable de faire la castration préventive, car l'opération césarienne sera très souvent nécessaire et même inévitable à une période avancée.

Dans toutes les formes, il faut administrer le phosphore aussi tôt, aussi longtemps et aussi patiemment que possible. L'auteur donne la formule suivante :

Phosphore . . . . 5 centigrammes.
Huile de foie de morue. . 50 grammes.

Une cuillerée à café par jour; ce qui fait un peu plus de 5 milligrammes par dose. (*Centrabl. f. gyn.*, n° 8, 1894.)

Occlusion intestinale guérie par lavement électrique. — W. Séverine publie un cas d'occlusion intestinale guérie par la faradisation; les séances étaient très douloureuses; mais après quatre séances, dans l'espace de deux jours, la malade a eu des selles abondantes et fut ainsi sauvée. La cause de l'occlusion a paru être due à la constriction trop forte du ventre, faite par la malade dans le but d'éviter le mal de mer pendant le voyage. (*Ejenedelnik*, n° 10, 1894.)

Anévrysme de l'artère axillaire, extirpation du sac. — Le professeur Ewald publie le cas d'une femme chez laquelle, trois semaines après la blessure de l'aisselle gauche, s'est développée à ce niveau une tumeur ayant atteint, dans l'espace de trois semaines, les dimensions d'un œuf de poule; la malade entre à la clinique du professeur Albert. La tumeur est pulsatile, le pouls radial gauche retarde sur le choc de la pointe; la pression de la tumeur provoque de la douleur dans les trois premiers doigts. Le professeur Albert fit l'opération de la façon suivante : ligature de la sous-clavière sous la clavicule; séparation de l'anévrysme fusiforme de l'axillaire des portions environnantes; ligature des deux bouts de l'artère. A l'ouverture du sac, on s'aperçoit que le sang y arrive par l'artère sous-scapulaire. Après ligature de cette artère, on fait l'extirpation du sac. La guérison a eu lieu sans complication, sans troubles circulatoires du membre. (*Wien. Klin. Woch.*, n° 5, 1894.)

Greffe de Thierch modifiée. — Contrairement à l'opinion admise par tous les auteurs, Schiritzler et K. Ewald pensent que les lambeaux transplantés se greffent alors seulement que le tissu sous-jacent a fortement bourgeonné. Aussi ont-ils modifié le procédé de Thierch, en transportant les lambeaux sans enlever préalablement les bourgeons de l'ulcère. On évite ainsi l'hémorragie et la douleur. Les auteurs employaient l'anesthésie locale par le chlorure d'éthyle, qui rend la peau congelée presque dure et très facile à couper. (*Centralbl. f. chir.*, n° 7, 1894.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 7 août 1894. — Présidence de M. EMPIS.

RAPPORTS

Abatage des animaux de boucherie. — M. MÉGNIN, à propos du travail de M. Dembo, fait observer que l'abatage des bœufs est fréquemment manqué dans les abattoirs russes et allemands, parce que les bœufs à grandes cornes de ces pays offrent un développement frontal considérable et une forme bombée peu propres à recevoir sans rebondissement le coup de massue du boucher.

M. DIEULAFOY rappelle qu'on a fait, il y a quelques années, à Berlin, une enquête à propos de laquelle MM. Laborde, Richet et Chauveau se sont montrés favorables à la saignée comme préférable à l'assommement au point de vue humanitaire.

M. WEBER dit qu'assurément si l'assommement est mal pratiqué la saignée vaudrait mieux, mais, tel qu'il se fait dans les abattoirs français, il n'est pas douteux qu'il détermine la mort plus vite et plus sûrement.

M. GUÉRIN se demande pourquoi l'Académie s'occupe de cette question. Il propose de passer à l'ordre du jour.

M. LE PRÉSIDENT fait observer que ce n'est pas le bureau qui a chargé M. Dieulafoy de ce travail.

M. DIEULAFOY a fait un rapport sur un travail envoyé à l'Académie.

De la natalité en France. — M. CADET DE GASSICOURT lit un rapport sur une communication faite par M. Vidal (d'Hyères) (Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 678), sur le résultat de la loi Roussel dans le département du Var.

Le rapporteur insiste sur la nécessité d'appliquer rigoureusement la loi Roussel qui a donné de si heureux résultats. Mais cette loi, si féconde qu'elle soit en conséquences favorables, n'est pas suffisante, car, d'une part, les enfants élevés dans leurs familles échappent à la surveillance et, d'autre part, les enfants, quand ils ont dépassé l'âge de douze à seize mois, sont repris par leurs parents et ne sont plus soumis à aucune surveillance.

Nous ignorons, ajoute M. Cadet de Gassicourt, quelles sont les causes de cette mortalité effrayante, et il serait à désirer que l'on dressât des statistiques bien faites et dans lesquelles on tiendrait compte, ce que l'on ne fait pas souvent, de l'âge, du sexe des décédés et, avant tout, des causes de décès. Peut-être alors pourrions-nous chercher à combattre plus efficacement la dépopulation de la France ; si nous, médecins, ne pouvons rien, en effet, sur la diminution de la natalité, nous devons, du moins, chercher à diminuer la mortalité infantile, toujours très considérable.

M. JAVAL ne croit pas, contrairement à M. Cadet de Gassicourt, que l'intervention du médecin soit inutile dans cette question de la diminution de la population. Les conseils du médecin pourraient empêcher la stérilité volontaire.

Combien de braves campagnards n'ont qu'un seul enfant pour lui laisser une fortune plus grande, et qui meurt; ils finissent alors leur vie complètement isolés.

M. GUÉRIN dit que la polynatalité, au contraire, est d'autant plus en honneur dans les campagnes, que chaque enfant est une fortune : il économise un domestique.

M. CHARPENTIER pense que la cause principale de la diminution de la natalité en France est la stérilité volontaire. Il est très fréquent qu'après la naissance d'un ou deux enfants, on demande au médecin le moyen de ne pas en avoir un troisième. C'est le moment, pour le médecin, d'intervenir en montrant à la femme les dangers de cette stérilité.

M. LAGNEAU croit que la natalité, suivant les régions, est en rapport avec la facilité des débouchés que les habitants de ces régions trouvent pour leurs enfants. C'est ainsi qu'en Bretagne, où la population trouve des débouchés vers la marine et l'émigration dans les villes, on a beaucoup d'enfants. En Normandie, au contraire, dont la population plus riche répugne à s'employer de même façon, on ne veut plus d'enfants, on n'en a pas besoin pour la culture qui consiste en prairies.

M. GUÉRIN dit qu'il ne faut pas oublier aussi, parmi les causes de la diminution de la natalité, l'influence de l'alcool, et les membres de l'Académie qui sont au Parlement devraient faire une bonne loi sur l'alcool.

M. JAVAL répond à cela que l'alcoolisme peut certainement avoir une influence sur la valeur du produit de la conception, mais non sur la quantité des enfants. L'alcool, ou pour mieux dire l'ivresse, peut au contraire augmenter le nombre de ces grossesses, en empêchant l'ivrogne de réfléchir à la portée de ses actes!

M. LANNELONGUE. Cette question de l'influence de l'alcool est bien difficile à préciser, car sous ce rapport les chiffres sont contradictoires.

Dans le Gers, où la consommation de l'alcool est très minime, pas même un litre par habitant, la natalité est médiocre. Dans la Seine-Inférieure, c'est l'inverse : la consommation alcoolique y est excessive, puisque à Neufchâtel, par exemple, on boit 40 litres d'alcool par an et par tête; près de 100 litres par tête d'homme adulte! Eh bien, la natalité dans ce département est très élevée.

Néanmoins, il faut reconnaître que si on n'est pas fixé sur l'influence de l'alcool au point de vue de la fécondité, on est fixé à peu près sur l'infécondité de la descendance de l'alcoolique, les fils et petits-fils de l'alcoolique s'étiolent peu à peu et deviennent tout à fait inféconds.

Résultats post-opératoires de la cholécystostomie et de la cholécystentérostomie. — M. DUJARDIN-BEAUMETZ fait un rapport sur ce sujet. (Sera publié.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le docteur Lemée a été élu conseiller général de l'arrondissement de Saint-Sever (Landes).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mazard, ancien professeur de clinique médicale à l'École de médecine de Limoges; Rollet, professeur d'hygiène à la Faculté de médecine de Lyon.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 93. — SAMEDI 11 AOUT 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 11 AOUT 1894. — N° 93.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le parasitisme dans le cancer.

Par le docteur H. GRASSET,
Préparateur au laboratoire de clinique chirurgicale de l'Hôtel-Dieu.

I

La question de l'étiologie du cancer a toujours préoccupé vivement les esprits, mais, dans ces dernières années surtout, elle s'est trouvée tout particulièrement mise à l'ordre du jour, depuis que des constatations d'ordres divers ont permis d'entrevoir la solution tant cherchée. Malheureusement, si laborieux qu'aient été les efforts multipliés de tous côtés, les résultats n'ont pas répondu complètement aux espérances qu'avaient pu donner quelques publications, et devant le nombre aujourd'hui considérable des travaux qui se sont succédé rapidement les uns aux autres, venant opposer aux assertions les plus hardies des restrictions fort justifiées, il semble nécessaire de chercher à se rendre compte de l'état précis dans lequel se trouvent actuellement nos connaissances relatives à la nature et aux origines du cancer.

Tout le monde est d'accord à reconnaître, hâtons-nous de le dire, combien sont nombreuses les raisons qui ont permis de se demander *a priori* si le cancer n'était pas de nature parasitaire, et il serait superflu d'énumérer les arguments classiques qui, soit dans le domaine de la clinique, soit dans celui de l'expérimentation, justifiaient pleinement et même nécessitaient d'une façon absolue des recherches dirigées d'après cette hypothèse. Mais de même qu'il y a eu des partisans résolus de la théorie parasitaire du cancer, avant que cette théorie ait encore pu recevoir une apparence de justification, de même un certain nombre de pathologistes ont nié l'origine infectieuse du cancer, en tant qu'hypothèse, avant que la discussion ne se fût engagée sur le terrain des faits, considérant simplement que la dissémination des noyaux cancéreux, développés à une certaine distance d'un foyer primitif, pouvait s'expliquer par le transport d'éléments histologiques, sans qu'il fût nécessaire d'invoquer la dissémination d'un agent parasitaire, alors que l'existence d'un parasite ne pouvait pas en revanche être suffisante pour expliquer la production éloignée de ces noyaux secondaires, suivant un type histologique en tout semblable à celui qui caractérise le noyau cancéreux primitif ; il ne faut pas évidemment chercher à diminuer l'importance de cet argument, qu'ont trop souvent négligé les partisans de la théorie parasitaire du cancer et que l'on peut encore exprimer en ces termes : si l'existence d'un parasite du cancer était démontrée, il n'en serait pas prouvé pour cela que ce parasite suffit, comme cela est un fait constant dans toutes les maladies parasitaires, à déterminer la maladie, c'est-à-dire à produire, par exemple, soit du tissu épithélial capable d'élaborer de la substance cornée, dans certains cas, soit encore du tissu épithélial nettement organisé suivant le type architectural des glandes en tube. Il ne faut pas, en effet, perdre de vue le seul point réellement acquis aujourd'hui, en ce qui concerne l'histogénèse des tumeurs cancéreuses, à savoir l'origine épithéliale des cancers proprement dits, qui doit *a priori* faire donner à la cellule cancéreuse un rôle tout au moins aussi important que celui d'un agent pathogène venu de l'extérieur, et dont l'existence, comme nous devons le reconnaître dans la plus stricte impartialité, est loin d'être actuellement démontrée.

Quoi qu'il en soit, il était amplement indiqué de chercher dans le cancer des parasites qui, s'ils ne devaient pas expliquer à eux seuls la production néoplasique, pouvaient tout au moins être les agents déterminants de la néoplasie primitive, c'est-à-dire la cause initiale de cette aberration pathologique qui rompt l'équilibre physiologique à un point de nos surfaces épithéliales ou de leurs dépendances, et devient le point de départ d'une prolifération cellulaire monstrueuse et désormais progressivement envahissante.

Après les travaux de Nedopil, Harrison, Cripps, Butlin, Ledoux-Lebard, J. Paget (1), qui avaient manifesté une tendance à considérer l'origine microbienne du cancer comme très vraisemblable, sans pouvoir toutefois invoquer aucune preuve à l'appui de cette hypothèse, M. Rappin (de Nantes) décrivit, en 1887, des microbes qu'il avait isolés des tumeurs cancéreuses et, la même année, parurent les travaux de Scheuerlen (2), qui croyait avoir découvert une bactérie spé-

(1) M. CAZIN. La théorie parasitaire du cancer, *Arch. gén. de méd.*, janvier 1892.

(2) SCHEUERLEN. Die Ætiologie des Carcinoms, *Deuts. Med. Wochens.*, 1887, p. 1033.

ciale au carcinome, de Schill [de Dresde (1)] qui avait réussi à cultiver une bactérie provenant de néoplasmes malins, de Perrin et Barnabei Sanarelli [de Sienne (2)], de Francke (3), et de Domingos Freire (4) qui décrivent également des microbes du cancer. Rappin avait coloré des micrococques dans les carcinomes, les sarcomes et quelques tumeurs bénignes; Scheuerlen cultivait un bacille, qu'il disait avoir rencontré presque constamment dans le suc cancéreux frais, et, à la suite d'inoculations faites avec les cultures pures de ce microbe, il prétendait avoir obtenu chez des chiennes le développement de tumeurs expérimentales, dont l'examen microscopique avait démontré la nature épithéliale, et dans lesquelles on avait retrouvé les spores du microbe inoculé; Domingos Freire était allé plus loin encore, et, tout en réclamant la priorité des constatations faites par Scheuerlen, il pensait, en outre, avoir découvert le moyen d'immuniser les animaux contre le virus cancéreux, en se servant, dans ce but, d'un virus atténué par des passages successifs chez d'autres animaux. Fraenkel avait déjà objecté à Scheuerlen que les micro-organismes décrits par lui pouvaient n'être que des microbes étrangers au néoplasme; les recherches de Pfeiffer (5) et de Baumgarten (6) montrèrent clairement que le bacille de Scheuerlen n'était qu'un saprophyte vulgaire, n'ayant rien de commun avec l'évolution des néoplasmes.

En 1889, Koubassoff (7) reprenant les idées de Scheuerlen, décrivit de nouveau un bâtonnet court qu'il disait avoir constamment isolé dans le cancer, et qui, d'après lui, inoculé aux animaux, suffirait à produire une néoplasie cancéreuse; le microbe de Koubassoff a eu le même sort que celui de Scheuerlen et les autres microbes décrits par plusieurs auteurs, et l'on s'est mis d'accord pour n'accorder d'une façon générale qu'un rôle accessoire, dans l'évolution des néoplasmes, aux bactéries qui viennent y créer des infections secondaires et qu'on a pu considérer à tort comme jouant un rôle essentiel dans la production de ces néoplasmes.

Mais, au moment même où la théorie bactérienne du cancer était déjà presque entièrement abandonnée, la question des origines du cancer entrait dans une phase nouvelle, avec la publication des premiers faits qui tendaient à prouver l'existence, dans les cellules cancéreuses, d'un parasite de la classe des sporozoaires.

L'apparition de la théorie psorospermique du cancer paraît avoir coïncidé avec la publication d'un travail de Neisser (8) dans lequel cet auteur décrivit dans le molluscum contagiosum des parasites intra-cellulaires du groupe des coccidies, exprimant d'ailleurs, sous une forme nouvelle, l'opinion déjà émise autrefois par Bollinger et Virchow, qui considéraient les corpuscules du molluscum comme des parasites du groupe des grégarines, que l'on sépare aujourd'hui des coccidies. Presque au même moment, toutefois, Pfeiffer (9) publiait la description d'un cas de carcinome généralisé, dans lequel il avait rencontré des éléments qu'il

(1) SCHILL. *Idem*, 1887, p. 1034.
(2) SENN. *Bactériologie chirurgicale*, p. 292.
(3) FRANCKE. *Münch. Med. Wochens.*, 1887.
(4) D. FREIRE. Soc. de méd. int., Berlin 1887.
(5) PFEIFFER. *Deuts. Med. Wochens.*, 1888, p. 203.
(6) BAUMGARTEN. *Centralbl. f. Bakt.*, t. III, p. 397.
(7) KOUBASSOFF. Anal. dans *Centralbl. f. Bakt.*, 1890, t. VII, n° 10.
(8) NEISSER. *Viertelj. f. Dermat.*, 1888, p. 553.
(9) PFEIFFER. *Zeits. f. Hyg.*, 1888, t. III, p. 3.

croyait pouvoir rapprocher des microsporidies, et cette observation semble être la première dans laquelle on ait décrit des sporozoaires dans un cancer épithélial. L'année suivante, Thoma (1) constatait dans les cellules de carcinomes de l'intestin, de l'estomac et de la mamelle, l'existence de corps tantôt intra-nucléaires, tantôt extra-nucléaires, renfermant du protoplasma et des substances chromatiques, et cet observateur se déclarait tout disposé à regarder ces éléments comme étant des coccidies.

En France, d'autre part, MM. Albarran et Malassez (2) faisaient connaître deux observations extrêmement curieuses d'épithéliomas de la mâchoire, dans lesquels ils avaient constaté des éléments arrondis ou ovalaires, souvent enkystés, fréquemment situés au centre des globes épidermiques, et présentant une grande analogie avec les coccidies du foie du lapin; l'année suivante M. Albarran (3) communiquait au Congrès de Berlin deux faits d'épithélioma de la vessie, dans lesquels il décrivait également des sporospermies.

Nils Sjöbring (4), en 1890, signalait également dans des cancers du sein, du foie et de la prostate, des parasites qu'il rangeait dans le groupe de microsporidies, décrivant toute une série de stades d'évolution de ces éléments, y compris des formes de sporulation.

Vers la fin de la même année, M. Russell, en Angleterre, prenait pour des champignons certains éléments qui se coloraient fortement par la fuchsine acide et qu'il considérait comme les parasites du cancer.

Nous n'avons pas à insister sur la valeur de cette constatation, MM. S. Duplay et Cazin ayant suffisamment démontré que les « corps à fuchsine » de M. Russel n'étaient que des globes hyalins, résultant d'une dégénérescence cellulaire (5), et se rencontrant d'ailleurs non seulement dans les néoplasmes cancéreux, mais dans de nombreux tissus pathologiques non cancéreux (6).

Nous devons nous arrêter un peu plus longuement sur les faits publiés par MM. Thoma, Albarran, Malassez et Nils Sjöbring, parce qu'ils ont été le point de départ d'une discussion fort longue, bien que stérile, puisque les partisans de la théorie sporospermique n'ont pas réussi, pas plus que leurs adversaires d'ailleurs, à réunir les éléments d'une démonstration irréfutable dans un sens ou dans l'autre. Nous n'en devons pas moins chercher à exposer l'état actuel des faits avec la plus stricte impartialité, attendu que, en présence d'une question aussi importante et aussi ignorée que celle des origines du cancer, on doit avant se garder de rejeter, sans discussion, les opinions les moins justifiées en apparence, dans la crainte de laisser échapper la solution tant cherchée, de même que, en revanche, il semble inutile de persister à défendre certaines interprétations manifestement erronées qui n'ont contribué

(1) THOMA. *Fortschr. d. Med.*, 1889.
(2) ALBARRAN. Sur des tumeurs épithéliales contenant des coccidies, *C. R. de la Soc. de biol.*, 6 avril 1889.
(3) ALBARRAN. Congr. internat. de Berlin, août 1890.
(4) N. SJÖBRING. Ein parasitärer protozoärtiger Organismus in Carcinom, *Fortschr. der Med.*, 1890, p. 529.
(5) S. DUPLAY et CAZIN. Recherches sur la nature parasitaire du cancer, *Transact. of the seventh internat. Congr. of Hyg. and Dermogr.*, London 1891, vol. II, p. 81. — M. CAZIN. Contribution à l'étude des dégénérescences cellulaires, *Journ. de l'anat. et de la physiol.*, déc. 1890.
(6) M. CAZIN. Dégénérescence hyaline des cellules, *Bull. de la Soc. anat.* — LETULLE. *L'inflammation*, 1893, p. 432.

qu'à obscurcir davantage une question déjà bien complexe, au lieu de lui apporter le moindre éclaircissement.

II

Les premiers travaux dans lesquels on annonçait la découverte de coccidies dans le cancer ont été contrôlés par une série d'observateurs, parmi lesquels nous citerons seulement MM. Cornil, Duplay et Cazin, Fabre-Domergue, Schütz, Borrel et Ribbert, qui ont montré que certaines figures décrites comme étant des parasites n'étaient pas autre chose que des produits de dégénérescence, des inclusions cellulaires, des produits de fragmentation et de dégénération des noyaux ou des nucléoles. MM. S. Duplay et Cazin (1), qui ont étudié à ce point de vue un très grand nombre de cancers épithéliaux, ont « rencontré très souvent des figures qui pouvaient donner l'apparence de parasites intra-cellulaires à l'état amœboïde », mais ils s'empressent d'ajouter : « Étant donné l'absence complète de formes de reproduction absolument indiscutables, nous ne nous sommes trouvés, en aucun cas, autorisés à ranger d'emblée ces productions parmi les coccidies, ni même à admettre seulement leur nature parasitaire. »

Depuis, les descriptions de sporozoaires dans les tumeurs cancéreuses se sont multipliées rapidement, sans que toutefois il y ait eu un accord suffisant entre les auteurs mêmes de ces descriptions. C'est ainsi que Podwyssotski et Savtchenko ont décrit dans le cancer des corps falciformes, tantôt intra-cellulaires, tantôt disposés entre les cellules et ressemblant morphologiquement aux spores des protozoaires; Korotnew, Pfeiffer et Adamkiewicz, allant plus loin que leurs prédécesseurs, ont considéré comme des parasites les cellules constitutives des néoplasmes cancéreux. Il est juste de dire que ces assertions ont été combattues par les partisans les plus convaincus de la théorie sporospermique du cancer, et il nous suffira, à ce propos, de citer cette phrase de A. Ruffer (de Londres) au Congrès international de Rome (2) : « Je souscris aux conclusions de MM. Duplay et Cazin quand ils nous disent que les coccidies de Wickham, de Korotnew, de Podwyssotzki, Savtchinko et d'autres observateurs ne sont que des cellules pathologiques invaginées et dégénérées », ajoutant que « cela est admis maintenant par tous les observateurs compétents ».

Nous restons donc seulement en présence des éléments décrits par Sondakewitch (3), par M. Foa (4) et d'une façon particulièrement minutieuse par Ruffer, dans une série de recherches faites avec Walker et Plimmer (5).

Dès le mois de décembre 1891, M. Foa a attiré l'attention sur l'existence, dans un cas de cancer de la mamelle, de corps ronds, tout à fait analogues à ceux que Soudakewitch allait décrire quelques mois plus tard, comme étant des organismes parasitaires et dont Ruffer devait faire une étude si approfondie.

Voici la description de ces éléments donnée par M. Foa lui-même (1) :

« Ce sont des éléments intraplasmiques, paranucléaires, composés d'un protoplasma excessivement mince, d'un petit corpuscule central et d'une capsule à double contour. Leurs dimensions varient du volume d'un petit nucléole à celui d'un gros noyau cellulaire. A mesure que cet élément s'accroît, son protoplasma se festonne à la périphérie et prend la forme d'une cocarde. D'autres fois, le protoplasma se segmente régulièrement, sans que cette segmentation aboutisse à une division complète; dans ce cas, on se trouve en présence d'un corps en rosace. Parallèlement au développement du parasite, on voit augmenter aussi son corpuscule central, tandis que le protoplasma s'atrophie de plus en plus. Enfin le corpuscule central se divise en un grand nombre de petites granulations sphériques qui remplissent tout le contenu du parasite devenu maintenant un sporocyste; en effet, les granulations sphériques issues de la division du corpuscule central sont vraisemblablement des spores. »

Si l'on compare les éléments décrits par M. Foa à ceux qui ont été dessinés par Soudakewitch, on retrouve évidemment bien des ressemblances entre les uns et les autres, mais on relève, d'autre part, une différence capitale qui diminue singulièrement la valeur de l'accord apparent entre les deux observateurs. En effet, tandis que M. Foa considère comme étant des spores des granulations sphériques provenant de la division du corpuscule central des éléments qui sont pour lui des parasites, Sondakewitch nous montre des spores tout à fait différentes qui, dans ses dessins, correspondent aux extrémités renflées de filaments protoplasmiques tantôt grêles et tantôt épais, entrelacés les uns dans les autres.

Si maintenant nous suivons Ruffer dans les descriptions qu'il a données des éléments étudiés par lui, en collaboration avec Walker et Plimmer, nous pouvons également constater d'importantes divergences qui suffisent à montrer quel désaccord existe entre les partisans les plus éminents de la théorie parasitaire du cancer, justifiant amplement les réserves prudentes qui ont accueilli, jusqu'à présent, l'interprétation donnée à leurs constatations, de la part de la majorité des anatomo-pathologistes.

Pour Armand Ruffer et H.-G. Plimmer (2), en effet, « le parasite se multiplie par simple division en deux parties absolument égales, et les deux noyaux sont reliés pendant quelque temps encore par un petit réseau de filaments extrêmement minces. Les deux jeunes parasites sont encore contenus dans la même capsule, mais celle-ci se divise aussi et enfin chaque parasite s'entoure d'une capsule. Dans d'autres cas, le parasite enkysté, au lieu de se diviser en deux, se divise en quatre, huit ou plus » et A. Ruffer et Plimmer ajoutent qu'ils ont pu compter jusqu'à trente-deux jeunes parasites dérivés d'un seul protozoaire. « Chacun de ces jeunes protozoaires se compose alors d'un

(1) S. Duplay et Cazin. Loc. cit.

(2) A. Ruffer. Congr. internat. des sc. méd., *Semaine méd.*, 1894, p. 156.

(3) Sondakewitch. Recherches sur le parasitisme intra-cellulaire et intra-nucléaire chez l'homme, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mars et août 1892.

(4) Pio Foa. Sur les parasites et sur l'histologie pathologique du cancer, *Arch. ital. de biol.*, t. XX, p. 44, et *Arch. delle Scienze med.*, t. XVII, p. 13.

(5) A. Ruffer et G. H. Walker. On some Parasitic Protozoa found in Cancerous Tumours, *Journ. of Pathol. and Bacter.*, vol. I, 1892, p. 198. — A. Ruffer. On Protozoa and Cancer, *Transact. of the Pathol. Soc. of London*, mars 1893. — A. Ruffer et H. G. Plimmer. Further Researches in some Parasitic Protozoa found in Cancerous Tumours, *Journ. of Pathol. and Bacter.*, juin et oct. 1893.

(1) Pio Foa. Rapport sur le parasitisme dans le cancer, Compte rendu du Congr. internat. de Rome, *Semaine méd.*, 1894, p. 145.

(2) A. Ruffer et H. G. Plimmer. Sur le mode de reproduction des parasites du cancer, *C. R. de l'Acad. des sc.*, avril 1893.

petit noyau, d'une couche très mince de protoplasma et d'une capsule très nette. Le corps de reliquat, qu'on trouve dans d'autres sporozoaires, se voit souvent sans aucune difficulté. »

Nous voici loin, comme on le voit, des spores de M. Foa et de celles de Soudakewitch et si Ruffer et Plimmer, M. Foa et Soudakewitch s'accordent à affirmer que les éléments étudiés par eux sont bien des parasites et invoquent mutuellement leurs travaux à l'appui de cette affirmation, ils ne sont plus d'accord lorsqu'ils voient leur parasite se multiplier, dans les préparations de Ruffer et Plimmer, par simple *scissiparité*, et dans celles de M. Foa et de Soudakewitch, par *formation de spores*, dont le mode diffère d'ailleurs essentiellement suivant qu'on consulte les figures de Soudakewitch ou les descriptions de M. Foa. La conclusion la plus modérée que l'on puisse impartialement tirer d'une divergence d'observation aussi marquée nous semble bien venir à l'appui des restrictions qui, il y a trois mois encore, étaient formulées au Congrès de Rome par MM. S. Duplay et Cazin (1), lorsqu'ils déclaraient admettre l'hypothèse parasitaire tout autant que les défenseurs de la théorie psorospermique, mais constataient que la démonstration de cette hypothèse n'était point faite en faveur des sporozoaires.

Ce n'est pas seulement d'ailleurs au point de vue de la reproduction des éléments pseudo-parasitaires que M. Foa, Soudakewitch, Ruffer et Plimmer se trouvent en désaccord. Ils admettent l'identité des parasites décrits par eux, mais tandis que les parasites de M. Foa sont *para-nucléaires* et ne sont, à aucune période de leur développement, situés dans le noyau des cellules cancéreuses, ceux de Soudakewitch sont parfois *intra-nucléaires*, et enfin ceux de Ruffer et Plimmer font leur première apparition *dans le noyau* de la cellule cancéreuse (2), puis, après s'être entourés d'une capsule, quittent le noyau pour pénétrer dans le protoplasma de la cellule, où ils continuent leur accroissement en repoussant à la périphérie le noyau, qui finit par s'atrophier.

On ne peut évidemment pas admettre, comme absolument démontrée, l'existence de parasites que des observateurs différents nous décrivent chacun de leur côté, en les déclarant *identiques* (3), à cela près que, pour les uns ils se développent *dans le noyau des cellules*, alors que pour les autres ils sont toujours *en dehors du noyau*, et à cela près aussi que, pour les uns, ils se multiplient *par sporulation*, tandis que, pour les autres, ils se multiplient par *simple scissiparité*.

En résumé, comme le fait observer M. Cazin (4), le désaccord complet qui existe entre les descriptions données par les défenseurs de la théorie psorospermique du cancer, la diversité des modes de préparation employés dans ces recherches, la dissemblance absolue que l'on constate souvent entre les éléments dessinés par l'un ou par l'autre, l'impossibilité dans laquelle on se trouve de les comparer entre eux, ne permettent pas actuellement de porter un jugement définitif sur la valeur de ces constatations, si on laisse de côté, comme nous l'avons fait, quelques travaux pour lesquels on a démontré les erreurs commises par leurs auteurs. On doit se borner à constater que les nombreux travaux ayant pour but de démontrer l'origine psorospermique des cancers n'ont, en aucune façon, réussi à entraîner la conviction générale, et les choses pourront même en rester là, tant qu'une démonstration expérimentale, jusqu'ici tentée sans succès, n'aura pas donné la preuve scientifique de la nature parasitaire des éléments au sujet desquels on a, jusqu'à présent, beaucoup discuté sans aboutir à une solution évidente.

Ceci nous amène à parler des faits expérimentaux qui ont pu être réunis au point de vue de la transmission des cancers, et il nous suffira de résumer, à ce propos, l'exposé de la question, tel que nous le trouvons dans la thèse de M. Cazin, à laquelle nous avons fait déjà de nombreux emprunts.

Nous rappellerons tout d'abord les essais de transmission du cancer de l'*homme aux animaux* ou d'un *animal à d'autres animaux d'espèce différente*, dans lesquels, jusqu'ici, aucun fait indiscutable n'a pu établir la possibilité de cette transmission.

Les tentatives ont pourtant été nombreuses et, depuis Peyrilhe qui, en 1773, vraisemblablement après bien d'autres, cherchait à inoculer au chien des produits cancéreux de l'homme, sans obtenir autre chose qu'une ulcération locale, on s'est ingénié à multiplier les tentatives du même genre, en faisant des greffes sous la peau, dans le péritoine ou dans différents organes, ou encore en injectant dans les veines du suc cancéreux, ou des liquides tenant en suspension des fragments de tissus cancéreux, ou enfin, en faisant ingérer aux animaux des matières cancéreuses.

La plupart des expérimentateurs reconnaissent que leurs essais de transmission du cancer de l'homme aux animaux, ont été complètement infructueux, et nous citerons parmi eux Dupuytren, Valentin, Vogel, Weber, Dubuisson, Hyvert, Chatin, Hénocque et Leroy, Doutrelepont, Billroth, Lebert et O. Wyss, Senger, Senn, Villemin, Duplay et Cazin, Trasbot, Shattock et Ballance.

Quelques expérimentateurs ont cru avoir obtenu des résultats positifs. C'est ainsi que Langenbeck, en 1830, après avoir injecté du suc cancéreux dans la veine crurale de deux chiens, constata, deux mois plus tard, l'existence de petits noyaux pulmonaires, dans lesquels il crut reconnaître des cellules cancéreuses; Follin et Lebert, après une injection intra-veineuse, pratiquée également chez un chien, avec du suc cancéreux, trouvèrent, *quinze jours seulement* après cette injection, des granulations disséminées dans le foie, les poumons et le cœur, et voulurent considérer ces granulations comme des nodules cancéreux. Goujon, ayant greffé des fragments de tissus cancéreux, sous la peau d'un cobaye et d'un rat, observa, après vingt-cinq et soixante jours, une tumeur siégeant, dans le premier cas au point d'inoculation, et dans le deuxième en dehors du point d'inoculation; enfin, Quinquaud aurait vu, trente-six jours après une inoculation sur un cobaye, de petites masses miliaires dans le poumon et dans le foie, et il y aurait constaté des éléments identiques à ceux du tissu inoculé. Nous n'avons sur ces résultats que des renseignements assez vagues, au point de vue de l'examen histologique des lésions expérimentales obtenues par les auteurs de ces recherches, et, si nous considérons, d'une part, la faible durée de leurs expériences, et, d'autre part, les résultats plus minutieuse-

(1) S. Duplay et M. Cazin. Le parasitisme dans le cancer, Comptes rendus du Congr. internat. de Rome, *Semaine méd.*, 1894, p. 156.

(2) A. Ruffer et H. G. Plimmer. Parasitic Protozoa in Cancerous Tumours, *Journ. of Pathol. and Bacter.*, juin 1893.

(3) Pio Foa. Rapport sur le parasitisme dans le cancer, Congr. de Rome, mars 1894.

(4) M. Cazin. *Des origines et du mode de transmission du cancer*, 1894, p. 22.

ment étudiés dans ces dernières années, nous sommes en droit de penser qu'il s'agissait simplement, dans tous ces faits anciens, de lésions inflammatoires, et même quelquefois de lésions n'ayant aucun rapport avec les inoculations cancéreuses.

MM. S. Duplay et Cazin (1) ont, par une longue série d'expériences, montré que le cancer n'est pas transmissible de l'homme aux animaux et ne paraît pas, d'une façon générale, être transmissible d'un animal à d'autres animaux d'espèce différente.

MM. Duplay et Cazin ont pratiqué leurs inoculations, soit en implantant simplement des fragments de cancer dans le tissu cellulaire sous-cutané, ou dans la cavité péritonéale, ou dans la tunique vaginale, soit en essayant, dans quelques expériences, de créer, au moyen de traumatismes variés, un milieu favorable au développement du néoplasme, soit enfin en injectant dans les veines ou dans le péritoine des liquides obtenus en broyant des produits cancéreux dans du bouillon stérile ou dans de l'eau stérile. Les fragments employés pour les inoculations ont été empruntés, tantôt à des tumeurs cancéreuses fraîchement enlevées, tantôt à des pièces conservées pendant un temps variable à l'abri de germes extérieurs, suivant l'idée ingénieuse émise par M. Metchnikoff (2), d'après lequel « l'analogie du cancer avec la psorospermose des lapins oblige d'entreprendre les inoculations non avec des pièces fraîches, mais bien avec des cancers qui ont séjourné pendant un temps plus ou moins long en dehors de l'organisme ».

Les résultats de ces expériences ont été uniformément semblables. Quels qu'aient été le procédé d'inoculation, le tissu cancéreux employé, l'animal inoculé, en aucun cas il n'y a eu production de néoplasme cancéreux. Les injections intra-veineuses, chez les animaux sacrifiés trois mois, six mois et dix-huit mois après, n'ont pas laissé de traces appréciables à l'examen le plus minutieux des viscères thoraciques et abdominaux.

Quant aux fragments inclus dans les tissus, voici ce qu'ont observé MM. Duplay et Cazin : « Ils ont d'abord provoqué autour d'eux une réaction inflammatoire, se traduisant par une augmentation de volume qui, parfois, a pu, dans les premières semaines suivant l'inoculation, faire croire au développement et à l'accroissement du tissu néoplasique implanté; mais, après s'être en quelque sorte enkystés dans les tissus, ils ont constamment fini par être complètement résorbés, de sorte qu'à l'examen microscopique on ne pouvait même pas en retrouver la moindre trace, chez les animaux sacrifiés après huit, six ou quatre mois, et quelquefois même après quelques semaines seulement.

Ainsi que MM. Duplay et Cazin ont pu s'en rendre compte en sacrifiant les animaux à des intervalles vari és, le processus est toujours le même : dès les premiers jours de l'inclusion, le fragment implanté, bien que faisant absolument corps avec les tissus voisins, a perdu toute vitalité, au point que, sur des coupes pratiquées en vue de l'examen microscopique, on ne peut plus arriver à colorer les noyaux des cellules du tissu néoplasique greffé; autour de ce fragment, qui, comme tout corps étranger, provoque ces phénomènes de réaction défensive des tissus qui ont été si bien étudiés par M. Metchnikoff, on constate un afflux considérable de cellules mobiles, dont le rôle phagocytaire a précisément pour résultat d'amener, après un temps plus ou moins long, suivant son volume, la résorption complète du fragment implanté. »

Ces résultats obtenus par MM. Duplay et Cazin sont d'accord avec la plupart des résultats obtenus par d'autres expérimentateurs. MM. Cadiot, Gilbert et Roger ont vu constamment échouer toutes les tentatives qu'ils ont faites pour transmettre les néoplasmes de l'homme au chien, du chien au lapin ou à la poule (1). M. Thiroloix a publié le résultat d'une transplantation de fragment cancéreux de la souris à un cobaye (2); l'inoculation était récente, et, à un premier examen, il avait semblé qu'elle avait été suivie de succès, mais « les nodules qui avaient paru être des nodules cancéreux ont été reconnus ultérieurement comme étant de simples nodules inflammatoires.

Déjà en 1881, Schweninger (3) avait reconnu que des fragments de tumeurs, qu'il greffait dans le tissu cellulaire sous-cutané des animaux, continuaient à vivre, mais, après un certain temps, diminuaient de volume, par suite de la résorption atrophique des fragments greffés et finalement disparaissaient complètement.

Klebs (4), en 1890, a retrouvé des fragments de carcinome inclus dans la cavité péritonéale de rats, sacrifiés après un espace de temps variant entre trois et cent quatre-vingt-huit jours; dans aucun cas il n'a observé de généralisation.

Enfin, en 1892, M. Fischel (5) a publié un travail sur la transmissibilité du cancer de l'homme au rat, qui lui a donné des résultats négatifs comparables à ceux de MM. Duplay et Cazin.

Plusieurs auteurs ont cependant annoncé qu'ils avaient obtenu des résultats positifs en inoculant des cancers humains aux animaux, et, chaque fois il s'agissait d'inoculations aux rats ou aux souris. C'est ainsi que MM. Francotte et de Rechter (6) déclarent avoir vu se développer des lésions de nature cancéreuse, chez des souris auxquelles ils avaient injecté du suc cancéreux humain dans le tissu cellulaire sous-cutané de la région de l'épaule. Nous n'avons lu qu'un résumé très sommaire de ces expériences, il semble qu'il s'agissait simplement de lésions inflammatoires septiques, qui ont été suivies de gangrène totale du membre supérieur.

M. Firket (de Liège), d'après une communication faite à l'Académie de Belgique (7), par l'intermédiaire de M. Van Bambeke, aurait inoculé cinq fois du sarcome humain à des rats, et cinq fois il aurait obtenu la reproduction de la tumeur, suivie de mort en quelques semaines. Cette rapidité de l'évolution des lésions suffit à permettre d'élever des

(1) S. Duplay. Recherches expérimentales sur la transmissibilité du cancer, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 15 fév. 1892. — S. Duplay et M. Cazin. De la transmissibilité du cancer, Comptes rendus du Congr. de Rome, *Semaine méd.*, 1894, p. 156.

(2) Metchnikoff. Note au sujet d'un mémoire de M. Sondakewitch, *Ann. de l'Inst. Pasteur*, 1892, p. 159.

(1) Cadiot, Gilbert et Roger. Les tumeurs malignes chez les animaux, *Presse méd.*, 1894, p. 219.

(2) Thiroloix. *Bull. de la Soc. anat. de Paris*, 1892.

(3) Vignès. *Contribution à l'étude de l'étiologie du cancer*, Th. de Paris, juillet 1893.

(4) Klebs. Ueber das Wesen and die Erkennung der Carcinumbildung, *Deuts. Med. Wochens.*, 1890, nº 32.

(5) Fischel. *Forschr. der Med.*, 1er janv. 1892.

(6) Francotti et de Rechter. *Semaine méd.*, 1892, p. 482.

(7) Pirket. Greffes sarcomateuses en séries, *Semaine méd.*, 1893, p. 8.

doutes sur leur nature, étant donné, d'autre part, les difficultés que l'on peut avoir à distinguer certaines productions sarcomateuses au début de lésions purement inflammatoires.

En juin 1893, M. Mayet (de Lyon) annonçait à l'Académie des sciences (1) qu'il avait réussi à provoquer, chez un rat, l'évolution de noyaux cancéreux, à la suite d'injections d'un liquide obtenu avec des tissus cancéreux de l'homme, traités suivant la méthode de filtration préconisée par M. d'Arsonval pour la préparation des sucs organiques. Il y avait, malheureusement, dans l'observation de M. Mayet, une lacune des plus regrettables : l'examen microscopique de la tumeur du sein, qui avait servi de point de départ aux inoculations, n'avait pas été fait. Sans songer à mettre en doute la nature cancéreuse de la tumeur inoculée, on ne peut s'empêcher de constater que cette lacune suffirait déjà à diminuer l'importance de ces expériences, par le fait seul qu'il n'a pas été possible de comparer les lésions observées chez le rat inoculé au cancer primitif. D'autre part, nous devons ajouter que MM. Duplay et Cazin, qui ont examiné les préparations de M. Mayet, n'ont nullement été convaincus de la nature cancéreuse des lésions du rat inoculé, et ont formulé à ce sujet des réserves (2), qui exigent une confirmation rigoureuse des conclusions énoncées par M. Mayet, avant qu'on soit autorisé à admettre que le cancer humain est inoculable aux animaux par le procédé qu'il a indiqué.

Depuis, d'autres faits ont été publiés comme représentant des résultats positifs d'inoculation de cancer de l'homme aux animaux; soumis à une analyse rigoureuse, ces faits ne sont pas plus convaincants que ceux dont nous venons de parler.

Actuellement nous sommes en mesure d'affirmer qu'il n'existe aucune observation indiscutable de transmission expérimentale d'un cancer de l'homme à des animaux; si nous formulons nettement cette affirmation, c'est dans l'espoir de dissiper les doutes qui pourraient exister à cet égard dans certains esprits.

Dans ces conditions, jusqu'à ce qu'un seul fait suffisamment probant nous ait démontré le contraire, nous pensons que, devant le nombre considérable des faits négatifs constamment obtenus par d'autres expérimentateurs, et notamment par MM. Duplay et Cazin, on doit conserver cette notion que le cancer n'est pas transmissible par inoculation directe de l'homme aux animaux, ou d'un individu d'une espèce animale à des individus appartenant à d'autres espèces.

III

Il nous reste à étudier, au point de vue de la question si importante de la contagion directe inter-humaine du cancer, les résultats qu'ont donnés les essais de transmission d'un individu cancéreux d'une espèce animale à des individus sains appartenant à la même espèce. Il est nécessaire de ne pas confondre, ainsi qu'on l'a souvent fait à tort, ces résultats avec ceux qu'on a pu observer en greffant sur un individu cancéreux des fragments de son propre cancer, comme l'ont fait Hahn (1) et le chirurgien anonyme dont M. le professeur Cornil a publié les expériences (2) et comme on l'a fait maintes fois involontairement dans les ablations chirurgicales de tumeurs malignes. Nous aurons plus loin, en revenant sur ces résultats, l'occasion d'apprécier la portée qu'il convient de leur attribuer, au point de vue de l'inoculabilité du cancer, mais nous avons tenu à insister sur la confusion qui paraît exister au sujet de ces expériences, et qui peut seule expliquer la tendance que l'on a souvent à considérer la transmissibilité du cancer d'homme à homme comme démontrée, alors que rien n'est moins établi.

C'est ainsi que, dans un article tout à fait récent sur le cancer dans la série animale, MM. Cadiot, Gilbert et Roger nous disent que l'on a « cité chez l'homme des observations qui paraissent établir sa contagiosité (3) ». Nous ne connaissons, pour notre part, aucune observation qui démontre la contagiosité du cancer chez l'homme.

Pour ce qui a trait aux inoculations cancéreuses chez l'homme, d'un individu cancéreux à des individus sains, nous devons rappeler la tentative célèbre d'Alibert, qui fit sur lui-même et sur quatre autres personnes des inoculations restées sans résultat.

Les expériences sur les animaux ont été multipliées et l'on a fait, aujourd'hui, surtout du chien au chien, un nombre considérable d'inoculations par les procédés les plus variés; c'est, en effet, chez le chien qu'on rencontre le plus souvent des néoplasmes, parmi lesquels on peut retrouver toute la série des tumeurs malignes de l'homme, avec une structure histologique en quelque sorte identique, de sorte que l'on peut affirmer que les résultats obtenus chez le chien sont absolument comparables à ceux qu'on pourrait avoir chez l'homme.

Parmi les nombreux expérimentateurs, cités par M. Cazin, dans sa thèse : MM. Jeannel, Doutrelepont, Leblanc, Paul Bert, Senn (4), Rinne (5) [du chien au chien], Paul Bert (du chat au chat) ont constamment vu leurs inoculations cancéreuses suivies d'insuccès.

M. Trasbot [d'Alfort (6)] a fait, depuis près de trente ans, de nombreuses expériences de greffes et d'inoculations de cancer du chien sur des animaux de la même espèce. Dans un cas, il vit se développer, au niveau d'une greffe cancéreuse, une tuméfaction qui, six semaines plus tard, avait acquis le volume du pouce : trois mois après cette tumeur avait considérablement diminué et elle finit par disparaître complètement.

MM. Cadiot et Gilbert, depuis 1888, ont inoculé, chez des animaux, plus de 40 tumeurs provenant d'animaux de la même espèce, et jamais ils n'ont observé le moindre résultat positif, lorsqu'il s'agissait réellement de cancers. Dans un cas où ces expérimentateurs avaient cru d'abord constater un succès, l'examen microscopique montra qu'il s'agissait de tuberculose.

Quelques auteurs ont pensé avoir observé des résultats positifs. C'est ainsi que Goujon aurait vu la transplantation

(1) MAYET. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 5 juin 1893.
(2) S. DUPLAY et M. CAZIN. Inoculabilité et contagion du cancer, *Semaine méd.*, 1893, p. 329.

(1) HAHN. Ueber Transplantation von Carcinomatoser Haut, *Berlin. klin. Wochens.*, 4 mai 1888, p. 413.
(2) CORNIL. Acad. de méd., 23 juin 1891.
(3) CADIOT, GILBERT et ROGER. Loc. cit.
(4) SENN. Loc. cit., p. 296.
(5) RINNE. XVIIIe Congr. de la Soc. allem. de chir., Berlin avril 1889.
(5) TRASBOT. De la transmissibilité du cancer, Comptes rendus du Congr. internat. de Rome, *Semaine méd.*, 1894, p. 157.

chez un cobaye d'un fragment de cancer épithélial de cobaye, suivie de généralisation en *quinze jours!* Klencke dit avoir obtenu chez un cheval une tumeur mélanique locale, quatre mois après une inoculation sous-cutanée de suc cancéreux pigmentaire provenant d'une jument (1). Wehr (2), qui a pratiqué vingt-six fois, chez le chien, des greffes sous-cutanées de fragments de carcinome du prépuce ou de la vulve, provenant d'animaux de la même espèce, a vu un des chiens inoculés mourir de carcinome généralisé.

M. Hanau [de Saint-Gall (3)] a observé une généralisation cancéreuse chez trois rats sur lesquels il avait greffé des fragments d'épithélioma pavimenteux à globes épidermiques provenant de la vulve d'un animal de la même espèce.

M. le professeur Duplay a conservé dans son laboratoire de l'Hôtel-Dieu des photographies et des préparations relatives à ces trois cas, et il n'y a pas de doute à émettre sur la nature des néoplasmes développés chez les rats inoculés et sur l'identité absolue de leur structure et de la structure de la tumeur qui a servi de point de départ aux inoculations. Ces trois faits de M. Hanau constituent certainement les documents les plus précis que nous possédions au sujet de la possibilité d'une transmission directe du cancer dans une même espèce. S'il n'y avait eu qu'un fait isolé, on pourrait supposer que l'animal inoculé, ayant une même origine que l'animal porteur d'un cancer apparent à la vulve, était lui-même spontanément cancéreux, mais, devant trois faits aussi nets, il est difficile d'admettre cette hypothèse, et l'on peut tout au plus se demander si la communauté d'origine ne créait pas, chez les animaux inoculés, un terrain héréditaire spécial, ayant favorisé le développement des greffes.

M. Hanau a fait, avec son cancer expérimental, de nouvelles inoculations en série, toujours sur des rats, mais ces inoculations ont échoué, et, faute de matériaux, ses brillantes recherches sur la contagion directe du cancer se sont trouvées interrompues.

M. Cazin cite encore, dans sa thèse, un fait de Pfeiffer (4), relatif à la transplantation, suivie de succès, d'un cancer mélanique d'une souris sur une autre souris, et un fait de von Eiselsberg (5), qui a observé chez un rat le développement d'un fibro-sarcome expérimental, après transplantation dans le péritoine de fragments prélevés sur une tumeur spontanée d'un animal de la même espèce.

Il nous resterait à apprécier les résultats des expériences faites chez la souris par M. Morau (6), mais nous ne pouvons le faire comme il conviendrait, ces résultats n'ayant pas été publiés avec les renseignements détaillés que nécessitait l'importance des faits annoncés et surtout avec les dessins indispensables pour qu'on pût se rendre compte de la nature exacte des lésions observées. D'après M. Morau, en effet, la tumeur qui a servi de point de départ à ses expériences, était un épithélioma cylindrique développé spontanément chez une souris, et il lui aurait suffi d'injecter chez d'autres souris, dans le tissu cellulaire des régions axillaire et inguinale, du suc provenant de cette tumeur, pour obtenir dans ce tissu cellulaire le développement de tumeurs constituées par un épithélioma cylindrique, en tout semblable au néoplasme primitif.

MM. Duplay et Cazin ont fait un très grand nombre d'expériences de transmission de néoplasmes dans une même espèce animale, principalement chez le chien et chez le rat (1). Toutes leurs expériences ont eu des résultats négatifs chaque fois qu'il s'agissait de néoplasmes malins et ils n'ont obtenu des résultats positifs qu'avec des néoplasmes bénins dont la structure se rapproche beaucoup de celle des tissus inflammatoires.

C'est ainsi qu'un chien a été inoculé dans le fourreau de la verge, après grattage à la curette de la muqueuse du fourreau et de la verge, avec des fragments provenant de tumeurs multiples, développées aux dépens des parois vaginales d'une vieille chienne ; on a pu assister au développement graduel de tumeurs végétantes, dont la plus volumineuse n'a jamais dépassé les dimensions d'une noisette et dont la structure était en tout semblable à celle de la tumeur originelle.

Dix mois après le début de l'expérience, on a trouvé, en outre, à l'autopsie, dans les deux testicules, des noyaux présentant une structure nettement épithéliale. Trois autres chiens ont donné, au niveau du point d'inoculation, des résultats positifs en tout comparables aux précédents, mais ils ne présentaient pas la moindre manifestation néoplasique à distance, et MM. Duplay et Cazin n'affirment pas, avant d'avoir obtenu des faits confirmatifs, que l'existence des noyaux testiculaires du premier chien fût en rapport avec les tumeurs végétantes développées expérimentalement au niveau du point d'inoculation.

Dans une autre série d'expériences faites chez le rat, MM. Duplay et Cazin ont obtenu, par greffe sous-cutanée au niveau des mamelles, le développement d'un énorme fibrome mammaire, en tout semblable à une tumeur spontanément développée chez un autre rat, qui avait servi de point de départ aux inoculations. Il s'agissait bien là d'un véritable néoplasme qui n'a pas cessé de s'accroître régulièrement et qui, lorsque l'animal a succombé, neuf mois après la greffe, ne pesait pas moins du tiers de son poids total.

En présence des nombreux résultats expérimentaux obtenus aujourd'hui, MM. Duplay et Cazin pensent que le cancer est transmissible d'un individu à un autre, dans une même espèce, mais seulement dans des conditions qui ne se trouvent réalisées que très exceptionnellement, et, par conséquent, contrairement à une opinion émise un peu prématurément, MM. Duplay et Cazin considèrent que l'on n'est pas en droit de considérer les cancéreux comme des contagieux.

Disons enfin quelques mots des résultats des greffes cancéreuses faites sur les cancéreux eux-mêmes avec leur propre cancer.

Nous ne devons pas y insister, parce que ces résultats expérimentaux ne nous ont rien appris de nouveau, la greffe cancéreuse, sur le cancéreux lui-même, ayant été réalisée maintes fois cliniquement, soit par contact direct, comme cela peut s'observer d'un point de la lèvre inférieure à un point correspondant de la lèvre supérieure, soit dans les propagations à distance, se faisant par les voies

(1) Ledoux-Lebard. Le cancer, maladie parasitaire, *Arch. gén. de méd.*, 1885, t. I.
(2) Wehr. *Deutschen Chirurgen-Congress*, 1888-1889, et *Arch. f. Klin. Chir.*, 1889, t. XXXIV, p. 226.
(3) Hanau. *Deutschen Chirurgen-Congress*, Berlin 1889.
(4) Pfeiffer. *Centralbl. f. Bat.*, 1890, p. 802.
(5) Von Eiselsberg. *Wien. Klin. Wochens.*, 1890, p. 927.
(6) Morau. Soc. de biol., 1891 et 1893.

(1) S. Duplay et M. Cazin. Comptes rendus du Congr. de Rome, *Semaine méd.*, 1894, p. 157.

lymphatique ou veineuse, soit au cours des opérations d'ablation des néoplasmes, dans lesquelles une parcelle cancéreuse, oubliée dans la plaie opératoire, devient le point de départ d'une tumeur secondaire qui reproduit exactement la structure du néoplasme primitif.

Nous rappellerons tout d'abord l'expérience de Hahn (1), que nous avons déjà citée et dans laquelle deux petits fragments d'un carcinome du sein furent greffés sur l'autre sein et donnèrent naissance en quelques mois à des noyaux cancéreux qui présentaient une structure identique à celle du carcinome primitif.

Dans le fait publié par M. le professeur Cornil (2), un fragment de sarcome fasciculé de la mamelle, greffé par un chirurgien anonyme dans la mamelle du côté opposé, a été enlevé deux mois après; il avait alors le volume d'une amande et l'examen microscopique montra que les tissus adjacents commençaient à être envahis par l'infiltration sarcomateuse.

Senn (3) a vu, au contraire, se résorber complètement un fragment de carcinome greffé dans le tissu cellulaire sous-cutané, chez l'individu porteur du carcinome primitif. Enfin, MM. Cadiot, Gilbert et Roger (4) n'ont pas réussi davantage en essayant de greffer, sur des chiens cancéreux, des fragments de leur propre tumeur.

Si les greffes cancéreuses expérimentales sur les *cancéreux* eux-mêmes ont pu donner quelques insuccès, elles paraissent, en revanche, avoir donné des résultats positifs indiscutables, ce qui est d'ailleurs d'accord avec les faits cliniques d'observation courante, et nous trouvons là, avec M. Cazin (5), une objection à faire aux partisans de la théorie psorospermique du cancer, lorsqu'ils nous disent, pour expliquer les insuccès fournis par les inoculations à des individus *sains*, que la contagion ne s'effectue pas directement, mais par l'intermédiaire des parasites qu'ils décrivent, après que ces parasites ont atteint en dehors de l'organisme un stade de leur évolution jusqu'ici inconnu. Nous voyons, en effet, que si l'on prend sur une tumeur cancéreuse deux fragments identiques et si on les greffe exactement de la même façon, l'un chez l'individu porteur de la tumeur cancéreuse, en un point du corps jusque-là indemne, et l'autre sur un individu sain, en un point correspondant, le premier fragment continuera à vivre sinon toujours, au moins dans beaucoup de cas et, en se développant, il donnera naissance à un nouveau foyer néoplasique, alors que le second fragment, dans l'immense majorité des cas, cessera de vivre et de s'accroître, bien que cependant les conditions de l'expérience aient été exactement semblables dans les deux cas, au point de vue du stade des éléments considérés comme parasitaires.

De même, s'il fallait que les pseudo-parasites du cancer réalisent un stade particulier, en dehors de notre organisme, avant que la transmission directe pût être effectuée par leur intermédiaire, il faudrait admettre que les localisations cancéreuses secondaires sont le résultat, non pas d'émigrations directes issues de la tumeur primitive, mais d'une infection incessamment renouvelée par des agents venus de l'extérieur.

(1) HAHN. Loc. cit.
(2) CORNIL. Acad. de méd., 23 juin 1891.
(3) SENN. *Bactériologie chirurgicale*, trad. Broca, 1890, p. 296.
(4) CADIOT, GILBERT et ROGER. Loc. cit.
(5) CAZIN. *Des origines et des modes de transmission du cancer*, p. 59.

Or il est bien évident que les propagations du cancer à distance sont dues à une simple migration de particules cancéreuses provenant du néoplasme primitif, par l'intermédiaire des voies lymphatique ou veineuse. Dans l'hypothèse sporospermique, il faut donc admettre que les parasites renfermés dans ces particules cancéreuses sont aptes à reproduire l'affection néoplasique, sans passer par un stade intermédiaire et c'est à tort, par conséquent, qu'on invoquerait la nécessité de ce stade intermédiaire pour la propagation du cancer d'un organisme à l'autre.

En résumé, dans l'état actuel de la question, on ne peut qu'accepter pleinement les conclusions émises au Congrès de Rome par MM. Duplay et Cazin qui, sans nier aucunement l'hypothèse parasitaire, constatent que la démonstration de cette hypothèse n'est pas faite en faveur des sporozoaires, puisque, depuis bientôt six ans, on décrit dans le cancer des parasites de ce genre, sans pouvoir démontrer indiscutablement qu'il ne s'agit pas simplement d'erreurs d'interprétation. La question de l'étiologie des cancers est donc encore à résoudre entièrement, sans qu'il y ait lieu de s'attarder dans des discussions stériles sur la morphologie d'éléments dont personne ne nie d'ailleurs l'existence, mais dont le microscope est impuissant à démontrer la nature parasitaire.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 25 juillet 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LE TRAITEMENT DE LA LITHIASE BILIAIRE

M. TUFFIER est intervenu dans douze cas de lithiase biliaire dans son service à l'hôpital Beaujon; deux observations sont surtout dignes d'intérêt. Dans les deux, il s'agit de rétention biliaire complète; dans un cas, il a pratiqué la cholécystentérostomie et le foie est resté complètement aseptique; dans le deuxième, il a fait la cholécystostomie; le foie était infecté avant l'opération.

La malade qui fait le sujet de la première observation est une jeune femme atteinte de fièvres intermittentes. Les accidents de lithiase biliaire remontent à huit ans; ils se sont manifestés sous forme de coliques hépatiques. A son entrée à l'hôpital, elle était atteinte d'une rétention biliaire complète, avec ictère foncé, amaigrissement et état général assez grave. Le foie, gros, mesure 24 centimètres sur la ligne axillaire. On fait la laparotomie. Le foie relevé, on sent au niveau de la tête du pancréas une tumeur fixe, volumineuse, ressemblant à des ganglions lymphatiques enflammés. L'ablation de cette masse ganglionnaire, origine de l'obstruction biliaire, est impossible.

M. Tuffier fait alors l'abouchement de la vésicule dans le duodénum. La vésicule n'est pas très volumineuse; mais elle est très tendue. Le foie de cette malade est complètement aseptique; la ponction dans le foie au cours de l'opération ne décèle pas de présence de microbes; la bile dans la vésicule est aseptique aussi. Les suites opératoires sont bonnes; pendant vingt-deux jours tout est parfait, lorsque, brusquement, éclatent des accidents d'ictère grave qui entraînent rapidement la mort.

A l'autopsie, on trouve un foie énorme, mais aseptique. La cholécystentérostomie n'avait donc pas été une cause d'infection pour le foie. Le centre du foie est occupé par un cancer massif avec prolongements cancéreux dans le duodénum et ganglions secondaires au niveau de la tête du pancréas.

Le fait à relever dans cette observation c'est que l'opération n'a pas donné d'accidents d'infection hépatique, malgré l'anastomose de la vésicule biliaire avec l'intestin.

La seconde malade est une jeune fille de vingt et un ans ayant tous les symptômes d'une obstruction du cholédoque. Dans les antécédents, on trouve la fièvre intermittente et des accès de coliques hépatiques. Au moment de l'opération, l'ictère remontait à sept ans; mais cette rétention biliaire complète laissait de légères intermittences.

On fait la laparotomie; la vésicule est petite, adhérente de tous côtés. On l'isole en partie, puis, en examinant le cholédoque, on trouve une induration vers la tête du pancréas. On ne peut extraire le calcul contenu dans le cholédoque à cause des adhérences enserrant ce canal. M. Tuffier veut tenter alors la cholécystentérostomie. La vésicule, trop petite, ne permettant pas de faire cette opération, il se contente de pratiquer la cholécystostomie. Au cours de l'opération, on trouve dans la bile de la vésicule du coli-bacille. Les suites opératoires sont bonnes. Il s'écoule très peu de bile par la fistule.

Quelque temps après la malade put quitter le service; mais la fistule persista, l'ictère ne diminua point, et, au bout d'un mois, la malade succomba à des accidents d'ictère grave.

A l'autopsie, on trouve le cholédoque entouré d'une gangue fibreuse; un calcul obstrue complètement sa cavité. De plus, il existe de l'angiocholite calculeuse et de la cholécystite, et de la dilatation biliaire. La mort est donc due à de l'insuffisance et à l'infection hépatiques.

En résumé, il ressort de ces deux observations que, d'une part, il est impossible, quant à présent, de poser des conclusions fermes dans les cas de lithiase biliaire quant au mode d'intervention à préconiser. Il faut surtout tenir compte des quatre facteurs suivants avant d'intervenir : savoir si le foie est aseptique ou non, si la rétention biliaire est complète ou incomplète.

D'autre part, sa première observation montre que la cholécystentérostomie ne favorise pas fatalement l'infection du foie; et, enfin, la cholécystostomie n'est pas toujours suffisante pour faire céder les accidents inflammatoires biliaires, au-dessous d'elle : sa seconde observation le prouve.

M. MONOD a eu l'occasion entre autres d'intervenir deux fois pour des accidents de lithiase biliaire.

Dans le premier fait, il s'agit d'une femme de trente-trois ans, observée à Saint-Antoine en décembre 1893. Elle présentait une tumeur dans la région de la vésicule. Elle avait eu des accès de coliques hépatiques. Cependant elle n'avait jamais présenté de l'ictère. La tumeur, très volumineuse, peut être sentie par les lombes. On fait la laparotomie. La vésicule biliaire est très dilatée; c'est elle qui forme la tumeur. On l'ouvre, et il s'écoule environ 80 grammes d'un liquide sirupeux. De sa cavité, on retire trois calculs dont un était engagé dans le canal cystique, on abouche la vésicule à la paroi abdominale. Depuis cette époque, la malade conserve sa fistule; mais celle-ci ne donne issue qu'à du liquide muqueux.

La seconde malade, âgée de quarante et un ans, avait eu des accès de coliques hépatiques. Jamais d'ictère. Quand il la voit, elle se plaint de douleurs sourdes dans la région du foie. A l'examen, on trouve un rein flottant. On fait néanmoins le diagnostic de lithiase biliaire. Par la laparotomie, il tombe sur une vésicule énormément dilatée. Celle-ci ouverte ne laisse écouler que peu de liquide. Mais, en différentes séances, on retire plus de deux cents calculs. Enfin on extrait un dernier et gros calcul. La cholécystostomie a été pratiquée en juin dernier; la fistule persiste encore aujourd'hui et donne issue à une grande quantité de bile. Il ne passe que peu de bile dans l'intestin; les matières ne se colorent que de temps à autre. Cependant, sur les conseils de M. Terrier, il ne fait pas d'autre intervention, attendant que la fistule se ferme d'elle-même.

La cholécystostomie est, suivant M. Monod, une opération innocente.

M. MICHAUX, dans sa communication récente, était arrivé à cette conclusion que, jusqu'à nouvel ordre, la cholécystostomie devait être préférée à la cholécystentérostomie; MM. Routier, Nélaton et Terrier sont venus confirmer cette opinion.

D'autre part, la malade dont il a parlé et chez laquelle on sentait une plaque indurée au niveau du pancréas a succombé depuis sa communication.

A l'autopsie, il a trouvé sa cholécystentérostomie en parfait état. Le foie n'était pas infecté; il y a eu simplement obstruction du cholédoque par le néoplasme. Celui-ci était limité à la tête du pancréas. Il y avait dilatation des canaux biliaires extra et intra-hépatiques, mais sans cirrhose biliaire, les cellules hépatiques étaient peu malades.

COMMUNICATION

Un cas rare d'appendicite. — M. SCHWARTZ. Il s'agit d'un jeune homme de vingt ans. A l'âge de dix ans, il a été pris brusquement d'accidents péritonéaux, douleurs vives dans l'abdomen, ventre ballonné, fièvre. Un mois après, il se forma au niveau de la région sous-ombilicale médiane une collection purulente qui vint s'ouvrir au niveau de la ligne blanche, trois mois après le début des accidents. La suppuration persista pendant un an; le malade se rappelle que, dans le cours de cette suppuration, il est sorti un jour une petite masse noirâtre mélangée au pus. Puis la santé se rétablit. Cinq ans après cette première crise, de nouveaux phénomènes fébriles s'installèrent un jour avec douleurs à la miction; il se forma ensuite un deuxième abcès à l'endroit du premier. La suppuration persista six mois. En novembre 1893, c'est-à-dire huit ans après la première crise, troisième attaque de péritonite localisée et nouvel abcès sous-ombilical. La suppuration ne dura que quinze jours.

Depuis cette époque, la santé est restée bonne; toutefois le malade, craignant le retour de nouvelles crises, vient le consulter et sollicite une intervention. Au-dessous de l'ombilic, sur le trajet de la ligne blanche, on constate l'existence de la cicatrice des anciens abcès. La paroi abdominale est du reste normale. On sent derrière elle une sorte de bride venant de la fosse iliaque droite. Rien d'anormal au niveau de celle-ci; les fonctions digestives et urinaires sont normales. On fait le diagnostic d'appendicite à répétition, l'appendice ayant sans doute été soudé à la paroi abdominale antérieure et donnant lieu à ce niveau à des abcès. Il fait ce diagnostic à cause des crises douloureuses, de la sortie de la masse brunâtre par la fistule, de l'existence de la bride profonde derrière la paroi abdominale.

M. Schwartz fait une laparotomie médiane sous-ombilicale. Au péritoine pariétal adhèrent des franges épiploïques enflammées. Un cordon arrondi, parti de la fosse iliaque droite, vient s'insérer sur la paroi au niveau de la ligne médiane; c'est l'appendice ayant entraîné le cæcum, formant comme une sorte de pont tendu entre la fosse iliaque et la paroi, le tout entouré de fortes adhérences. On peut décoller et isoler l'appendice; on le résèque à son insertion sur le cæcum et on recouvre le moignon avec du péritoine. Les suites opératoires sont très bonnes et la guérison est parfaite.

L'appendice enlevé est long de 7 centimètres; son extrémité adhérente à la paroi est effilée, dépouillée de ses tuniques externes qui se sont confondues avec les adhérences. Les parois de l'appendice sont épaissies. Dans sa cavité, on trouve des matières fécales, mais pas de corps étranger, ni trace de perforation.

En somme, il s'est agi là d'un cas rare d'appendicite à rechute avec abcès collectés dans la région sous-ombilicale médiane.

Il n'a pu trouver dans la littérature médicale de cas absolument semblable au sien. Fischer (de Breslau) cite cependant des abcès sous-ombilicaux; Gerster a vu des abcès s'ouvrant tout près de la ligne médiane. Roux (de Lausanne) n'a jamais observé pareil fait.

Dans son cas, il est probable que l'appendice a été fixé à la paroi par des adhérences lors de la première poussée de péritonite. Mais quelle a été l'origine des abcès à répétition? Il est difficile de le dire. Il ne semble pas qu'il y ait eu perforation de l'appendice.

M. TUFFIER a vu un fait absolument semblable; l'abcès s'est collecté derrière le grand droit, sous l'ombilic, à la seconde atteinte d'appendicite. Lors d'une première crise, survenue dix-huit mois avant la seconde, le gateau formé par l'appendicite et la péri-appendicite était bien localisé dans la fosse iliaque droite.

Dans un autre cas, M. Tuffier a vu un phlegmon de la cavité de Retzius succéder à une appendicite et l'appendice a été réséqué à ce niveau.

PRÉSENTATION DE MALADES

Péritonite suraiguë généralisée. — M. BERGER présente un jeune malade de dix-sept ans, guéri d'une péritonite suraiguë généralisée, suite d'appendicite perforante, au troisième jour.

Trois incisions abdominales furent faites : l'une médiane, les deux autres dans les fosses iliaques. Après lavage du péritoine avec de l'eau stérilisée, on a drainé et tamponné. Le sujet a guéri lentement.

Cavernes pulmonaires. — M. POIRIER montre un malade tuberculeux pulmonaire chez lequel il a ouvert, curetté et guéri des cavernes pulmonaires qui communiquaient par des petits pertuis avec des collections sous-cutanées du thorax. On sait que, grâce aux travaux de M. Souligoux, très souvent les abcès froids du thorax ont pour origine les lésions pulmonaires qui infectent la paroi par l'intermédiaire des lymphatiques.

Calcul biliaire. — M. POZZI présente une malade à laquelle il a enlevé un calcul biliaire enchatonné dans le cholédoque et la première partie du duodénum, par l'ouverture du duodénum. Il a suturé ensuite le duodénum.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 7 août 1894, les officiers du corps de santé militaire dont les noms suivent ont été désignés pour les postes ci-après indiqués, savoir :

MM. les médecins-majors de deuxième classe Dervuet, pour le 130e d'infanterie; Boppe, pour le 12e de dragons; Bénac, pour le 102e d'infanterie.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — Juillet-octobre 1894. — *Bains de mer de l'Océan.* — Billets d'aller et retour à prix réduits, valables pendant 33 jours.

Pendant la saison des bains de mer, du 1er mai au 31 octobre, il est délivré à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz), des billets aller et retour de toutes classes, réduits de 40 p. 100 en 1re classe, de 35 p. 100 en 2e classe, de 30 p. 100 en 3e classe, pour les stations balnéaires ci-après :

Saint-Nazaire, Pornichet, Escoublac-la-Baule, le Pouliguen, Batz, le Croisic, Guérande, Vannes (Port-Navalo, Saint Gildas-de-Ruiz), Plouharnel-Carnac, Saint-Pierre-Quiberon, Quiberon (Belle-Isle-en-Mer), Lorient (Port-Louis, Larmor), Quimperlé (Pouldu), Concarneau (Beg-Meil, Fouesnant), Quimper (Bénodet), Pont-l'Abbé (Langoz, Loctudy), Douarnenez, Châteaulin (Pentrey, Crozon, Morgat).

La durée de validité de ces billets (33 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de 10 jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Par exception, la durée de validité des billets de 1re et 2e classe, délivrés à Paris pour Saint-Nazaire, peut être prolongée deux fois de 30 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100; en outre, il n'est pas délivré de demi-billets pour les enfants; toutefois, deux enfants de 3 à 7 ans, n'occupant qu'une seule place, peuvent voyager avec un seul billet de bains de mer de 1re ou de 2e classe.

Exceptionnellement :

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent pour les stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire inclus au Croisic et à Guérande inclus, a la faculté d'effectuer, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

Le voyageur porteur d'un billet délivré pour les stations au delà de Vannes, vers Auray, aura la faculté de s'arrêter à celles des stations suivantes qui seront comprises dans le parcours de son billet : Sainte-Anne-d'Auray, Auray, Hennebont, Lorient, Quimperlé, Rosporden et Quimper.

Le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions ci-dessus, à destination de Vannes est autorisé à s'arrêter à Questembert à l'aller et à repartir de ce point au retour.

En outre, le voyageur porteur d'un billet délivré aux conditions qui précèdent, pour l'une quelconque des stations balnéaires ci-dessus, aura le droit de s'arrêter, une seule fois, à l'aller ou au retour, pendant 48 heures, soit à Nantes, soit en deçà.

Admission des voyageurs de 2e et 3e classes dans les trains express 19, 9 et 29 :

Les trains express nos 19 et 9, partant de Paris (gare d'Orléans), le premier à 8 h. 25 matin et le second à 11 h. 18 matin, prennent les voyageurs de 2e et 3e classes munis de billets de bains de mer à destination desdites stations.

Le train express no 29, partant de Paris (gare d'Orléans) à 9 h. 25 soir, prend les voyageurs de 2e et 3e classes porteurs desdits billets de bains de mer.

Délivrance des billets : à la gare du chemin de fer d'Orléans, quai d'Austerlitz; au bureau, 8, rue de Londres, ainsi qu'à tous les autres bureaux succursales de la Compagnie d'Orléans.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion à prix réduits Paris, Zermatt-Berne* (vacances de 1894). — Départ de Paris le 18 août à 2 h. 25 du soir. — Retour au gré des voyageurs par tous les trains ordinaires, sauf les express, à partir du 26 août jusqu'au 1er septembre inclus.

Prix du voyage (aller et retour) : de Paris à Berne, 45 fr. en 2e classe, 31 fr. en 3e classe ; de Paris à Zermatt, 63 fr. en 2e classe, 42 fr. 50 en 3e classe.

Émission des billets à dater du 5 août 1894 : à la gare de Paris P. L. M., 20, boulevard Diderot; dans toutes les gares de la Compagnie du Nord; dans les bureaux succursales de la Compagnie P. L. M. et dans les diverses agences de voyages.

Pour plus de renseignements, voir les affiches publiées par la Compagnie.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50 — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la Fête de l'Assomption, le journal ne paraîtra pas jeudi.

Paris, le 13 août 1894.

Le Congrès d'hydrothérapie marine qui vient de se tenir à Boulogne a permis de dégager certaines indications et contre-indications du traitement marin et de les mieux préciser :

Le rachitisme est une des affections qui soit le plus favorablement influencée par le traitement marin. Mais à ces deux conditions absolues : envoyer les rachitiques de bonne heure à la mer et les y faire séjourner longtemps. A l'appui de la thèse qu'il soutient, M. le docteur Leroux cite deux observations d'enfants rachitiques gravement atteints, avec troubles digestifs, chapelets osseux et déviations du tibia. Après deux ans de séjour à Arcachon, la guérison s'effectua, le gonflement des épiphyses et les courbures tibiales disparurent. Suivant l'orateur, lorsqu'on se place dans les conditions qu'il réclame, c'est-à-dire envoyer les enfants dès le début du mal et prolonger leur séjour au bord de la mer, on obtient des résultats qui dépassent les 66 p. 100 de guérisons obtenues jusqu'ici.

M. Armaingaud confirme l'opinion de M. Leroux, et M. Calot (de Berck) exprime le regret que les hôpitaux administratifs n'ouvrent pas leurs portes aux enfants âgés de moins de deux ans. En retardant l'admission des enfants dans les hôpitaux maritimes, on oblige à des interventions chirurgicales qui eussent été inutiles si l'enfant avait été soigné à temps.

M. Letulle fait le tableau de l'encombrement des hôpitaux parisiens par les tuberculeux.

« On aura une idée de cet encombrement, dit-il, si on note qu'il se trouvait le même jour (16 novembre 1892) 1000 tuberculeux dans les 14 hôpitaux généraux de Paris.

Ajoutez à cela 5000 indigents tuberculeux soignés par les bureaux de bienfaisance.

L'auteur a recherché dans son service de l'hôpital Saint-Antoine la proportion de malades tuberculeux soignés et de journées d'hôpital.

Il a relevé 317 tuberculeux sur 1417 malades, soit un peu plus du quart, et 11669 journées de tuberculeux pour 28554 journées d'hôpital, soit un peu plus de la moitié.

La proportion des morts par rapport au nombre des tuberculeux soignés est excessive : 73 p. 317, soit 2 morts pour 9 tuberculeux.

Que devrait-on faire pour éviter l'encombrement ?

Plus de 6000 malades sont appelés, dans l'état actuel de notre organisation sociale, à aller mourir à l'hôpital sans avoir reçu le moindre essai de traitement rationnel. On se propose de fonder à Angicourt (Oise) un sanatorium perfectionné, c'est un premier effort très coûteux à cause des nécessités architecturales imposées par la Commission.

Cet établissement, appelé à soigner 50 malades tout d'abord et plus tard 200, coûte déjà près de 800000 francs ! C'est beaucoup pour bien peu.

Le devoir de la Société, tel qu'on le conçoit actuellement, est que tout malade a droit au secours de l'État. Or l'intérêt de l'État, en même temps que son devoir, est de soigner aussitôt tout tuberculeux qui débute.

Aussi faut-il demander la décentralisation des tuberculeux parisiens. Les bords de la Méditerranée seraient particulièrement indiqués. Des colonies de phtisiques seraient fondées en Provence, en Corse, en Algérie, en Tunisie.

M. Letulle s'arrête aux conclusions suivantes :

L'encombrement des hôpitaux généraux par les tuberculeux doit être supprimé le plus tôt possible ; cette mesure deviendra possible, grâce aux mesures administratives suivantes :

1° Reconnaissance rapide et classement des tuberculeux parisiens indigents ;

2° Émigration rationnelle des tuberculeux curables, et distribution des malades dans les sanatoriums provinciaux et les colonies de tuberculeux ;

3° Création de lits d'hospice ou de services particuliers pour les phtisiques non transportables ; la journée d'hôpital est, pour ces malades, une dépense inutile ; leur séjour dans les salles générales, un danger. »

M. Verneuil proteste, avec raison, contre les interventions que certains spécialistes dirigent trop fréquemment contre les végétations adénoïdes de l'arrière-gorge. Le traitement médical et le séjour au bord de la mer viennent à bout de la plupart des cas. Ce n'est que dans les cas graves, rebelles et rares, qu'il est permis d'intervenir. Cette intervention doit être d'autant moins préconisée, qu'elle est forcément

incomplète, et que la raclette ou la curette qui est chargée d'abraser les végétations ne peut enlever la totalité du mal. Malgré les perfectionnements de la rhinoscopie, l'opération est aveugle et presque toujours incomplète.

Le traitement marin est des plus efficaces contre les végétations adénoïdes.

M. Casse (de Middelkerque), président du futur Congrès, fait connaître le mode d'action de l'atmosphère marine.

Quand on se promène aux bords de la mer, on perçoit un goût spécial dû aux particules salines qui se déposent sur la muqueuse labiale. On pense qu'il s'agit là de bromures et de chlorures. C'est en réalité de l'eau de mer pulvérisée. En effet, la vapeau d'eau qu'émet la mer est vierge de corps solides, et par conséquent de sels, de quelque nature qu'ils soient. Le mode de propagation de l'eau dans l'atmosphère marine se fait, en réalité, par l'entraînement par les vents de l'eau de mer pulvérisée existant alors à l'état vésiculaire. Pour que cette pulvérisation puisse se faire, deux conditions essentielles sont nécessaires : la première c'est que la vague se brise contre les obstacles, et la seconde qu'il y ait du vent; c'est là un fait constant dans les mers à marée. Pour vérifier ces données, l'auteur s'est livré à de nombreuses expériences confirmatives.

Le sel de l'atmosphère marine n'est pas entraîné au loin, mais se dépose sur les végétaux et le sol à une distance très rapprochée.

De plus, l'atmosphère marine est plus pure, et la lumière plus intense. La preuve la plus évidente de cette intensité est son action sur les plaques photographiques : elles nécessitent un temps de pose qui n'est que le tiers de celui nécessaire dans l'intérieur du pays. Enfin, l'ozone se trouve en quantité bien plus forte dans l'atmosphère marine que dans celle de l'intérieur, c'est peut-être bien à elle que l'on doit attribuer le coryza et les irritations bronchiques, quelquefois assez fortes, que l'on éprouve en arrivant à la mer. Elle a, de plus, une influence thérapeutique incontestable. Il faut rechercher la guérison de la tuberculose dans l'action prolongée de l'atmosphère marine, qui amène une modification constitutionnelle. Mais, comme les précédents orateurs, M. Casse insiste pour que le séjour soit prolongé pendant un temps suffisamment long.

M. Aigre dit que ce que l'on entend en général par ces mots « le bord de la mer » n'est souvent qu'un leurre, un trompe-l'œil; la véritable atmosphère marine, avec toutes ses influences bonnes ou mauvaises, ne s'étend que dans un rayon fort restreint. Aussi, le séjour au bord de la mer ne compte pas ou presque pas, à moins d'habiter tout près du rivage, que l'on peut évaluer à cinq cent mètres au maximum, sans qu'il y ait, bien entendu, et c'est là une condition essentielle, interposition de murs de construction, d'arbres ou d'obstacle quelconque.

L'auteur cite à l'appui de sa thèse deux ordres de faits :

1° Action nulle de l'atmosphère marine sur les enfants lymphatiques qui viennent à Boulogne en pension. Action très nette, au contraire, si on les retire de la pension pour les installer sur la plage;

2° D'autre part, les herpétiques et les arthritiques autochtones ne souffrent que quand ils vont à la plage et ne manquent jamais alors d'être pris de migraine, d'éruptions.

Conclusions : le séjour au bord de la mer n'existe que si on habite le rivage même. D'où découle l'indication de choisir la plage même pour la construction des sanatoriums maritimes.

M. Houzel, l'un des organisateurs du Congès, fait l'intéressante communication suivante sur l'influence des bains de mer et de l'immersion prolongée sur la menstruation. Après avoir dit que la femme des villes est un produit déformé et amoindri par la civilisation, l'orateur rappelle que la menstruation est un acte physiologique qui doit s'accomplir silencieusement, et doit s'accommoder des fatigues que les nécessités de la vie imposent à l'organisme féminin.

« J'avais toujours été frappé, dit M. Houzel, de voir que les femmes de la marine, pêcheuses de crevettes et de moules, allaient dans la mer des heures entières, faisant de longs trajets toutes ruisselantes d'eau de mer, hiver comme été, réglées ou non, sans en paraître incommodées, et que les affections utérines étaient très rares chez elles. J'ai recherché quels pouvaient être les avantages ou les inconvénients de cette pratique, et c'est le résultat de mon enquête que je vous apporte aujourd'hui.

J'ai pris l'observation de 123 de ces femmes, au point de vue de la puberté, de la ménopause, de la fécondité, des années pendant lesquelles elles avaient exercé leur pénible métier et des effets qu'il produisait sur leurs règles. Vous serez surpris, comme moi, des résultats que j'ai trouvés.

Peu nourries, sommairement vêtues, les pieds et les jambes nus, par tous les temps elles se rendent à la mer où elles restent plongées jusqu'à la taille, parfois jusqu'aux aisselles, et cela pendant des heures entières. Au printemps et l'été, elles poussent leur filet à crevettes, sortent de l'eau, y rentrent, et quand elles ont fini, avec leurs habits mouillés, leur filet ruisselant sur l'épaule, elles parcourent la ville pour vendre le produit de leur pêche.

Dès que les crevettes ne donnent plus, elles vont aux moules, et, par les plus grands froids, on en voit qui reviennent portant sur le dos un lourd panier de moules d'où s'écoule une eau glacée qui les pénètre : il en est qui reviennent avec les vêtements complètement gelés, pendant qu'elles ont leurs règles, et sans qu'elles en soient troublées en rien.

Ces pratiques peuvent paraître surprenantes, et certains y voudront voir les effets de la race et de l'accoutumance; mais, en étudiant les bains de mer et l'influence qu'ils ont sur l'utérus, on en trouve facilement l'explication, et on voit que toutes les femmes, sauf celles qui ont des lésions graves des annexes, pourraient les imiter et n'en retireraient que des avantages, à la condition toutefois de ne pas aller se jeter à l'eau en pleines règles en descendant de wagon, mais de s'y entraîner en se soumettant un certain temps à l'action bienfaisante de l'atmosphère marine et en n'allant à l'eau pendant leurs règles qu'après s'être bien acclimatées aux bains dans l'intervalle.

Il est bien entendu que toutes les femmes allaient ou vont dans la mer par tous les temps, pendant leurs règles, étant enceintes, en nourrissant.

Toutes, sans exception, n'ont eu qu'à se louer de l'immersion dans la mer au moment de leurs règles; jamais aucune n'en a éprouvé le plus petit malaise; quelques-unes ont remarqué que leurs règles venaient sans douleurs alors qu'elles en souffraient en n'allant pas à l'eau; d'autres en étaient réglées plus abondamment; mais il n'y a pas une note discordante, toutes sont unanimes à proclamer les heureux effets de la mer sur leurs règles; c'est donc un fait

acquis, et cela n'est pas le résultat d'un choix; toutes les femmes ont été prises au hasard, leurs observations consignées sans parti pris, et ce n'est qu'après les avoir toutes réunies que j'en ai tiré des conclusions.

Beaucoup allant à la mer dès l'enfance, on pourrait supposer que, les premières règles arrivant dans l'eau, l'accoutumance est acquise et que l'immersion n'a plus de prise sur leur menstruation; mais cela n'est pas exact. Beaucoup n'ont abordé la mer qu'après avoir été bien réglées depuis assez longtemps; aucune n'accuse l'immersion d'avoir apporté le moindre trouble dans leurs menstrues.

On pourrait être tenté de voir là une immunité propre à la race, il n'en est rien. D'autres femmes du peuple vont à la mer pendant leurs règles sans en être plus incommodées, et, parmi les baigneuses qui fréquentent notre plage, certaines, les Anglaises entre autres, se baignent sans jamais interrompre et n'en souffrent en aucune manière.

Les femmes peuvent donc continuer les bains de mer pendant leurs règles, à la condition d'être acclimatées à la mer et de ne pas avoir de ces lésions des annexes qui les rendent particulièrement fragiles à la moindre excitation, au plus petit écart de régime.

De bonnes conditions hygiéniques jointes à une grande activité de circulation génitale contribueront à prolonger la durée de la fonction ovulaire; à ce titre, les bains de mer doivent hâter l'irruption des règles et retarder la ménopause, autrement dit accroître la vie génitale. C'est, en effet, ce qui a lieu. »

M. Houzel émet les conclusions qui paraissent en découler naturellement :

1° Les bains de mer continués pendant les règles, à la condition qu'on y soit acclimaté, facilitent la menstruation;

2° Ils accroissent la durée de la vie génitale;

3° Ils augmentent la fécondité d'une manière remarquable.

Les abcès tuberculeux, d'origine osseuse, ne se résorbent pas sous l'influence du traitement marin, ils finissent par s'ouvrir spontanément; mais il est rare, dit le docteur Ménard, qu'on ait besoin de recourir pour les traiter aux grandes interventions chirurgicales. Les injections à l'éther iodoformées donnent des résultats surprenants, après un nombre de ponctions et d'injections relativement restreint. A signaler cette remarque du chirurgien de Berck, c'est que ces injections paraissent avoir beaucoup plus d'action sur les collections purulentes, déjà anciennes, que sur celles qui sont plus récentes.

MM. Ladreit de la Charrière et Castex étudient les **indications et contre-indications du traitement marin dans les affections des oreilles, du nez et du larynx.**

Voici leurs conclusions :

Pour les oreilles, on doit envisager séparément les affections à écoulement et les affections sans écoulement.

1° Parmi les premières, le traitement marin est indiqué si elles sont de nature scrofulo-tuberculeuse à siège non profond, car, dans l'otorrhée, le bain de mer peut produire des répercussions profondes, graves. Le simple séjour à la mer est alors acceptable. Le traitement marin est contre-indiqué si la nature est herpétique et indifférent si la nature est syphilitique.

Parmi les deuxièmes (sans écoulement), les états simplement congestifs et hystériques indiquent la mer. Ceux qui relèvent de l'arthritisme chronique (otites sèches) ou du tabes ainsi que la maladie de Ménière la contre-indiquent.

Pour le nez la majeure partie de ses affections bénéficient du traitement marin (rhinites hypertrophique et atrophique, rhinite spasmodique ou asthme des foins, végétations adénoïdes). Mais les eczémas des narines doivent en être détournés.

Pour le pharynx, le traitement marin est utile dans les hypertrophies amygdaliennes, nuisible dans les tuberculoses pharyngiennes.

Pour le larynx, il est indiqué dans les diverses hypokinésies et les adénopathies laryngo-trachéales, mais contre-indiqué dans les hyperkinésies, laryngites chroniques, laryngites tuberculeuses et tumeurs.

En somme, la nature de l'affection doit être prise en grande considération pour décider ou non du traitement marin, et ce sont principalement les affections du nez qui bénéficient de ses avantages.

M. Lavrand et M. Peaucellier viennent plaider dans le même sens. M. Page a étudié le traitement marin des **ophtalmies des scrofuleux**, et il conclut que le climat marin ne doit être qu'un auxiliaire de la thérapeutique habituelle de ces lésions.

M. Leroux pose **les indications et les contre-indications du traitement marin chez les enfants.**

Certaines maladies du système nerveux, paralysie infantile, chorée, atrophies cérébrales, ne sont guère améliorées par le traitement marin.

Les cardiaques doivent être détournés du bord de la mer. Il en est de même de la syphilis héréditaire et des lésions hybrides scrofulo-syphilitiques. M. Cazin a signalé des aggravations par le traitement marin. Au contraire, la pléiade d'enfants anémiques, lymphatiques, scrofuleux bénins, tuberculeux latents, pourront, par le traitement marin, être soustraits à la tuberculose de l'avenir.

L'anémie, le lymphatisme, le rachitisme, la scrofule, les tuberculoses externes dites chirurgicales s'en trouveront bien.

Au contraire, les eczémas aigus suintants, l'impétigo aigu, les affections oculaires graves, les otites aiguës douloureuses, les manifestations cutanées prurigineuses, fournissent une contre-indication. Il en est de même des tuberculoses locales accompagnées d'inflammations et de suppurations aiguës, des tuberculoses chirurgicales accompagnées de suppurations abondantes avec cachexie et tuberculoses viscérales. Pour le lupus, les résultats sont en général peu favorables.

La tuberculose pulmonaire, si légère qu'elle soit, paraît une contre-indication du traitement marin et surtout du séjour dans les hôpitaux et sanatoriums maritimes.

M. Houzel a présenté deux individus fort intéressants à ce point de vue et démontrant que la **guérison de la scrofule par le traitement marin** est définitive et bénéficie à la descendance.

Ces deux sujets, atteints tous deux, il y a vingt ans, de manifestations tuberculeuses, et traités par la médication marine, à Graffliers, avant leur mariage, malgré des adénites tuberculeuses graves, guérirent de ces manifestations après quatre ans de séjour au bord de la mer. Ces deux individus se marièrent, eurent deux enfants, absolument sains, sans la moindre tare. L'un, un garçon, est mort de la fièvre typhoïde; l'autre, la fille, n'a jamais été malade.

Ces faits, dont l'observation a duré vingt années, démontrent donc la solidité des résultats acquis par le traitement marin prolongé, la reconstitution des organismes menacés par la tuberculose, enfin l'atténuation de l'influence de l'hérédité.

M. Houzel en conclut que le séjour au bord de la mer préserve contre les récidives, que le traitement marin est puissant contre les tuberculoses, à condition de le prolonger et, qu'enfin, ces guérisons peuvent être assez définitives pour que l'union d'anciens malades soit exempte d'une influence fâcheuse sur la descendance.

A ces conclusions, M. Verneuil ajoute cependant les suivantes : une scrofuleuse enceinte a tout avantage à faire ses couches au bord de la mer, car elle aura des chances de mettre au monde un enfant sain. Demandée en mariage pour habiter sous un autre climat que le climat marin, elle devra refuser, car, après les améliorations obtenues au bord de la mer, elle reste toujours sous le coup de la tuberculose. Rien n'autorise, en effet, le médecin à affirmer qu'un enfant scrofuleux, même guéri par le traitement marin, sera pour l'avenir à l'abri de la tuberculose dans les villes insalubres. On sait, qu'améliorées au bord de la mer, les tuberculoses peuvent s'aggraver ou récidiver par le retour à la ville.

M. Thibierge fait remarquer que, dans l'interprétation des **effets du traitement marin sur les affections cutanées**, il faut tenir compte de deux éléments, l'influence du traitement marin sur la nutrition de l'organisme, d'une part, l'influence locale de ces divers agents sur la dermatose, d'autre part. Ces deux éléments peuvent agir dans le même sens ou dans des sens opposés, favorable pour l'un, défavorable pour l'autre.

Ainsi, dans les lupus, qui en raison de leur nature scrofulo-tuberculeuse sembleraient être une indication au traitement marin, les lésions locales sont toujours aggravées par le séjour sur les plages excitantes; dans les formes ulcéreuses et végétantes, les plages calmes ne donnent souvent même que des résultats défavorables.

L'impétigo des sujets lymphatiques peut guérir au bord de la mer, mais il est encore préférable de n'y envoyer les sujets qui en sont atteints qu'après avoir guéri la lésion par les moyens locaux appropriés.

Certains eczémas secs des sujets lymphatiques se trouvent bien du traitement marin; mais les eczémas suintants, irritables, le contre-indiquent.

Les lichens peuvent être aggravés par le séjour au bord de la mer, surtout sur les plages froides du nord.

L'urticaire n'est pas toujours aggravée par le séjour à la mer, mais les urticariens doivent être prévenus qu'ils peuvent y éprouver des poussées intenses.

L'acné rosée, le lupus érythémateux, les pigmentations du visage sont aggravés par le séjour à la mer, où la ventilation détermine des congestions faciales plus ou moins intenses.

Quelques communications intéressantes ont également été entendues par les membres du Congrès. Les médecins de Boulogne, ceux de Berck ont étudié le climat de leurs plages. Quelques spécialistes sont venus parler de l'influence du traitement marin sur les affections spéciales auxquelles ils se consacrent.

Le prochain Congrès se tiendra l'année prochaine à Ostende, entre le 15 août et le 7 septembre.

Deux questions sont à l'ordre du jour : Traitement de la phtisie pulmonaire au bord de la mer. — Technique du traitement marin.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. O. Guelliot.

Contribution au traitement chirurgical des péritonites généralisées.

Une étude complète des indications de la laparotomie dans les péritonites supposerait la connaissance préalable de la pathogénie et de l'anatomie pathologique des inflammations diverses qui peuvent atteindre la grande séreuse ; elle impliquerait surtout la notion suffisamment positive des signes permettant un diagnostic différentiel entre les nombreuses variétés de la maladie.

Mais bien des points sont encore obscurs ; on peut seulement espérer que la lumière se fera peu à peu et que la chirurgie y contribuera aussi largement qu'elle l'a fait pour d'autres affections, bien connues seulement depuis qu'elles sont justiciables du bistouri : l'appendicite, les salpingites par exemple.

En attendant, il est utile de réunir les faits, de les comparer et, à propos de leur discussion, de se poser ces questions pratiques : Quand faut-il agir? Dans quels cas l'opération a-t-elle chance de succès.

La douzaine d'observations que nous voulons résumer comprend des péritonites tuberculeuses, des péritonites génitales et puerpérales, des péritonites d'origine intestinale.

Nous laissons de côté les inflammations localisées : pelvi-péritonite, empyème sous-pleural, pérityphlite, etc., de même que nous ne tenons pas compte des péritonites à pneumocoques et à staphylocoques dont la symptomatologie n'est pas encore bien déterminée et dont nous n'avons pas d'exemples personnels.

I

On sait que c'est pour des péritonites *tuberculeuses* que, accidentellement d'abord, puis de propos délibéré, furent faites les premières laparotomies. Les succès sont ici nombreux, qu'il s'agisse de la forme ascitique ou de la forme adhésive.

En mai dernier, nous avons opéré une femme de quarante et un ans, entrée à l'Hôtel-Dieu dans le service de notre ami regretté, le docteur Moret, pour une péritonite chronique remontant à plusieurs mois. L'aspect de la malade était typique : maigreur et teinte jaunâtre de la peau avec un gros ventre, bombant au niveau de la ligne blanche ; l'appétit avait disparu, la diarrhée alternait avec la constipation. M. Moret fit le diagnostic de tuberculose péritonéale et retira par la ponction trois litres de liquide riche en matières albuminoïdes, principalement en sérine et en globuline ; trois semaines après, nouvelle ponction ne donnant que peu de liquide à cause du cloisonnement péritonéal. Entre temps, la malade fit une pleurésie gauche dont l'épanchement se résorba vite.

L'état général restant stationnaire, le poumon étant indemne, M. Moret me demanda de faire une laparotomie : nous trouvâmes l'abdomen cloisonné par de nombreuses adhérences, molles et faciles à détacher dans la moitié infé-

rieure, solides en haut et formant un véritable mur au-dessous du foie; un lavage entraîna les débris fragmentés. Bien que fausses-membranes et intestins fussent recouverts de granulations tuberculeuses, l'amélioration fut rapide. Un mois après, la malade se promenait, « mangeait comme deux »; il persistait seulement du ballonnement intestinal.

On remarquera dans cette observation la coïncidence d'une péritonite et d'une pleurésie; le fait est assez fréquent : Fernet y a insisté, et un de ses élèves, Lasserre, vient de faire une thèse sur cette forme de tuberculose.

Un autre cas du même genre est celui d'un homme de quarante-quatre ans, qui fut atteint, en avril 1893, de pleurésie gauche ayant nécessité trois ponctions, et, en novembre suivant, de péritonite tuberculeuse à forme sèche. Son médecin, notre ami le docteur Huguin (de Tourteron), nous amena le malade qui fut laparotomisé à notre Clinique le 9 février 1894. Tout le péritoine était farci de tubercules, variant du volume d'une tête d'épingle à celui d'un petit pois; les intestins étaient réunis en gâteaux par de solides adhérences dont quelques-unes seulement purent être rompues. Ce qui fut remarquable dans ce cas, c'est la diminution rapide de ces gâteaux épiploïques et intestinaux qui, huit jours après, n'avaient déjà plus que la moitié ou le tiers de leur volume primitif. Malgré quelques accidents qui nous firent craindre un moment une obstruction intestinale, l'amélioration s'est maintenue; et le docteur Huguin nous écrivait quatre mois après : « F... va aussi bien que possible; il va même travailler dans les villages voisins. »

Dans ces cas, il s'agit bien d'une tuberculose primitive de la séreuse, d'une tuberculose locale facile à reconnaître et tout à fait justiciable du traitement actif.

Les faits ne sont pas toujours aussi simples et l'hésitation est souvent permise.

Ainsi nous avons aidé notre ami le docteur Lévêque dans une laparotomie faite chez un enfant de quatorze ans, qui avait eu, à la suite de bains froids, d'exercices vélocipédiques, des douleurs dans la fosse iliaque droite avec empâtement : on aurait cru une typhlite. L'état général s'aggravant, le ventre se ballonnant et devenant douloureux, une incision fut faite latéralement : le cæcum était intact; mais des adhérences solides réunissaient l'intestin grêle à la paroi abdominale et à la vessie. A part un abcès tardif dans la cicatrice, les suites furent simples. Sans être très vigoureux, l'enfant a une santé satisfaisante : l'opération date de seize mois.

Chez ce malade, les signes étaient beaucoup plus ceux d'une affection intestinale que d'une péritonite; rien ne prouve, d'ailleurs, que la tuberculose n'ait pas touché le cœcum avant d'envahir la séreuse. Ce sont des faits analogues à ceux que nous retrouverons tout à l'heure à propos des péritonites d'origine franchement intestinale.

Autre exemple :

L'an dernier, M. le docteur Lévêque et moi avons laparotomisé, à notre clinique, une femme de trente-sept ans, que nous avait adressée M. le docteur Ravaud (de Witry). Mariée depuis dix-sept ans, cette femme avait eu un premier enfant quelque temps après, puis un second après un intervalle de douze ans. Dès ce moment, elle commença à souffrir, fut prise de douleurs dans le côté gauche et de diarrhée. L'ouverture du ventre a montré une tuberculose généralisée, avec nombreuses et fortes adhérences et confluence particulière des tubercules sur les annexes, qui furent enlevées. Après une amélioration considérable, cette femme fut reprise assez brusquement d'accidents diarrhéiques, et elle succomba trois mois après à une tuberculose intestinale probable : le lavage du ventre avait arrêté l'évolution de la tuberculose péritonéale; il n'avait pu malheureusement guérir la bacillose intestinale.

D'autres fois, l'origine de la maladie est bien nettement génitale. Nous avons montré cette année, à la Société médicale de Reims, de belles trompes tuberculeuses que nous avions enlevées, à la clinique, à une jeune fille de seize ans, qui en était à sa seconde poussée de péritonite. D'après les renseignements récents fournis par son médecin, M. le docteur Huguin, sa santé est actuellement bonne, bien qu'il se fasse par l'utérus un suintement sanguin qui est peut-être l'indice d'une tuberculose de la muqueuse utérine.

Cette jeune fille était atteinte d'une forme franchement ascitique : il y avait bien 4 à 5 litres de liquide citrin, sans fausses membranes; le péritoine pariétal était très épais et recouvert de milliers de granulations assez grosses, tandis que les tubercules étaient rares sur la séreuse intestinale. On sait maintenant (Bouilly, Bazy) que ces *ascites essentielles* des jeunes filles ne sont, le plus souvent, que des tuberculoses péritonéales.

Certes, dans des cas analogues, la ponction, suivie de lavage à l'eau boriquée ou au naphtol camphré (Rendu, Debove), a pu rendre des services.

D'une façon générale, nous préférons l'incision, non pas seulement par tempérament chirurgical, mais parce qu'elle est aussi simple et moins dangereuse. La ponction n'a de raison d'être que dans la forme ascitique et encore pour peu que le péritoine soit cloisonné partiellement, elle est inefficace, témoin la première des observations rapportées ci-dessus. Souvent on risque de blesser avec le trocart des organes adhérents, et une fois, malgré toute l'attention possible, notre bistouri a légèrement entamé l'intestin collé à la paroi; le trocart l'eût sûrement perforé.

Rien n'est si simple qu'une incision sous-ombilicale permettant l'introduction du doigt qui va reconnaître les lésions, détruire les adhérences molles et guider la canule dans tous les coins de l'abdomen.

II

Dans le groupe des péritonites *génitales*, nous trouvons des faits déjà plus complexes.

La blennorragie, aussi bien chez la femme que chez l'homme, peut toucher le péritoine. Heureusement l'inflammation péri-tubaire ou péri-vésiculaire reste souvent limitée. Cependant, chez l'homme surtout, la péritonite généralisée n'est pas absolument exceptionnelle. Aux faits déjà anciens de Guyot, de Ricord, de Peter et de Mittchell Henry, sont venus s'ajouter plus récemment les observations de Horovitz, de Challan de Belval, de Zeissl, de Petersen.

Bien que la preuve n'ait pas été faite dans le fait suivant, on peut, je pense, le ranger à côté de ceux que nous venons de citer :

En septembre 1892, entre à l'Hôtel-Dieu un jeune homme de quinze ans atteint d'une péritonite aiguë qui aurait débuté, cinq ou six jours auparavant, par une douleur brusque dans le ventre, sans troubles intestinaux préalables. Le ventre est très gros, tendu, douloureux, sonore

partout, sauf en bas et à droite ; le facies est grippé, les vomissements sont continus, et bien que le thermomètre ne monte qu'à 38°4, l'état du malade paraît désespéré. Immédatement, le ventre est ouvert : le tablier épiploïque est adhérent dans tout son pourtour et très vascularisé ; à droite, en dedans du cæcum, on trouve un foyer purulent qui fuse dans le petit bassin ; le tout est soigneusement lavé à l'eau salée et boriquée, et un drain est laissé dans le petit bassin. La nuit suivante, l'opéré a du délire, défait son pansement et arrache le drain cependant fixé à la peau par un crin de Florence. Le lendemain, la température a baissé, mais l'état général reste mauvais et le malade meurt avec du délire, quarante-huit heures après l'intervention. L'autopsie n'a pu être faite.

Nous avions pensé d'abord à une péritonite d'origine intestinale ; mais le début brusque n'était guère en faveur de cette opinion ; du reste, la laparotomie avait fait constaté l'intégrité du cæcum. Quelques jours après, M. le docteur Dupré, qui avait envoyé le malade à l'hôpital, nous apprenait qu'il était atteint d'une blennorragie aiguë et, pour lui, la relation de cause à effet entre l'inflammation uréthrale et celle du péritoine ne faisait pas de doute.

Les si fréquentes inflammations de l'appareil génital de la femme s'accompagnent souvent de poussées pelvi-péritonitiques que nous laissons de côté, puisque nous n'avons en vue que les péritonites généralisées. Il peut se faire que, sous une influence quelconque, l'infection gagne la séreuse tout entière, et que la laparotomie devienne une véritable opération d'urgence pour arrêter l'évolution de la maladie. Témoin un cas d'hématocèle rétro-utérine qui, sous l'influence de fatigues professionnelles, commença à suppurer en même temps que le péritoine réagit et que, avec l'aide de MM. les docteurs Moret et Lévêque, nous avons traité par le lavage du péritoine et l'incision vaginale (1).

Mais c'est surtout contre l'infection qui suit l'accouchement que le chirurgien peut être appelé à agir et à agir vite.

Lorsqu'elle est limitée à l'utérus, l'infection puerpérale est, avant tout, justiciable des lavages intra-utérins et du curetage ; lorsqu'elle affecte la forme phlébitique ou scepticémique, la chirurgie n'a rien à faire.

Parfois le streptocoque envahit spécialement le péritoine ; c'est la péritonite qui domine, les symptômes généraux eux-mêmes pouvant être assez effacés pour que la situation paraisse beaucoup moins grave qu'elle ne l'est en réalité.

Le résumé de deux de nos observations nous semble, à ce point de vue, assez instructif.

En février 1892, M. le docteur Dupré nous adresse une jeune femme accouchée depuis quatorze jours et un peu souffrante depuis le troisième jour. Le ventre est énorme et très douloureux ; les lochies sont purulentes. Cependant la malade ne vomit pas, le facies est bon et le thermomètre n'est qu'à 38 degrés le matin. Deux confrères qui voient cette malade avec nous pensent qu'il y a lieu de se contenter, pour le moment, d'un simple curetage suivi de lavages intra-utérins. Après cette intervention, la fièvre qui avait atteint 39°5 l'après-midi tombe à 37°5. Mais le lendemain, la langue est plus sèche ; après un violent frisson, le thermomètre monte à 40°6, le pouls est misérable. Séance tenante, nous pratiquons la laparotomie qui donne issue à du liquide louche. Le jour suivant, le thermomètre descend à 37 degrés, et la guérison n'est retardée que par deux abcès du sein consécutifs à une montée de lait qui s'est faite trois jours après la laparotomie.

(1) Guelliot et Moret. *Observation médico-chirurgicale*, 1892, p. 25.

Voici la contre-partie de cette observation :

Une femme de vingt-huit ans est prise de fièvre quatre jours après son second accouchement ; le ventre est ballonné, mais pendant plusieurs jours, l'état général est assez satisfaisant pour qu'on ne croie pas l'opération nécessaire. M. le docteur Moret, qui la suit de près, s'aperçoit que la température monte progressivement (39°4), que la malade s'affaisse, et le quatorzième jour, nous ouvrons le péritoine : il s'en écoule 1 litre de liquide séro-purulent, à odeur fétide ; la cavité est cloisonnée par de nombreuses fausses membranes blanchâtres ; elle est largement lavée et drainée. La malade meurt le lendemain ; l'opération avait été trop tardive.

Aussi conclurons-nous, comme nous l'avons déjà fait, que « dans ces péritonites puerpérales nettement localisées, le point important est d'intervenir vite et de ne pas se laisser leurrer par la bénignité apparente des symptômes réactionnels » (1). (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 28 juillet 1894, ont été nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. les docteurs Badal, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Blarez, professeur à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Bodin, professeur à l'École de médecine de Tours ; Caillol de Poncy, professeur à l'École de médecine de Marseille ; Deroye, directeur de l'École de médecine de Dijon ; Fleury, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Imbert, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Laguesse, professeur à l'École de médecine de Dijon ; Lemaître, professeur à l'École de médecine de Limoges ; Moynier de Villepoix, chef des travaux à l'École de médecine d'Amiens ; Raimbault, professeur à l'École de médecine d'Angers ; Schmit, professeur à la Faculté de médecine de Nancy ; Marc Sée, chirurgien du lycée Saint-Louis ; Tédenat, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier ; Tinel, professeur à l'École de médecine de Rouen ; Trabut, professeur à l'École de médecine d'Alger.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Belin, chef de clinique à la Faculté de médecine de Paris ; Bellamy, professeur à l'École de médecine de Rennes ; Bertin, chef e travaux à la Faculté de médecine de Montpellier ; Cayla (de Bergerac), Dargelos (d'Aix) ; Demoulin, chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Paris ; Ducamp, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Estor, agrégé, chargé de cours à la Faculté de médecine de Montpellier ; Gourret, suppléant à l'École de médecine de Marseille ; Haushalter, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Herpin, professeur à l'École de médecine de Tours ; Hervoët, professeur à l'École de médecine de Nantes ; Houradou (de Figeac) ; Lesgouillous (de Compiègne) ; Peugniez, professeur à l'École de médecine d'Amiens ; Prenant, agrégé près la Faculté de médecine de Nancy ; Régis, chargé de cours à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Rivière, agrégé à la Faculté de médecine de Bordeaux ; Salièges (d'Alger) ; Sandoz, préparateur à la Faculté de médecine de Paris ; Sigalas, agrégé près la Faculté de médecine de Bordeaux ; Sokeel (de Douai) ; Soulié, suppléant à l'École de médecine d'Alger.

(1) O. Guelliot et P. Levêque. *Indications et résultats du curettage de l'utérus*, 1893, p. 6.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soued.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, des médailles d'honneur ont été décernées aux personnes ci-après désignées, en récompense de leur dévouement au cours de diverses épidémies :

Médaille d'or. — M. le docteur Ferrand, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médaille d'argent. — M. le docteur Vilcocq, médecin de l'Hôtel-Dieu de Soissons; Mère Sainte-Lucie, religieuse à l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médailles de bronze. — Sœurs Sainte-Mélanie, Sainte-Philomène, Sainte-Claire, Saint-Charles, religieuses à l'Hôtel-Dieu de Soissons; Mmes Lecart, Godard, Mathon, Langlois, infirmières à l'Hôtel-Dieu de Soissons; Palaizy, infirmier à l'Hôtel-Dieu de Soissons.

Médaille de vermeil. — M. le docteur Froment, médecin des prisons d'Amiens.

— *Marine.* — A dater du 6 août 1894, le ministre de la Marine a fait connaître, qu'après avis conforme du Conseil supérieur de santé, il a rendu applicable aux troupes de la marine l'Instruction du 13 mars 1894 élaborée par le ministère de la Guerre sur l'aptitude physique au service militaire.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Henri Couturier, sénateur de l'Isère.

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Cinquième excursion au château et dans la forêt de Fontainebleau (dimanche 26 août 1894).* — Train spécial d'excursion à marche rapide et à prix réduits : départ de Paris, 8 h. 5 matin; arrivée à Fontainebleau, 9 h. 15 matin. — Départ de Fontainebleau, 10 h. 24 soir; arrivée à Paris, 11 h. 35 soir.

D'accord avec la Cie P.-L.-M., la Société des voyages économiques fait émettre jusqu'au 24 août 1894 inclusivement des billets d'excursion combinés, donnant droit : 1° au transport en chemin de fer de Paris à Fontainebleau et retour; 2° au transport en voiture de la gare de Fontainebleau au château et réciproquement, au retour, des hôtels de Fontainebleau à la gare; 3° à une promenade également en voiture, comprenant dans son itinéraire les sites les plus intéressants de la forêt; 4° à un déjeuner à la fourchette et à un dîner à table d'hôte servis dans les principaux hôtels de Fontainebleau.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, 18 fr.; 2e classe, 16 fr.; 3e classe, 15 fr.

Le nombre des places est limité.

Les billets (coupons de chemin de fer, de voiture et de repas) sont délivrés dans les bureaux de la Société des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales de la compagnie désignés ci-après : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Étienne-Marcel, 18, et au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

CORPS DE SANTÉ MILITAIRE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats admis à subir la première partie des épreuves orales du concours d'admission à l'École du service de santé militaire de Lyon.

MM. Anthony, Aucouturier, Aymard, Baget, Bargy, Beaujeu, Beck, Bernard, Besse, Billon, Blain, Blan, Blary, Bodin, Bonhomme, Boppe, Boullier, Bourdette, Bourgeois, Brunel, Brunier, Busy, Cabaniols, Caillon, Canel, Carrière, Carrive, Cassé-Barthe, Chambon, Chanfreau, Chassin, Chavet, Clerc (Georges), Clerc (Julien), Coche, Coliez, Combe, Cousergue, Curie, Daireaux, Dauthuile, Demilly, Denaclara, Desbertrand, Desse, Deyrolle, Donier, Doumeng, Doumenjou, Drevet, Duchêne-Marullaz, Duchesne, Ducos, Dupuy, Duret, Espérandieu, Etcheverry, Etterlen, Fabre, Ferrand, Feuillade, Fischer, Fournereaux, Fournier, Gaume, Gauthier, Gavard, George, Gillot, Godry, Graves, Grysez, Guetschel, Guibert, Hervoit, Heusch, Houdart, Humbert, Imbert, Jeulain, Job, Jourdan, Lacoste, Lafforgue, Lambroschini, Lannou, Lapporte, Le Couédic, Lenourichel, Long, Magnerand, Mahieu, Martin, Mazellier, Mazière, Melliès, Ménard, Metzquer, Molard, Morel, Natalli, Neumann, Nicolini, Ouin, Oulié, Oullier, Pascal, Pelegrin, Peltier, Quillon, Rabalant, Raoult-Deslongchamps, Rauzy, Regnault, Rivet, Robert, Rothamel, Roucaché, Rousset, Roy, Sagols, Saint-Martin, Salvador, Sandras, Schotte, Senat, Simonot, Siot, Spire, Tartavez, Thomas, Thouzellier, Trille Vergne, Viallet, Vidal, Vincent, Viry, Würtz, Zerlant.

Les candidats auront à se rendre, à la date fixée pour les épreuves orales, dans la ville qu'ils ont choisie au moment de leur inscription.

REVUE GÉNÉRALE

Emploi thérapeutique du corps thyroïde.

Par H. Lebon,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

Physiologie du corps thyroïde. Pathogénie du myxœdème. — En 1873, W. Gull décrivit une affection spéciale survenant chez la femme, à l'âge adulte, et caractérisée par un œdème dur, de la parésie musculaire et un affaiblissement très marqué de l'intelligence. Ord, en 1878, publia deux nouvelles observations de cette maladie, à laquelle il donna le nom de myxœdème. Mais ce ne fut qu'en 1888, c'est-à-dire après les travaux de M. Reverdin, qu'on admit que les troubles observés dépendaient d'une altération du corps thyroïde.

Au mois de septembre 1882, J.-L. Reverdin signala, en effet, pour la première fois, à la Société médicale de Genève, l'apparition fréquente de phénomènes morbides particuliers après l'ablation du corps thyroïde chez l'homme. L'année suivante, Kocher (de Berne) ayant examiné 24 goîtreux opérés par lui, en trouva 18 qui présentaient les phénomènes décrits par M. Reverdin. Kocher désigna cette nouvelle affection sous le nom de *cachexie strumiprive*. M. Reverdin l'avait appelée *myxœdème post-opératoire* et l'avait rapprochée de la maladie décrite par Gull.

Les nombreuses observations de myxœdème et de cachexie strumiprive, publiées depuis cette époque, attirèrent l'attention des physiologistes sur le corps thyroïde dont les fonctions étaient alors très peu connues.

Cette glande était souvent, avec le thymus et la rate, considérée comme une glande vasculaire sanguine.

Parmi les fonctions qui lui étaient alors assignées, la plus vraisemblable et la plus généralement admise était celle qui lui attribuait le rôle de régulateur vis-à-vis de la circulation sanguine du cerveau.

Martyn, Merkel admettaient que le corps thyroïde intervient accessoirement dans la phonation.

Pour Heidenhain, Grützner, le corps thyroïde était un organe respiratoire pouvant suppléer à l'insuffisance de fonctionnement du poumon.

Les autres fonctions attribuées à cette glande peuvent être classées de la façon suivante :

Le corps thyroïde joue en partie le rôle d'une glande hématopoiétique, en partie celui d'une glande ordinaire.

Le corps thyroïde constitue le point médian du système capillaire.

Le corps thyroïde joue simplement le rôle d'un coussin élastique séparant les différents organes de la région antéro-latérale du cou.

Quelques expériences avaient bien été faites, mais sans résultats.

Astley Cooper (1), von Rapp, Bardeleben (2), Hégar et Simon (3), ayant extirpé le corps thyroïde, ne constatèrent aucun phénomène morbide chez les animaux opérés.

En 1884, parut le mémoire de Zezas (4) qui, ayant pratiqué la thyroïdectomie sur des chiens, constata que tous ses animaux succombaient au bout d'une quinzaine de jours.

(1) A. Cooper. *Guy's Hosp. Rep.*, 1836.

(2) Bardeleben. *Dissert. inaug.*, Berlin 1841.

(3) Hegar et Simon. *Die Extirpation der Milz am Menschen*, Giessen 1857.

(4) Zezas. *Arch. f. Klin. Chir.*

La même année, Schiff qui, dès 1856, s'était occupé déjà de la physiologie du corps thyroïde, publie le résultat de ses nouvelles recherches (1). La thyroïdectomie totale est toujours mortelle chez le chien et chez le chat, tandis qu'elle est bien supportée par les lapins, les rats, les cobayes. Sur 60 chiens opérés, 1 seul survécut. Tous les autres moururent du quatrième au vingt-huitième jour. De deux à cinq jours après l'opération, ils devenaient paresseux, lents, maladroits dans tous leurs mouvements; on constatait chez eux du tremblement, des secousses musculaires, de la dyspnée, des convulsions cloniques et tétaniques.

Dans un second mémoire paru la même année, Schiff insiste de nouveau sur ce fait que la thyroïdectomie, toujours mortelle chez les carnivores, est inoffensive pour les rats et les lapins. L'ablation successive des deux corps thyroïdes est, au contraire, bien supportée par les chiens, pourvu qu'on laisse au moins dix jours entre les deux opérations. La thyroïdectomie n'offre également aucun danger, si on a soin de greffer d'abord dans la cavité péritonéale un autre corps thyroïde provenant de la même espèce animale. L'opération doit être pratiquée peu de temps après le moment où on a fait la greffe, c'est-à-dire avant que l'absorption de cette greffe soit complète. Disons immédiatement que, contrairement à l'opinion de Schiff, la thyroïdectomie totale est toujours mortelle, qu'elle soit faite en une ou deux fois.

Sanquirico et Canalis (2), répétant les expériences de Schiff, reconnaissent comme lui que l'ablation du corps thyroïde chez les chiens est fatalement mortelle, et ils ajoutent que la rate n'a aucun rapport physiologique avec cette glande, fait qui avait été constaté déjà par Bardeleben. Schiff était arrivé de son côté à cette conclusion que ce n'était ni dans le thymus, ni dans les capsules surrénales qu'il fallait chercher une action compensatrice après la suppression de la glande thyroïdienne.

L'importance du corps thyroïde n'est cependant pas encore démontrée pour tous les physiologistes.

A. Tauber (3) prétend que cette glande manque souvent chez les animaux domestiques et Kauffmann (4) affirme que les chiens résistent bien à la thyroïdectomie complète qu'il a pratiquée quatre fois.

Mais les résultats obtenus par Schiff sont confirmés par les expériences de Colzi (5), de Wagner (6), qui montrent que l'extirpation d'une partie seulement de la glande peut être suivie de l'hypertrophie de la partie laissée en place et par celles d'Albertoni et Tizzoni (7). Ces derniers expérimentateurs observent après l'opération des accidents convulsifs, de l'anesthésie, de la dyspnée, et enfin de l'albuminurie. Ils expliquent tous ces phénomènes par l'état du

(1) Schiff. *Rev. méd. de la Suisse romande*, février-août 1884.

(2) Sanquirico et Canalis. *Arch. ital. de biol.*, 1884, t. V, fasc. III, p. 360.

(3) A. Tauber. Zur Frage nach der physiologischen Beziehung der Schilddrüse zur Milz, *Arch. f. path. clin. u. Phys.*, 1884, p. 23.

(4) C. Kauffmann. Die Cachexia strumipriva, *Arch. f. experim. Pathol.*, 1884; — *Corresp. Blatt. f. Schw. A.*, août 1885.

(5) Colzi. *Lo Sperimentale*, juillet 1884.

(6) Wagner. *Wien. Med. Blatt.*, 1884.

(7) Albertoni et Tizzoni. Ueber die Folgen der Schilddrüse, *Centralbl. f. die Med. Wiss.*, 14 juin 1885; — *Arch. per le Sc. Med.*, t. X, n° 2.

sang, le sang artériel ne renfermant pas plus d'oxygène que le sang veineux. Ce manque d'oxygène ne provient pas de troubles mécaniques, car il se produit même lorsqu'on pratique la trachéotomie.

Chez le lapin qui supporte bien l'extirpation complète du corps thyroïde, la composition du sang ne varie pas après l'opération (1).

C'est en 1885 que Horsley (2) fit connaître le résultat de ses intéressantes expériences sur le singe. Ayant pratiqué avec le plus grand soin l'extirpation de la glande thyroïde, Horsley constata que chez tous ses opérés le tissu conjonctif subissait une dégénérescence mucoïde. Les animaux devenaient bouffis, mais le gonflement élastique qui se produisait ne ressemblait nullement à l'œdème ordinaire. Tous les tissus renfermaient plus de mucine qu'à l'état normal, ainsi que Ord l'avait déjà constaté chez ses malades, ce qui lui avait même fait donner à cette nouvelle maladie le nom de myxœdème. Les animaux devenus complètement idiots moururent au bout de deux ou trois mois, après avoir présenté des symptômes se rapprochant beaucoup de ceux qu'on observe chez l'homme dans la cachexie strumiprive.

Rogowitsch (3), ayant pratiqué l'examen histologique du système nerveux chez des chiens morts à la suite de la thyroïdectomie, prétendit que la mort est due à une encéphalomyélite parenchymateuse sub-aiguë et admit que la fonction de la glande thyroïde consistait à détruire ou à neutraliser certains produits de la dénutrition. En s'accumulant dans le sang, après la suppression du corps thyroïde, ces produits exerceraient une action toxique sur les éléments du système nerveux. L'hypophyse, d'après lui, jouerait peut-être un rôle analogue à celui du corps thyroïde, car il a pu constater que, dans tous les cas, elle était infiltrée, hyperhémiée et hypertrophiée. Les cellules nerveuses présentaient des modifications pathologiques très prononcées, analogues à celles qui ont été décrites dans l'empoisonnement phosphoré.

Lœwenthal (4), qui a fait l'examen histologique d'un des chiens de Herzen (5), a constaté dans l'écorce grise, au niveau de la zone motrice, l'atrophie des grandes cellules pyramidales.

La présence du corps thyroïde est donc dès cette époque démontrée nécessaire, d'une façon certaine, à l'entretien de la vie chez les animaux.

Munk (6) prétend, il est vrai, que les accidents observés chez les animaux éthyroïdés proviennent toujours de quelque complication et de suppuration de la plaie, mais tous les autres physiologistes arrivent aux mêmes conclusions que Schiff, sauf cependant N. Arthaud et L. Magon qui essayent encore d'expliquer les accidents mortels par la lésion des nerfs voisins et spécialement du pneumogastrique (7).

Les chiens ont presque toujours été choisis pour répéter les expériences de Schiff. Ce sont encore eux qui servent de

(1) G. Tizzoni. *Arch. ital. de biol.*, t. VII, fasc. II, p. 198.
(2) V. Horsley. *Brit. Med. Journ.*, 1885; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 26 déc. 1885.
(3) Rogowitsch. Zur Physiologie der Schilddrüse, *Centralbl. f. die Med. Wiss.*, 1886; — *Arch. de physiol.*, 1888.
(4) Lœwenthal. *Semaine méd.*, 1887, p. 97.
(5) Herzen. *Semaine méd.*, 1886, p. 313-354.
(6) H. Munk. Vertersuchungen über die Schilddrüse, *Sitzbd. Kgl pr. Akad.*, 20 octobre 1887; — *Centralbl. f. die Med. Wiss.*, 1888, n° 7.
(7) Arthaud et Magon. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1891.

sujets à Weill (1), à A. Carle (2), à Hans von Wyss (3), à Fuhr.

Wagner cependant avait fait un certain nombre d'opérations sur des chats, parce qu'on avait découvert chez les chiens des glandes thyroïdes accessoires situées près de l'origine de l'aorte, entre les deux muscles génio-hyoïdiens et avait été imité par quelques physiologistes. Von Eiselsberg avait même montré que, lorsque chez ce dernier animal, on pratique la ligature de la totalité du corps thyroïde, on détermine les mêmes accidents que lorsqu'on fait l'extirpation complète (4).

Un certain nombre d'animaux paraissaient cependant réfractaires à l'ablation de la glande thyroïde : lapin, agneau, chèvre, rat.

L'extirpation pratiquée sur le pigeon par Ewald (5) et par Ollara sur le poulet n'avait été suivie également d'aucun trouble.

Ainsi, contrairement aux carnivores, chiens, chats, renards (Sanquirico et Orecchia), les herbivores paraissaient supporter parfaitement bien la thyroïdectomie, ce qu'on avait essayé d'expliquer par leur mode d'alimentation.

Gley (6) montre alors que les lapins éthyroïdés présentent les mêmes accidents que les chiens et succombent toujours au bout d'un temps plus ou moins long. Mais, chez les lapins, il existe une glandule thyroïdienne accessoire qu'il faut rechercher et enlever. C'est elle qui, laissée en place, s'hypertrophie et empêche l'apparition des phénomènes morbides.

L'existence de ces glandes thyroïdiennes accessoires avait été signalée déjà sur le cheval, le chat, le lapin par Sandstrom. Elles sont connues chez l'homme depuis longtemps et ont été étudiées de nouveau, récemment, par MM. Chantemesse et Marie.

Christiani (7) a signalé des organes analogues chez le rat, la souris, le campagnol. Le fait de l'existence des glandes parathyroïdiennes devient donc très général. Ces glandes offrent toujours une structure analogue à celle de la glande thyroïdienne embryonnaire. Elles ne diffèrent que par leur siège, les unes étant très éloignées de la glande principale et ne pouvant être enlevées pendant la thyroïdectomie, les autres, au contraire, se trouvant sur les bords du corps thyroïde. Chez le rat, par exemple, ces glandules sont complètement enchassées dans la glande principale, mais elles ne sont pas fusionnées avec elle, conservent leur structure propre et en sont séparées par une couche de tissu conjonctif lâche. Chez ce dernier animal, comme chez tous les autres, la thyroïdectomie est toujours mortelle lorsqu'elle est complète, contrairement à l'opinion de Schiff.

Jusqu'ici les expériences n'avaient été faites que sur des mammifères, lorsque Christiani, enlevant le corps thyroïde à des lézards, constata que les animaux opérés succombaient beaucoup plus vite que des lézards témoins, même lorsqu'on faisait subir à ces derniers des opérations

(1) Weill. *Prag. Med. Wochens.*, 1889.
(2) A. Carle. Uber die Extirpation der Schilddrüse, *Centralbl. f. Phys.*, 1888.
(3) Hans von Wyss. Ueber die Bedentung der Schilddrüse, *Corresp. Blatt. f. Schw. A.*, 15 mars 1889.
(4) Von Eiselsberg. Tetanie im Auschlun an Krofexstirpation, *Berlin. Klin. Wochens.*, oct. 1889.
(5) R. Ewald et J. Rockwell. *Arch. f. die Geram. Phys.*, 1889.
(6) Gley. *Arch. de physiol.*, 1892.
(7) Christiani. *Arch. de physiol.*, 1893.

graves, mais qui n'intéressaient pas la glande thyroïdienne (1). Nicolas (2), Gley et Phisalix sont arrivés au même résultat (3).

L'importance du corps thyroïde est donc un fait aujourd'hui bien démontré. Son extirpation est toujours et fatalement mortelle. Chez les animaux qui ne succombent pas à l'opération, on trouve, lorsqu'on les sacrifie, une glande accessoire ou une petite partie de la glande principale qui, restée en place, s'est hypertrophiée et a empêché l'apparition des accidents.

Peut-être la mort est-elle le fait de l'action d'une substance toxique sur les centres nerveux, car les altérations de ces centres, déjà signalées par Rogowitsch, Lœwenthal, Langhans, Lupo, Kopp, ont été retrouvées par Capobianco (4) et de Quervain (5). Dans deux cas, où la mort était survenue tardivement, G. Pisenti a trouvé dans la moelle une cavité syringomyélique (6).

La thyroïdectomie détermine chez les animaux des accidents de nature convulsive. Ces accidents sont rares chez l'homme, mais peuvent exister. M. Reverdin, Weiss, Billroth, Schœnborn, Mikulicz ont signalé des accidents tétaniques après l'extirpation du goître. Chez l'homme, on observe surtout des troubles trophiques, car la fonction thyroïdienne, dans la majorité des cas, n'est que lentement supprimée. Lorsque la mort n'arrive chez les animaux qu'au bout d'un temps assez long, on voit survenir des troubles trophiques qui rappellent le myxœdème. C'est ce qui a été observé par Horsley sur les singes, par Gley (7), Tizzoni et Centanni (8) sur les chiens.

II

Greffe du corps thyroide chez l'homme. — La pathogénie du myxœdème étant bien déterminée, Horsley proposa de transporter dans le tissu sous-cutané ou sous-péritonéal, des malades atteints de cette affection, un fragment du corps thyroïde de singe ou de mouton (9). Jusqu'à cette époque, le jaborandi était le seul médicament qui paraissait amener quelque amélioration chez les myxœdémateux.

En mars 1890, M. le docteur Lannelongue ayant trouvé dans le service de M. le docteur Legroux, à l'hôpital Trousseau, une jeune fille de quatorze ans répondant exactement au type de l'idiotie crétinoïde de Bourneville, plaça dans une loge sous-cutanée, au-dessous du sein droit, les deux tiers environ du lobe gauche d'un corps thyroïde de mouton (10).

Bircher (11), le 16 janvier 1889, avait déjà greffé dans le péritoine d'une femme atteinte de myxœdème une portion de corps thyroïde, normal en apparence, et provenant d'un goitre. Les symptômes s'atténuèrent rapidement à la suite

(1) Christiani. *C. R. de la Soc. de biol.*, 1891.
(2) Nicolas. Eod. loco.
(3) Gley et Phisalix. Eod. loco.
(4) Capobianco. Sulle fine alterazioni del centri nervosi er delle radici spinali in regrito alle thyroïdectomie, *Riforma med.*, 1893.
(5) De Quervain. *Arch. f. Pathol. Anat. u. Phys.*
(6) G. Pisenti. *Di una lesiono del sistema nervose centrale regli animalichirourt*, Pérouse 1893.
(7) Gley. *Arch. de physiol.*, janv. 1892.
(8) Tizzoni et Centanni. Sugli effeti remati della thyroïdectoma nel cane, *Arch. per le sc. med.*, 1890.
(9) Horsley. *Brit. Med. Journ.*, févr. 1890, p. 287.
(10) Legroux et Lannelongue. Soc. de biol., 8 mars 1890.
(11) Bircher (cité par Horsley). *Brit. Med. Journ.*, 26 juin 1890.

de l'opération, mais reparurent bientôt après. Une seconde transplantation fut faite, la malade recouvra une amélioration marquée pendant plusieurs mois.

Kocher (de Berne) tenta, mais sans grand succès, la greffe thyroïdienne chez deux de ses malades.

Au Congrès de Limoges, en août 1890, Bettencourt et Serrano (1) communiquèrent l'observation d'une femme de trente-six ans, traitée par la greffe hypodermique du corps thyroïde du mouton. L'amélioration fut immédiate; augmentation considérable du nombre des globules rouges, disparition de l'embarras de la parole, amaigrissement, disparition des métrorragies.

Le docteur Merklen ayant eu, la même année, à soigner dans son service une femme atteinte de myxœdème depuis dix ans, pensa à la greffe thyroïdienne. Le docteur Walther introduisit dans la région sous-mammaire droite un des lobes d'une glande thyroïde de mouton. L'opération fut pratiquée avec une antisepsie parfaite, mais sans le secours des antiseptiques. La réunion de la plaie se fit par première intention. La situation de la malade fut notablement améliorée par cette opération; l'apathie, l'impotence des membres, la lenteur de la parole s'atténuèrent, le nombre des globules rouges s'éleva de 2235100 à 3103100. La quantité d'urine par vingt-quatre heures, qui était de 2 à 4 grammes, est montée à 5 grammes, les métrorragies pour lesquelles la malade était entrée à l'hôpital disparurent complètement (2).

Dans un cas de myxœdème, Harris et Wright greffèrent sous chaque sein la moitié du corps thyroïde pris sur un jeune singe. L'amélioration immédiate remarquable qui se produisit fut rapidement suivie de la réapparition des symptômes morbides (3).

Chez une femme de trente-neuf ans, Macpherson (4) greffa dans la région mammaire le lobe droit d'un corps thyroïde de mouton. Au bout de deux heures déjà, l'état mental de la malade s'était amélioré. La peau devint mince et souple, l'état d'anémie profond dans lequel se trouvait cette femme diminua, les maux de tête très pénibles disparurent, la menstruation arriva régulièrement tous les mois.

Gibson (5), s'étant trouvé en présence d'une jeune malade de six ans, greffa une première fois les deux lobes d'un corps thyroïde de mouton, sous le grand pectoral. L'opération ayant eu lieu le 20 juillet, on constata dès le lendemain une amélioration de l'état mental. L'œdème diminua, la peau perdit son aspect vernissé, et ce ne fut qu'au mois de mai 1892 que reparurent quelques signes de myxœdème. On pratiqua alors une seconde greffe, un des lobes thyroïdiens fut introduit dans la cavité abdominale et l'autre fut fixé à la paroi. Grâce à cette nouvelle opération, on vit peu à peu disparaître tous les symptômes morbides.

Dans toutes les observations de myxœdémateux traités par la greffe thyroïdienne, on voit mentionné ce fait, que l'opération a été presque immédiatement suivie d'amélioration. Un autre fait, malheureusement certain, est que la greffe ne guérit pas le myxœdème, et que l'amélioration n'est que passagère.

(1) Bettencourt et Serrano. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., Congr. de Limoges, août 1890.
(2) Merklen et Walther. Soc. méd. des hôpit., 14 nov. 1890.
(3) Harris et Wright. *The Lancet*, 1892.
(4) J. Macpherson. The function of the thyroïd gland with observation on a case of thyroïd grafting, *Edinb. Med. Journ.*, mai 1892, p. 1021.
(5) Gibson. *Brit. Med. Journ.*, 14 janv. 1893.

Il est probable que la disparition rapide de quelques symptômes doit être attribuée à la simple absorption par les tissus du suc de la glande thyroïde introduite sous la peau ou dans le péritoine. Évidemment, il n'est pas impossible que la glande thyroïde se vascularise et procure une guérison complète et définitive, mais ce fait est exceptionnel. Peu à peu la glande greffée est résorbée et disparaît entièrement. L'organisme des sujets atteints de myxœdème ne présente pas une grande vitalité et la greffe qui réussirait chez un homme bien portant échoue chez ces malades.

III

Extrait de suc thyroïdien, en injections hypodermiques et a l'intérieur. — Le peu de durée de l'amélioration après la greffe a conduit à abandonner ce mode de traitement. Les médecins qui l'ont employé dans ces derniers temps ont eu recours également aux injections d'extrait thyroïdien ou à l'alimentation thyroïdienne. M. Jules Voisin a présenté cette année à la Société médicale des hôpitaux, une idiote myxœdémateuse à laquelle il fit en juillet 1893 une greffe thyroïdienne sous-cutanée. Cette greffe produisit une amélioration du côté de la peau (1). Ayant alors donné, au mois de février, des morceaux de thyroïde frais mélangés avec de la confiture à sa jeune malade, il put constater très rapidement de l'accélération du pouls, de la congestion de tout le système cutané, une diminution notable du myxœdème, et enfin de l'excitation cérébrale.

Pisenti (2) paraît avoir eu le premier l'idée de suppléer la fonction thyroïdienne par des injections sous-cutanées et intra-veineuses de suc thyroïdien.

Peu après, parut le mémoire de Vassale (3) qui, ayant fait des injections intra-veineuses de suc thyroïdien à huit chiens thyroïdectomisés, constata une diminution très marquée des accidents chez trois d'entre eux; trois autres ne présentèrent aucun trouble. Von Eiselsberg avait déjà fait sur un chat éthyroïdé des injections sous-cutanées d'extrait thyroïdien, mais sans succès.

Gley (4) de son côté, avait entrepris sur ce sujet des expériences dont il publia le résultat en avril 1891. Il avait reconnu qu'une injection intra-veineuse de suc thyroïdien suffit pour faire disparaître chez des chiens des accidents datant déjà de vingt-quatre heures : marche titubante, contractions violentes de tous les muscles, polypnée, etc.

On était donc autorisé à tenter de faire, chez les sujets atteints de myxœdème, des injections de suc thyroïdien, et cela malgré l'opinion de Munck (5) et de R. Schawrz (6), qui prétendaient n'avoir jamais constaté chez les animaux d'amélioration sensible par les injections de corps thyroïde.

M. le professeur Bouchard paraît avoir eu le premier l'idée d'employer chez l'homme l'injection de liquide thyroïdien comme traitement du myxœdème, mais il ne put mettre cette idée à exécution (7).

En juin 1891, Gley fit des injections de liquide thyroïdien sur deux malades du service de M. le docteur Magnan, à Sainte-Anne, et sur une malade de M. le docteur Lannelongue, à l'hôpital Trousseau (1).

La première observation de myxœdème traité et guéri par les injections thyroïdiennes, est due à Murray.

Le docteur Murray obtenait son extrait de la façon suivante : On enlève la glande thyroïde d'un mouton qu'on vient d'abattre ; chaque lobe est broyé et pilé au mortier. A chaque lobe, on ajoute 1 centimètre cube de glycérine et 1 centimètre cube d'une solution à 1 p. 100 d'acide phénique dans de l'eau bouillie. On laisse reposer douze heures, puis on comprime dans un linge sous la presse, afin d'extraire le plus de liquide possible. On stérilise tous les appareils avec de l'eau bouillie additionnée d'acide phénique à 1 p. 20. On injecte très lentement sous la peau 1 centimètre cube environ de l'extrait.

M. d'Arsonval conseille, pour obtenir les extraits d'organes concentrés d'employer la technique suivante (1).

L'organe, le corps thyroïde dans ce cas, enlevé à l'animal à l'abattoir est, à l'arrivée au laboratoire, lavé à la liqueur de Van Swieten, puis sous un filet d'eau récemment bouillie et enfin divisé en lamelles minces. Ces rondelles sont placées dans un cristallisoir et l'on verse dessus de la glycérine neutre marquant 30 degrés à l'aréomètre. Il faut employer un litre de glycérine pour 1 kilogramme d'organe.

On laisse macérer vingt-quatre heures dans un endroit frais, en ayant soin de retourner de temps à autre les rondelles dans le liquide. Après vingt-quatre heures de macération, on ajoute 500 centimètres cubes d'eau bouille contenant 50 grammes de sel marin par litre. Agiter et laisser macérer encore une demi-heure.

Le liquide ainsi obtenu est filtré au papier Laurent n° 8, puis stérilisé, soit au moyen du stérilisateur-filtre, soit à l'autoclave à acide carbonique.

La filtration sur porcelaine en effet, dans beaucoup de cas, n'est pas nécessaire et a l'inconvénient de retenir certaines matières colloïdes (2).

Un troisième procédé, inférieur aux précédents, mais d'un maniement beaucoup plus simple, nécessitant une installation peu coûteuse et à la portée de tous les praticiens, consiste à filtrer le liquide sur une bougie d'alumine sans avoir recours à l'acide carbonique, en faisant le vide au moyen de la pompe de l'aspirateur Potain, dans un vase dans le goulot duquel la bougie est fixée. Dans l'intérieur de cette bougie on verse le liquide au moyen d'un entonnoir. On peut se servir d'un appareil plus simple encore et qui se compose d'un simple ballon de verre recevant la bougie filtrante à sa partie supérieure. Le vide nécessaire pour que la filtration ait lieu est fait dans le ballon de la manière suivante : on verse dans le ballon une cuillerée d'eau, on pose la bougie sans boucher et on porte l'ébullition. Quand la vapeur d'eau a chassé l'air, on bouche hermétiquement avec la bougie. La vapeur se condense, le vide se fait et l'appareil est prêt pour filtrer. On n'a qu'à verser le liquide dans l'entonnoir (4).

La quantité de liquide abandonné par l'organe est tou-

(1) J. Voisin. Soc. méd. des hôpit., 16 mars 1894.
(2) Pisenti. Otti e Rendiconti della Academia medico-chirurgica de Perugia, 2 mars 1890.
(3) G. Vassale. *Riv. sperim. di freniatria e di med. legale*, vol. XVI, p. 439.
(4) Gley. Soc. de biol., 18 avril 1891. — *Arch. de physiol.*, 1892.
(5) Munck. *Arch. f. Physiol.*, avril 1892.
(6) R. Schawrz. *Lo Sperimentale*, fév. 1892.
(7) Bouchard. Assoc. franç. pour l'avanc. des sc., 1892.

(1) Gley. *Arch. de physiol.*, 1892, p. 747.
(2) D'Arsonval. *Arch. de physiol.*, 1893.
(3) On trouve dans le commerce du liquide stérilisé au moyen du filtre et de l'autoclave.
(4) Brown-Séquard et d'Arsonval. *Arch. de physiol.*, 1892.

jours assez considérable. Par l'adjonction d'eau salée, on ramène le titre de la glycérine à 15 degrés Beaumé.

Le liquide ainsi préparé peut se conserver pendant plusieurs mois dans des flacons bouchés au liège, si les précautions ont été bien prises et les flacons bien rincés à l'eau bouillante, ainsi que les bouchons.

Au lieu d'employer l'extrait thyroïdien en injections sous-cutanées, on peut encore l'administrer par la bouche. Le docteur Crary conseille de se servir d'un extrait préparé avec 24 parties de tissu glandulaire pour une partie de glycérine. Ce mélange doit être conservé à l'abri de la lumière et de la chaleur, et peut se garder sans altération pendant des mois. La dose pour un adulte est de v à xv gouttes, trois fois par jour. A un enfant on donne I goutte trois fois par jour; on peut aller jusqu'à VI gouttes.

Murray conseille, après avoir coupé les lobes thyroïdiens, de les faire macérer dans la glycérine à parties égales.

Buys (1) a eu recours à un extrait préparé en faisant macérer pendant vingt-quatre heures des glandes thyroïdes coupées en morceaux dans la glycérine neutre (150 grammes de glycérine pour 10 lobes). La dose journalière fut de 15 centimètres cubes que le malade prenait dans du café.

Vermehren se sert d'une préparation faite de la façon suivante: Les glandes nettoyées sont placées pendant vingt-quatre heures dans une quantité double de glycérine. Après des filtrations répétées sur du coton, elles sont traitées par l'alcool absolu. On obtient ainsi un résidu gris jaunâtre (thyroïdine) qu'on donne sous forme de pilules. Il convient de ne donner que 5 centigrammes de thyroïdine par jour.

Tikhonoff (2) a traité avec succès des malades au moyen d'une poudre obtenue de la façon suivante. On fait macérer une glande de mouton ou de chèvre dans une solution de glycérine et d'eau à parties égales. On filtre et on ajoute de l'acide phosphorique qu'on neutralise avec de l'hydrate de calcium jusqu'à réaction alcaline; décanter rapidement et laver le précipité à l'eau; sécher sans chauffer. Dix centigrammes de la poudre ainsi obtenue correspondent à un tiers de glande de mouton.

IV

INGESTION DE CORPS THYROÏDES EN NATURE. — Dès le mois de mars 1892, le docteur Howitz (de Copenhague) eut l'idée de donner à une femme atteinte de myxœdème, les glandules thyroïdiennes du veau, hachées et préparées de différentes façons avec l'eau ayant servi à leur cuisson (3).

En général, la glande est donnée crue, soit hachée et roulée en boulettes, soit dans du bouillon froid, des confitures, du pain azyme, ou encore en tranches minces saupoudrées de sel, ou enfin entre deux tranches de pain.

Le docteur Fox (de Plymouth) rapporte qu'il a obtenu des succès en donnant à ses malades des glandes thyroïdiennes légèrement frites.

Ajoutons qu'on trouve chez les pharmaciens, en Angleterre, des tablettes de thyroïdine. Ces tablettes avec lesquelles on obtiendrait de très bons résultats seraient prises par les malades avec moins de répugnance que le corps thyroïde cru.

Le principe actif, encore inconnu qui se trouve dans la glande thyroïde, n'est donc pas modifié par les sucs de l'estomac. Une légère cuisson ne paraît pas l'altérer.

L'alimentation thyroïdienne a sur la médication hypodermique quelques avantages. Il est plus facile, en effet, de se procurer des glandes thyroïdiennes fraîches que de l'extrait thyroïdien, et il est toujours assez délicat de préparer soi-même cet extrait. De plus, l'alimentation thyroïdienne n'expose pas à la production d'abcès sous-cutanés. On pourrait, il est vrai, administrer l'extrait de corps thyroïde en lavement. C'est ainsi que Herzen (1), ayant donné tous les jours matin et soir à un chien éthyroïdé, un lavement d'extrait aqueux de thyroïde de bœuf, a vu les symptômes de la cachexie s'atténuer rapidement et disparaître peu à peu d'une façon complète.

On emploie en général l'extrait de thyroïde de mouton, mais on peut tout aussi bien se servir du corps thyroïde d'un autre animal, veau, chien, porc, singe.

Dans un certain nombre de cas, les malades ne retirant aucun bienfait du traitement, on s'est aperçu que le corps fourni par les bouchers n'était pas la glande thyroïde. Généralement l'extrait était préparé avec le thymus.

Le docteur Hingston Fox croit que les variations qu'on observe dans les effets thérapeutiques de l'administration de la glande thyroïde pourraient être expliqués par des différences de qualité de cette glande elle-même. Il s'est assuré de ces différences par un examen personnel pratiqué dans les abattoirs. On sait que chez la femme, cette glande subit une augmentation mensuelle. De pareilles modifications se produisent chez le mouton aux mêmes périodes. Ces modifications, sur la nature desquelles nous ne savons rien de positif, doivent entrer en ligne de compte dans les variations des propriétés thérapeutiques. On fera bien, lorsqu'il sera possible, de se servir des glandes thyroïdes prises sur des jeunes moutons.

L'alimentation thyroïdienne présente plusieurs avantages qui la font actuellement préférer aux injections ou à l'ingestion d'extrait glycériné. Ce mode de traitement est en effet plus simple, et il évite le risque d'introduire sous la peau des matières septiques.

Dans la majorité des cas, quel que soit, du reste, le mode de traitement employé, le résultat est immédiat et on constate souvent dès le lendemain une légère élévation de la température qui de 36 degrés, 36°8, monte à 37 ou 38 degrés.

Le pouls, toujours peu fréquent chez les individus atteints de myxœdème, monte très rapidement à 70, 80 et même à 100, 110 et 120.

Très rapidement aussi on constate une augmentation dans la quantité d'urine des vingt-quatre heures. Chez un malade de Brissaud et Souques, le taux des urines, qui oscillait autour de 400 grammes, était dès le lendemain de la première prise de glande thyroïde de 600 grammes. Cette polyurie est notée dans presque toutes les observations. Elle ne se produit pas lorsqu'on remplace l'injection de suc thyroïdien par une injection d'eau distillée (Harry Fenwick).

Ord et White ont observé d'intéressantes modifications dans les urines d'une de leurs malades qui, chaque jour, absorbait xx gouttes d'extrait de corps thyroïde. Tandis

(1) BUGS. *Journ. de méd., de chir. et de pharm.*, Bruxelles 1891.
(2) TIKHONOFF. Soc. de neurol. et de psych. de Moreau, 24 sept. 1893.
(3) *Actes de la session médicale du XIVe Congrès des natur. scand.*, Copenhague juillet 1892. — *Semaine méd.*, 1893.

(1) HERZEN. *Rev. méd. de la Suisse romande*, 1893.

que avant le traitement la quantité d'azote était la même que celle contenue dans les aliments, cette quantité d'azote augmenta et devint plus considérable que celle qui était renfermée dans les aliments absorbés. L'élimination de l'acide phosphorique et des chlorures ne présenta aucun changement.

Les modifications du sang dans le cours du traitement sont peu connues.

Dans une observation de Claye Shaw, l'examen du sang pratiqué à trois reprises, pendant que le malade était soumis aux injections sous-cutanées, a donné les résultats suivants :

1er examen :	hémoglobine,	70 p. 100;	globules,	4555000.
2e —	—	75 p. 100;	—	4553333.
3e —	—	80 p. 100;	—	4900000.

Dans un cas de G. Hale, la numération des globules à diverses périodes du traitement n'a pas donné de résultats appréciables.

Le sang d'une malade de Roth, examiné avant et après le traitement, avait subi une diminution de densité; la quantité d'hémoglobine était abaissée, la quantité des globules rouges diminuée, le rapport des globules rouges et des globules blancs était tombée de 600 : 1 à 500 : 1 ; le nombre des leucocytes et des lymphocytes était augmenté, les globules intermédiaires étaient augmentés.

L'œdème diminue graduellement, la face, les mains, le corps deviennent moins infiltrés ; la bouffissure des paupières disparaît. La diminution de la tuméfaction des pieds et des mains s'accompagne souvent d'une desquamation très prononcée. En même temps que la peau perd de sa dureté, elle perd aussi de sa sécheresse, car la transpiration qui faisait défaut reparaît. Les cheveux, toujours peu abondants, commencent à repousser ainsi que les poils du corps et des aisselles.

La diminution de poids est un fait constant et très important. En quelques semaines, les malades maigrissent de plusieurs kilos. Ils peuvent alors prendre de l'exercice et, souvent incapables de quitter leur chambre avant le traitement, ils marchent ensuite avec facilité, respirent librement et peuvent faire des courses assez longues deux ou trois mois après le début de la médication.

On a noté encore l'apparition sur tous les ongles, au niveau de la lunule, d'un sillon très profond. Dans quelques cas, les règles disparues reparaissent de nouveau.

La face devient moins terne, les yeux sont plus brillants, la parole moins embarrassée, l'intelligence plus éveillée et la mémoire plus nette. L'amélioration de l'état mental est souvent remarquable.

Lorsque les symptômes de la maladie ont disparu, il convient de maintenir les malades dans cet état d'amélioration. Il n'est pas démontré que sous l'influence du traitement, il se développe des glandes accessoires ou que les glandules rudimentaires fonctionnent plus activement et s'hypertrophient. On devra donc, de temps en temps, reprendre la médication thyroïdienne.

V

Accidents de la médication thyroïdienne. — Le traitement doit toujours être fait graduellement et avec précautions, car il n'est pas sans danger de donner aux malades des doses trop fortes. On a même signalé des cas de mort. Deux malades de Murray moururent de syncope, alors que les symptômes du myxœdème étaient considérablement amoindris. Ces malades étaient atteints de dégénérescence cardiaque avant le traitement. Thomson a publié un cas de myxœdème avec mort, peu de temps après le début du traitement.

Une malade de Vermehren mourut le soir du dix-septième jour du traitement, dans le collapsus, avec tous les symptômes d'une paralysie du cœur.

En général, les accidents observés sont beaucoup moins graves.

Laache, ayant donné par jour 5 grammes de liquide thyroïdien dans 100 grammes de glycérine, observa chez sa malade de la fatigue, un abattement général, des vertiges. La quantité de liquide fut abaissée à 3 grammes, la malade eut encore des défaillances, de l'urticaire, des palpitations. Il se contenta alors de donner 1 gramme de thyroïde en nature tous les deux jours.

Vermehren, ayant administré à une malade quatre lobes de thyroïde de veau le premier mois, puis deux lobes tous les deux jours seulement, a vu se développer une éruption d'urticaire persistante, de l'accélération avec petitesse du pouls.

L'urticaire paraît être un accident assez fréquent dans la médication thyroïdienne intensive. Ehlers, qui donnait à un de ces malades quatre lobes de mouton par jour, détermina l'apparition d'un urticaire qui se maintint pendant toute la durée du traitement.

MM. Marie et Guerlain, ayant donné à une malade quatre lobes de thyroïde de mouton à prendre par jour, puis un seul lobe, virent bientôt apparaître des douleurs dans les membres inférieurs, puis une insomnie presque absolue, une anorexie complète, de la faiblesse générale ; le pouls à 112 était petit, la température rectale était à 38 degrés. Les urines renfermaient un peu d'albumine.

Les accidents les plus fréquemment observés à la suite de la médication thyroïdienne sont les suivants : nausées, douleurs lombaires, céphalée, douleurs dans les membres, sensation de fatigue générale, étourdissements, insomnie, irritabilité, perte de connaissance (Claye Shaw), attaques épileptiformes (John Henry). Tous ces accidents proviennent d'une exagération dans la dose employée.

Les accidents cardiaques étant les plus graves, on devra toujours recommander aux malades de rester au lit et de faire peu d'exercices physiques s'ils désirent se lever. Cette période de précaution devra durer de six à douze semaines, selon l'état du malade (Murray).

Dans tous les cas, une élévation rapide et brusque de la température indique qu'une dose trop forte de thyroïdine est donnée au malade : il en est de même d'une accélération trop grande du pouls. Une réduction trop rapide de l'œdème et du poids du corps, des maux de tête, tout cela sont encore des signes de trop fortes doses.

MM. Chantemesse et Marie, remarquant l'atrophie de la glande thyroïdienne à l'époque de la ménopause, pensèrent qu'il était logique d'attribuer une partie des troubles nerveux observés à cet âge à un fonctionnement anormal de la thyroïde. Ils firent à une femme de soixante-dix ans des injections sous-cutanées de suc thyroïdien. Après une légère amélioration, le malaise provoqué par le traitement fut tel que la malade refusa de le continuer.

Ayant fait, à propos de cette malade, des injections sous-cutanées d'une macération de corps thyroïde à un jeune mouton vigoureux, ils remarquèrent que les doses faibles

n'occasionnaient aucune modification notable dans la santé de l'animal, tandis que les doses fortes provoquaient une élévation de la température avec changement dans le caractère du mouton qui devenait irascible et intraitable.

En 1887, Ewald avait déjà constaté que les injections sous-cutanées de suc thyroïdien déterminent chez les chiens une profonde hypnose.

Vassale, répétant cette expérience, a vu chez un chien la dilatation des pupilles et de l'abattement.

Von Eiselsberg, Alonzo, Gley, au contraire, n'ont jamais observé les phénomènes décrits par Ewald.

On a cherché à rapprocher l'acromégalie de la cachexie pachydermique. En effet, par le volume de leurs mains, l'épaississement de la peau des jambes et des pieds, et très souvent aussi par l'atrophie du corps thyroïde, les malades atteints d'acromégalie rappellent les myxœdémateux.

Parsons, ayant donné à un acromégalique de l'extrait de corps thyroïde trois fois par jour, aux doses progressivement croissantes de v à xv gouttes, n'a obtenu qu'une amélioration si légère, qu'il croit que ce résultat pourrait bien être dû à la suggestion.

Byron-Bramwell a présenté, à la Société médico-chirurgicale d'Edimbourg, une femme atteinte d'acromégalie et chez laquelle l'extrait thyroïdien n'amena aucune amélioration. D'ailleurs Brown-Séquard conseille de faire dans ces cas des injections quotidiennes et à parties égales de liquide thyroïdien et de liquide de rate et de moelle des os et d'adjoindre au besoin, à ces deux liquides, le liquide orchitique.

On tend cependant à faire du liquide thyroïdien une véritable panacée, et quelques médecins anglais prétendent avoir obtenu des résultats merveilleux dans le traitement des maladies cutanées, principalement du psoriasis.

VI

Médication thyroïdienne en dehors du myxœdème. — Byrom-Bramwell (d'Edimbourg) ayant fait ingérer tous les jours le quart d'un corps thyroïde de mouton cru à une jeune malade atteinte de psoriasis constata au bout de six jours une amélioration notable. Le traitement ayant été interrompu, l'éruption réapparut immédiatement et on dut revenir à l'administration de tissu thyroïdien. La guérison fut complète. Une seconde malade, atteinte de psoriasis depuis sept mois, ayant pris tous les jours v gouttes d'extrait thyroïdien, à partir du 10 mai 1893, était complètement guérie le 24 juillet.

En mars 1894, Bramwell a publié, dans le *Brit. M. J.*, une nouvelle observation de guérison de psoriasis. Le malade qui avait essayé déjà de nombreux traitements tant externes qu'internes fut soumis à la médication thyroïdienne, et les tablettes de thyroïdine parurent agir d'une façon merveilleuse. Non seulement la guérison fut complète, mais la peau devint remarquablement belle. Chez les personnes en bonne santé, et chez toutes celles qui sont atteintes d'affections cutanées, la quantité d'extrait thyroïdien qui peut être prescrite est plus grande que celle que l'on peut ordonner aux myxœdémateux sans crainte de voir survenir des accidents toxiques. On peut leur faire prendre journellement et pendant très longtemps un quart de glande thyroïde. L'extrait thyroïdien donnerait également de bons résultats dans le traitement du lupus et de l'ichthyose.

Ph. Abraham dit avoir obtenu une certaine amélioration chez deux lépreux, sans cependant prétendre que la lèpre pourrait être guérie par l'alimentation thyroïdienne. En cinq mois, il donna à 90 malades des tablettes de thyroïdine. La dose ordinaire fut de trois tablettes par jour. On les réduisait à deux et même à une si elles étaient mal tolérées. Abraham arriva aux conclusions suivantes : 1° l'ingestion de la glande thyroïde ne donne pas de résultats constants dans le psoriasis et les autres maladies de la peau; 2° les résultats sont souvent négatifs, et même les symptômes sont aggravés dans certains cas; 3° un grand nombre de malades éprouvent du fait de ce traitement des symptômes pénibles. Eddowes et Anderson sont arrivés aux mêmes conclusions qu'Abraham.

Les cheveux repoussant chez les myxœdémateux, on a essayé mais sans grand succès du traitement thyroïdien dans l'alopécie (Allison).

Si la médication thyroïdienne échoue dans le traitement des affections cutanées et de l'acromégalie, la démonstration de sa puissance n'est plus à faire dans le traitement du myxœdème. Les observations de guérison de cette affection sont aujourd'hui extrêmement nombreuses (1). C'est surtout en Angleterre que ces observations ont été publiées, mais on en trouve également dans les journaux médicaux français et allemands. C'est un fait aujourd'hui absolument démontré que la suppression de la fonction du corps thyroïde entraîne la cachexie strumiprive. Si on vient à rendre à l'organisme le produit de la sécrétion interne de cette glande en soumettant les malades à la médication thyroïdienne ou par le thyroïdo-éréthisme chirurgical, on voit survenir une amélioration rapide. C'est ainsi que Poncet ayant eu l'idée d'exciter la glande thyroïde d'une façon durable chez une jeune fille de quatorze ans, très arriérée, avec perversion mentale, kleptomanie et signes de myxœdème, mit à nu le corps thyroïde atrophié, le dénuda et, le maintenant soulevé, le saupoudra d'iodoforme. Au bout d'un mois il s'était produit un changement considérable dans l'état de la malade.

La glande thyroïde paraît donc détruire une substance qui, après son extirpation, s'accumule dans le sang et détermine des accidents toxiques. Cette substance appartient peut-être au groupe de la xanthine (2); elle agit certainement sur le système nerveux.

Sgobbo et Lamari (3), à la suite de leurs expériences, avaient admis comme peu probable la présence dans les organes des animaux éthyroïdés d'une substance toxique, mais Vassale et Rossi (4), en faisant des injections intraveineuses du suc musculaire préparé avec la chair de chiens thyroïdectomisés, déterminèrent des phénomènes graves, abattement, efforts de vomissements, secousses fibrillaires, convulsions et contractures. En outre, on sait d'une façon certaine que la toxicité urinaire s'élève après la thyroïdectomie [Laulanié (5), Gley (6), Marouin (7)], et que le sérum

(1) C.-F. Beadles a pu réunir 100 observations de myxœdème amélioré par la médication thyroïdienne (*The Journ. of Ment. Sc.*, t. XXXIV, juillet et oct. 1893). Aujourd'hui, ce nombre s'est encore accru de telle sorte qu'il existe au moins 150 cas de myxœdème ou crétinisme guéris par cette médication.

(2) Lindemann. Ueber die antitoxische Ivirkung der Schilddrüse, *Centralbl. f. Allg. Pathol. u. pathol. Anat.*, 15 juillet 1891.

(3) Sgobbo et Lamari. *Riv. clin. e terap.*, 1892.

(4) Vassale et Rossi. *Riv sperim. di Freniahia di Med. legale*, 1893.

(5) Laulanié. Soc. de biol., 9 mai 1891.

(6) Gley. Soc. de biol., 1891.

(7) P. Marouin. Soc. de biol., févr. 1891.

des animaux privés de corps thyroïde injecté à des animaux sains détermine la production de contractions fibrillaires (1) [Gley].

Il reste encore à savoir si la substance toxique est détruite dans la glande thyroïde elle-même, ou si cette glande secrète une substance qui, entraînée dans les veines, va se fixer sur les éléments nerveux et les préserver des atteintes toxiques. Cet important problème est encore à résoudre.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

La syphilis dans l'allaitement (2), par P. RAYMOND.

De récents désastres observés ces dernières années à Paris, dans le domaine de la contagion syphilitique, le développement de plusieurs foyers de *syphilis insontium* ayant pour origine la contamination des nourrices par leurs nourrissons et réciproquement, avaient déterminé le Congrès international de médecine légale de 1889 à mettre à son ordre du jour la *syphilis des nourrices*. Ce Congrès ne put s'entendre sur les mesures préservatrices à indiquer aux pouvoirs publics, notamment sur la question du *certificat obligatoire* proposé par le rapporteur dans une communauté de vues entre MM. Duvernet, A. Fournier et Morel-Lavallée. Aussi l'Académie de médecine mit-elle au concours cet important sujet d'hygiène en 1892 et le mémoire couronné fut celui de M. P. Raymond. C'est ce travail que l'auteur nous présente aujourd'hui, résumant avec soin les recherches et discussions antérieures ; la question est étudiée clairement, envisagée sous nombre de points de vue correspondant à chacun des cas pouvant se présenter, soit que le médecin ait à protéger un baby contre une infection venant de sa nourrice, soit que la nourrice doive être défendue contre le nourrison hérédo-syphilitique.

Le livre de M. Raymond sera, pour le praticien, un guide précieux dans les circonstances épineuses où il pourra se trouver, en l'absence de toute législation, voire de règlements médicaux « fermes » existant en la matière.

La blennorragie chez la femme (3), par F. VERCHÈRE, chirurgien de Saint-Lazare.

C'est là une question presque nouvelle, puisqu'il y a peu de temps encore une femme pouvait « donner la chaudepisse sans l'avoir ». Depuis quelques années, on sait combien la blennorragie est fréquente chez la femme, suite le plus souvent de la goutte militaire du mari. Et quelles tristes conséquences ! La contagiosité intermittente, les métro-salpingites, les pelvi-péritonites, la stérilité, l'infirmité pour toute la vie. La monographie de M. Verchère, écrite avec la plus haute compétence professionnelle, fait passer sous les yeux des praticiens tout un monde pathologique et *pathogénique* nouveau. L'auteur nous montre la nécessité absolue d'aller chercher le gonocoque, même latent, au fond de ses derniers repaires, sous peine de n'avoir abouti à rien. Il nous met au courant des traitements fin-de-siècle de tant de localisations jadis négligées, la péri-uréthrite folliculaire, la métro-cervicite. Les complications à distance sont étudiées avec le plus grand soin, avec leur pathogénie poly-bacillaire. Mais, au point de vue scientifique pur, l'historique de ces questions attachantes n'est pas non plus négligé et il faut savoir gré à M. Verchère, quand il rend justice à nos devanciers, comme Bernutz et Siredey, qui avaient si bien observé et si bien décrit ce qu'ils avaient vu.

Le livre de M. Verchère est ce que nous possédons aujourd'hui de plus complet, de plus au courant sur la blennorragie de la femme, c'est le *vade mecum* du vénéréologiste. On y trouve, en effet, tout ce qui a trait à l'évolution et à l'histoire du gonocoque en général, à l'exclusion de sa pathologie masculine proprement dite.

(1) GLEY. *Arch. de physiol.*, 1892, p. 311.

(2) In-8°. Prix : 8 fr. — Paris, Rueff et Cie

(3) 2 vol. in-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 7 fr. — Paris, Rueff et Cie.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

69. M. ALIBERT. Du meilleur traitement chirurgical à appliquer aux goîtres parenchymateux, colloïdes et kystiques. — 70. M. LAPASSET. Revue critique des divers traitements proposés contre l'incontinence nocturne d'urine chez les enfants. — 71. M. CHARBONNIER. De l'assistance médicale en Algérie. — 72. M. MAUPOMÉ. Contribution à l'étude de la réforme sanitaire dans la région pyrénéenne. — 73. M. DOUBRÈRE. Quelques considérations sur la hernie étranglée réduite en masse et de son traitement par le taxis après une expulsion nouvelle. — 74. M. BLANC. Contribution à l'étude de l'hydrothérapie en médecine et en chirurgie. — 75. M. GENTILHE. De la stomatite impétigineuse. — 76. M. CHEVALIER. Du tétanos consécutif aux traumatismes de l'œil et de ses annexes. — 77. M. RENAULT. De la tuberculose herniaire. — 78. M. BÉNECH. Toxicité du contenu stomacal dans la dilatation avec hyperchlorhydrie. — 79. M. LAVAL. Du suc gastrique considéré comme antiseptique. — 80. M. LAMASSON. Contribution à l'étude des rapports de la chlorose et de la tuberculose. — 81. M. SAINT-GERMAN. Contribution au traitement de la chorée par le bromo-valérianate de zinc. — 82. M. FOIX. Des rétro-déviations utérines adhérentes et de leur traitement. — 83. M. BORDIER. De la supériorité des opérations sur le vagin et d'une nouvelle opération, en particulier dans le traitement du prolapsus utérin. — 84. M. LASSERRE. Traitement chirurgical du cancer du pénis. — 85. M. JARRON. Contribution à l'étude bactériologique de la grippe. Travail du laboratoire des cliniques de l'École de médecine d'Alger. — 86. M. BERTRAND. Contribution à l'étude de l'articulation temporo-maxillaire. — 87. M. BARADA. Sur trois cas de fracture du bassin avec rupture de l'urèthre. — 88. M. REYSSET. Des abcès de la rate d'origine infectieuse sur un cas de splénite dans la variole. — 89. M. PARRAIN. Sur les gommes syphilitiques de la trachée. — 90. M. POIRIER. De l'entérorraphie dans la hernie gangrenée. — 91. M. STERNBERG. Contribution à l'étude des lipomes articulaires du genou. — 92. M. ALBERT. Contribution à l'étiologie de la kératite interstitielle. — 93. M. RIBÉREAU. Contribution à l'étude des ruptures primitives de l'artère axillaire dans la luxation de l'épaule. — 94. M. FERRIÈRE. Des affections oculaires dans leurs rapports avec la grossesse, la parturition et la puerpéralité. — 95. M. GUYONET. Sur quelques cas de malformations des oreilles et de tumeurs congénitales de la région pré-auriculaire. — 96. M. CAZABAN. L'érysipèle et la méthode antiseptique, de la méthode Hallopeau en particulier. — 97. M. GALANO. Contribution à l'étude du traitement des abcès du foie. — 98. M. HENRI. Contribution à l'étude des rapports de la syphilis et de la paralysie générale (paralysie générale juvénile, paralysie générale conjugale). — 99. M. BEILLE. Recherches sur les dégénérescences secondaires de la moelle épinière consécutives à des lésions de la substance corticale du cerveau.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Nº 96. — MARDI 21 AOUT 1894. 67e ANNÉE. MARDI 21 AOUT 1894. — Nº 96.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

L'HYGIÈNE AUX COLONIES

L'hygiène coloniale a particulièrement attiré, depuis quelques années, l'attention des médecins. Cette branche importante d'une science utile entre toutes (1) a été constituée presque de toutes pièces, grâce aux mémoires nombreux autant que documentés dus aux médecins de l'armée et surtout de la marine. Tout récemment encore un distingué médecin de notre flotte, M. le docteur M.-A. Legrand, a publié dans cet ordre d'idées une magistrale monographie sur l' « Hygiène des troupes européennes aux colonies et dans les expéditions coloniales ». L'importance de ce travail n'échappera pas à nos confrères, aujourd'hui que les explorations lointaines sont très en honneur et qu'il est du devoir de tous de connaître les règles générales de l'hygiène aux colonies, notamment dans les régions intertropicales.

Dans l'impossibilité où nous sommes de donner un résumé méthodique de l'étude si complète de M. le docteur Legrand (2), nous avons voulu limiter notre sujet ; nous passerons seulement en revue ce qui a trait à l'alimentation, au vêtement et à l'habitation dans les colonies, en analysant les principales idées émises sur ces questions fondamentales.

I

L'alimentation aux colonies. — Dans les grands centres de nos colonies et dans les postes de certaine importance, le ravitaillement peut être régulièrement assuré, soit par les arrivages, soit par l'élevage des animaux et la culture sur place. Les besoins de l'alimentation sont donc satisfaits dans la plus grande mesure possible. Dans les petits postes éloignés, les conditions de l'existence sont singulièrement modifiées; malgré tout, le fond de l'alimentation reste constitué aux colonies, comme en France, par de la viande fraîche, car « l'on a besoin de viande aux tropiques plus qu'ailleurs ». A son défaut, on emploie les viandes de conserve ; les viandes salées ne doivent plus être admises dans les approvisionnements, elles ne conviennent pas aux Européens dans les pays chauds, ainsi qu'il résulte des recherches de Rattray et de Jousset. Le biscuit, le café, le thé, le vin, complètent l'ordinaire. Nous ne dirons rien de l'eau, si ce n'est qu'il faut avoir toujours à sa disposition les appareils employés par les troupes coloniales et les voyageurs pour le filtrage rigoureux de l'eau de boisson ; cette opération doit être pratiquée le plus tôt possible, pour que la provision puisse être faite dans les outres et les caisses à eau, sans risquer d'infecter les récipients. Quant à l'eau-de-vie, son usage dans les régions intertropicales a été reconnu très nuisible ; aussi a-t-on supprimé aux troupes (1890) la ration journalière, pour toutes les colonies, sauf pour Saint-Pierre Miquelon.

Une constatation trop souvent faite, c'est qu'au moment où l'on va mettre en consommation des denrées d'approvisionnement ou de conserve, celles-ci sont reconnues avariées et partant inutilisables. Aussi MM. les docteurs Legrand et Laffont ont-ils pu, avec raison, incriminer l'insuffisance et la mauvaise qualité des vivres comme les facteurs principaux de la morbidité et de la mortalité aux colonies. Il importe que l'on exerce une surveillance rigoureuse sur le choix (1), le transport et la conservation des denrées. Une bonne alimentation est d'autant plus indispensable que les températures tropicales impriment un ralentissement au mouvement nutritif et que « l'alanguissement de l'appétit, loin d'être une contre-indication, est une raison de plus de cette nécessité ».

Les Européens, qu'ils fassent une campagne de guerre ou un voyage d'exploration, assurent toujours, quand la chose est possible, leur alimentation en utilisant simultanément les denrées de leurs approvisionnements et celles fournies par les ressources locales. Il importe, en tout cas, de leur rappeler que, sous les tropiques plus encore qu'ailleurs, « la prudence et l'observation stricte des habitudes alimentaires des indigènes sont les seules règles pratiques que l'on puisse recommander ». Il est évident que les règles de

(1) Custodit vitam quid custodit sanitatem (École de Salerne).

(2) Cette étude a paru dans la *Revue d'infanterie*, et la publication, commencée en 1893, n'est pas encore terminée. Nous avons dû renoncer à analyser de nombreuses pages consacrées à l'hygiène militaire proprement dite, les détails trop techniques ne pouvant, faute de place, être étudiés ici.

(1) Nos confrères ont présentes à l'esprit les causes du retard survenu dans l'embarquement des approvisionnements destinés à la mission du Haut-Oubanghi.

l'hygiène ne sont plus de mise dès qu'il devient impossible de se procurer de la viande fraîche et même des céréales; trop fréquents sont les cas où les Européens se trouvent « dans des contrées désertes et arides, dans des pays désolés par la sécheresse, par la famine, ravagés par les sauterelles ou par les troupes de l'expédition ». Souvent même, là où un explorateur et une petite escorte trouveraient aisément à vivre, il devient difficile, quelquefois impossible, et toujours très onéreux d'assurer l'alimentation quand de nombreux soldats sont réunis en corps d'expédition dans un pays dont les ressources sont médiocres. Ainsi Cartier a rapporté que chez les Hovas une volaille se payait 1 franc, un canard 3 francs, une oie 5 fr., les œufs 20 centimes, prix inabordables pour des budgets minimes comme ceux de nos militaires ou marins.

II

Le vêtement et l'équipement. — A. Dans le vêtement, il faut étudier : *a.* la coiffure; *b.* le vêtement proprement dit; *c.* la chaussure.

a. *Coiffure.* — Le casque indien est la seule coiffure à adopter aux colonies; il a l'avantage de s'adapter exactement à la tête, de bien protéger la nuque et les yeux. L'air y circule librement puisque le disque qui s'emboîte sur la tête est séparé de la bombe du casque, par un espace de 1 centimètre environ et que le sommet du casque présente des ouvertures d'aération. De plus, la visière est doublée à l'intérieur d'un cuir de couleur verte pour diminuer les effets de la réverbération.

Le casque recouvert de toile grise est infiniment préférable aux coiffures similaires en paille blanche. M. le docteur Haas a observé au Sénégal le fait suivant : alors qu'un thermomètre marquait 36 degrés dans un chapeau de paille, il n'arrivait qu'à 32 degrés dans un casque recouvert de toile. Le casque est d'une absolue nécessité sous les tropiques où l'insolation n'épargne personne. L'Européen ne s'habitue jamais à braver le soleil, et, sous ce rapport, il n'y a pas d'acclimatement possible, ainsi qu'il résulte des observations de MM. les docteurs Candé et Legrand. Ce dernier auteur ajoute que parfois « le casque même devient insuffisant; il est alors de toute nécessité, comme le faisaient les Anglais dans l'Inde, en 1853, de le couvrir de feuillage (Jousset). On peut encore disposer à l'intérieur une serviette mouillée » ou des feuilles mouillées (Van Leent).

b. *Vêtements.* — Aux colonies, deux sortes de vêtements sont indispensables : les uns, en toile blanche ou cachou, pour le jour, les autres, en molleton, ou mieux en flanelle, pour la nuit.

Les vêtements, dits de dessus, doivent être amples et peu compliqués (vareuse à col plat et pantalon large). Il est de toute nécessité de remplacer, le soir venu, les vêtements de toile par ceux de laine. Dans certaines régions, au Sénégal en particulier, « il faut redouter une trop rapide émission de la chaleur du corps, favorisée par un abaissement parfois considérable de température ». Ces variations thermiques agissent au plus haut degré sur les organes abdominaux dont la sensibilité est beaucoup plus grande dans les contrées chaudes, ce qui rend d'autant plus fréquentes la diarrhée, la dysenterie, l'hépatite, etc. et il importe que les Européens fassent tous leurs efforts pour se soustraire aux influences météoriques.

Les manteaux sont inutiles dans les pays chauds, sauf l'hiver au Tonkin. Comme manteau improvisé et vraiment pratique, il y a lieu de conseiller la couverture imperméable en usage dans les armées américaines. Ce vêtement présente, d'après le docteur Jousset, l'avantage de laisser les côtés libres pour l'évaporation et, cependant, il protège suffisamment contre la pluie, puisqu'il tombe en arrière et légèrement en avant.

Les vêtements de dessous consistent en une chemise, un gilet et une ceinture de flanelle, un caleçon de coton. La chemise doit être simplement lavée, non raidie par l'empois; elle peut même être complètement supprimée. Les gilets de flanelle doivent être abandonnés et remplacés par des tricots ou gilets en coton rayé de bleu et blanc semblables à ceux portés par les matelots. Pour protéger l'abdomen, pour diminuer dans la mesure du possible les frottements et les éruptions (érythèmes, intertrigo), l'usage d'un caleçon de coton est recommandé; le caleçon, de même, d'ailleurs, que la chemise, peut être en tissu de soie. L'utilité de la ceinture de flanelle est depuis trop longtemps démontrée pour qu'il soit nécessaire de la conseiller. Mais la ceinture longue est la seule qui doive être employée. Dans un but d'économie, l'armée et la marine ont mis en usage une petite ceinture de flanelle munie de bretelles, mais les médecins sont unanimes à la trouver insuffisante. D'après les docteurs Laffont et Legrand, la grande ceinture de flanelle est « la seule qui s'adapte à merveille aux courbes du tronc, l'enveloppe de ses replis ». Elle est surtout indispensable quand on « est exposé à coucher directement ou à peu près sur le sol ».

Les vêtements de dessous, gilet et caleçon de coton, sont portés le jour et la nuit; pendant le jour, ils diminuent l'absorption de la chaleur à cause de la couche d'air interposée entre les vêtements de dessus et ceux de dessous; pendant la nuit, ils s'opposent à une élimination trop considérable de calorique d'autant plus que, dès le soir, les vêtements de dessus sont en laine, absorbent beaucoup l'humidité et se refroidissent lentement.

Aux colonies, il importe d'être pourvu de vêtements en quantité suffisante et de linge de rechange. Le blanchissage est parfois difficile à exécuter. Pratiqué par les exotiques, il laisse le plus souvent à désirer; les Chinois battent le linge sur des pierres et le détériorent plus qu'ils ne le nettoient; les négresses font usage de savons, mélange d'huile d'arachides, de beurre de Karité et de cendres de chaumes de maïs; mais, outre que ces savons donnent au linge une mauvaise odeur, leur emploi donne les résultats les plus médiocres.

c. *Chaussure.* — Les chaussures doivent remplir un triple but : être solides, ne pas gêner la marche et protéger les extrémités « contre l'incessante attaque d'innombrables ennemis, serpents, puces chiques, scorpions, bêtes rouges, poux d'agouti, sangsues, etc. ».

Le brodequin napolitain de forme rationnelle et la guêtre de toile réunissent les conditions exigées. Les Italiens, en Abyssinie, ont employé la guêtre de toile de préférence à la guêtre de cuir, que ses inconvénients multiples doivent faire rejeter aux colonies; ils recommandent, pour l'entretien du cuir, l'usage d'un mélange d'huile de poisson, de térébenthine et de graisse. Le docteur Braun prescrit de conserver au cuir sa couleur fauve, les chaussures noircies ne pouvant être supportées dans les pays chauds; dans son travail sur le rôle du service médical pendant les expéditions dans

les contrées tropicales et subtropicales, cet auteur insiste sur la nécessité d'observer ces précautions.

Avant comme après la marche, que l'on fasse ou non usage de chaussettes, il faut donner des soins minutieux aux pieds, les laver avec de l'eau légèrement alcoolisée, puis les graisser. Le docteur de Silva conseille de les enduire de savon et le docteur Machiavelli, en Abyssinie, recommandait aux soldats italiens l'emploi de la pommade suivante :

Suif	30 grammes.
Glycérine.	25 —
Acide salicylique et carbonate de magnésie.	ãã 5 —

Si l'on a, en cours de marche, à franchir un gué ou un passage marécageux, il faut quitter les chaussures dont le cuir, une fois mouillé et racorni, pourrait blesser les pieds. Il importe avant de se rechausser, de vérifier si des insectes, des petites sangsues ou autres animaux quelconques ne sont pas restés attachés aux téguments. Sitôt la marche terminée, et avant tout autre soin hygiénique, les pieds doivent être baignés dans l'eau et de préférence dans l'eau chaude, puis soigneusement nettoyés.

Comme complément à l'étude du vêtement, nous devons dire quelques mots de l'usage de l'ombrelle et du port de lunettes colorées. L'ombrelle blanche doublée d'étoffe verte ou bleue rend les plus grands services; elle permet souvent d'éviter les congestions et les affections oculaires. Dans ce dernier but, le port de lunettes à verres colorés en bleu ou en vert ne peut qu'être conseillé. Il a été employé par les Anglais en Égypte, et même par les troupes régulières.

Équipement. — Aux colonies, tout homme appelé à marcher à pied ne fût-ce que pour un temps minime, doit avoir un équipement réduit au strict nécessaire, qui ne soit ni trop lourd, ni trop serré. Cet équipement comprendra les armes, les munitions, une couverture, une pièce d'étoffe imperméable, quelques vivres, un bidon et quelques objets de rechange.

III

L'HABITATION. — Les habitations proprement dites, les maisons bâties doivent être, autant que possible, à double mur ou à double paroi, très surélevées de parquet et à double toiture (plafond et toit); elles sont toujours pourvues de vérandas aussi larges que possible, disposées de façon qu'on puisse les clore à l'aide de persiennes mobiles ou de stores en bambou faciles à relever, dès que l'état du ciel et de l'atmosphère le permet. « L'installation de vérandas bien comprises est une grande économie; mais un singulier contre-sens hygiénique est celui qui tend à transformer les vérandas des habitations en chambres habitées. Sauf le cas de nécessité absolue, et pour un temps très court, les vérandas ne doivent jamais être habitées la nuit (Legrand, Cartier). Les chambres à coucher doivent être disposées au premier étage et vastement aérées; d'ailleurs, les différentes pièces doivent être séparées non par des cloisonnements complets, mais par des divisions partielles permettant à l'air de circuler librement.

Les conditions hygiéniques, même les plus élémentaires, sont rarement remplies par les maisons indigènes, les temples, pagodes, magasins, factoreries, paillottes, huttes, gourbis; aussi ne doit-on utiliser ces différents locaux que si les circonstances l'exigent.

Les tentes ne sont guère employées qu'à défaut d'autre abri; les meilleures sont celles à double paroi, l'extérieure imperméabilisée, l'intérieure colorée en vert ou en bleu pour garantir de la réverbération.

Comme conclusion à cette étude sommaire, faisons remarquer que l'hygiène coloniale peut être définie l'ensemble des règles d'hygiène dont l'application permet à l'Européen de résister « aux réactions physiologiques et pathologiques » qu'il subit en séjournant dans les pays chauds; elle a pour but de lui rendre moins défavorables les conditions de l'existence aux colonies, et comme telle, l'hygiène coloniale présente d'étroites affinités avec l'hygiène militaire. Elle doit même s'y rattacher, la population européenne de nos colonies étant composée en majeure partie par nos soldats, qu'ils y fassent séjour ou qu'ils participent à des expéditions; pour eux, l'observation des règles de l'hygiène coloniale doit être d'autant plus rigoureuse qu'ils sont dans l'obligation à la fois de se plier aux exigences de la vie coloniale et aux nécessités de la profession militaire particulièrement dures dans les pays d'outre mer.

HOTEL-DIEU DE REIMS. — M. O. GUELLIOT.

Contribution au traitement chirurgical des péritonites généralisées (1).

III

L'histoire chirurgicale des péritonites s'est enrichie depuis quelques années des nombreuses observations d'appendicite qui ont été publiées de tous côtés. Si les exsudations péri-cæcales constituent souvent une barrière heureuse à l'inflammation, à la suppuration ou à l'irruption stercorale parties de l'intestin, si l'intervention rapide contribue à diminuer le nombre des péritonites mortelles consécutives à la typhlite ou à l'appendicite, il n'en est pas moins vrai que cette grave complication n'est pas encore rayée du cadre pathologique.

Malheureusement, il est souvent trop tard pour agir et le résultat est peu encourageant. Dans notre seul cas personnel, au treizième jour d'une typhlite soignée par le docteur Bettinger et qui avait évolué avec tous les signes d'une obstruction intestinale, l'incision latérale donna issue à un liquide fécaloïde et purulent et à des gaz; tout le ventre était envahi. Après une amélioration passagère, la mort survint dix-sept jours après. Tout récemment, le professeur Berger insistait sur la nécessité des incisions multiples et des grandes irrigations péritonéales, dans ces cas de suppurations diffuses consécutives à l'appendicite perforante.

Sans perforation, les parois intestinales peuvent laisser passer les microbes pathogènes, et, en particulier, le *bacterium coli commune* qui paraît être le plus offensif pour le péritoine.

La symptomatologie de cette variété de péritonite est encore mal connue; ce qui peut guider le mieux vers un diagnostic probable, c'est la connaissance des troubles

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 880.

intestinaux antérieurs : encore faut-il ne pas confondre avec la tuberculose intestinale.

Le diagnostic différentiel peut également être hésitant avec une obstruction intestinale.

Ainsi, en décembre dernier, le docteur Bienfait nous fit voir un enfant de trois ans qui, depuis plusieurs jours, présentait des signes d'obstruction intestinale; cependant, l'existence antérieure d'une entérite, le développement régulier du ventre, les douleurs au moment de la miction firent pencher vers le diagnostic de péritonite. De fait, il se fit de l'empâtement au niveau de l'ombilic : on ouvrit largement et on tomba dans une grande cavité limitée en haut par des agglomérations intestinales et par l'épiploon, avec prolongement en bas dans les deux fosses iliaques, adhérences à droite. On fit de ce côté une contre-ouverture et deux drains furent fixés. La fièvre tomba, les vomissements s'arrêtèrent, mais l'enfant s'éteignit deux jours après.

Il s'agissait, dans ce cas, d'un véritable empyème du péritoine d'origine intestinale; le docteur Gaube, qui voulut bien examiner le pus, y reconnut une culture presque pure de coli-bacilles.

Peut-être aurions-nous été plus heureux si la péritonite n'avait été masquée au début par des symptômes d'occlusion intestinale et si, l'intervention ayant été plus hâtive, l'état de l'enfant lui avait permis de faire les frais de la guérison.

C'est encore chez une enfant, une petite fille de treize ans, que nous avons eu à intervenir pour une poussée de péritonite consécutive à une sigmoïdite ulcéreuse compliquée d'invagination. Voici en quelques mots les grandes lignes de cette observation, curieuse à plus d'un point de vue :

Julie D..., treize ans, est prise, en septembre 1893, après un repas trop copieux, de symptômes d'indigestion; la diarrhée persiste avec quelques vomissements. En décembre, elle entre dans le service du docteur Moret qui constate l'existence, dans la fosse iliaque gauche, d'une tumeur mobile et assez dure et qui la fait passer dans notre service.

En présence des alternatives de diarrhée et de constipation, de la tuméfaction iliaque, nous pensons à une lésion, probablement tuberculeuse, de l'S iliaque. Un jour, il se fait un volumineux prolapsus anal qui est réduit par l'interne de garde; le lendemain matin, le doigt sent encore dans le rectum une masse invaginée avec une ulcération sur la partie la plus saillante. Puis éclate une péritonite qui cède à un lavage du péritoine avec 2 litres d'eau boriquée tiède. A la suite, survient une débâcle intestinale et la tuméfaction iliaque disparaît; l'invagination paraît s'être complètement réduite, l'enfant commence à manger. Six jours après, bronchite double, muguet; cinq jours plus tard, réapparition de la tumeur iliaque, diarrhée, vomissements et mort rapide.

A l'autopsie, on trouve une invagination du côlon dans l'S iliaque avec une large ulcération qui, d'après l'examen du docteur Hache, était due à la chute de la muqueuse sans traces de tubercules. En résumé, sigmoïdite ulcéreuse; invagination intermittente; poussées péritonitiques et bronchitiques.

Nous avons été plus heureux, le docteur Harman et moi, chez une jeune fille de dix-neuf ans envoyée à l'Hôtel-Dieu par le docteur Lévêque pour une péritonite précédée de douleurs dans la fosse iliaque gauche, avec constipation opiniâtre. La malade avait le facies péritonitique, avec une température de 39°5; la laparotomie donna issue à un demi-litre de sérosité louche et purulente. L'ovaire droit, polykystique, fut enlevé. La malade guérit, malgré un abcès pleuro-pulmonaire qui nécessita une incision thoracique, et des accidents de rhumatisme infectieux.

IV

L'impression qui, pour nous, ressort des faits que nous avons eus sous les yeux, est celle-ci :

La péritonite *bacillaire* s'arrête habituellement par le lavage du péritoine et la guérison peut être durable si d'autres organes, intestins ou poumons, ne sont pas encore atteints; la laparotomie est indiquée quand l'état local s'aggrave ou qu'il reste stationnaire. Elle a, sur la ponction suivie de lavage, l'avantage de permettre la destruction des adhérences, l'exploration digitale de la cavité péritonéale, son lavage plus parfait et aussi l'exposition des lésions tuberculeuses à l'air, facteur qui paraît jouer un certain rôle dans leur régression;

La péritonite *gonococcique*, lorsqu'elle se généralise, est ordinairement et rapidement très grave. L'avenir dira si, contre elle, la laparotomie a quelques chances de succès;

La péritonite *streptococcique* des accouchées peut guérir par l'opération à condition qu'elle soit faite de bonne heure : nous citons un cas de réussite qui vient s'ajouter à ceux de Bouilly et de Parish.

Quant à la péritonite *coli-bacillaire*, elle paraît atteindre de préférence les jeunes sujets et prendre volontiers la forme purulente; si sa gravité est accrue encore par des lésions intestinales qui sont parfois au-dessus des ressources thérapeutiques, il n'en est pas moins vrai que l'ouverture et le lavage du péritoine restent encore les seules ressources efficaces à lui opposer.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Le « gros mal » du moyen âge et la syphilis actuelle (1), par F. Buret.

M. Buret, qui, dans un précédent ouvrage, la *Syphilis chez les Anciens*, nous avait montré l'existence bien probable de la vérole aux Indes, en Chine, en Assyrie, achève aujourd'hui de nous prouver l'ancienneté du GROS MAL et nous le fait suivre à travers les âges, en relevant les preuves dans les inscriptions de Pompéi, en suivant la trace avant l'épidémie célèbre de la fin du XVe siècle, montrant la constitution progressive du dossier scientifique de la syphilis depuis son accession au droit de cité, jusqu'au couronnement officiel de la vénéréologie par Ricord et ses élèves.

Si le livre de M. Buret, captivant pour les dilettanti de l'art médical, était seulement feuilleté dans leurs loisirs par le gros des praticiens, ce serait fait de la légende « américaine » de la vérole.

Il est certain que cette maladie a de tout temps existé, mais elle a, jusqu'au XVIe siècle, formé le gros des affections englobées sous le nom générique de lèpre. Dans cette lèpre rentraient en effet : 1° la lèpre elle-même (éléphantiasis des Grecs); 2° nombre de dermatoses, surtout les maladies psoriasiformes et pustuleuses (le psoriasis, la gale invétérée); 3° les affections vénériennes (chancrelle, blennorragie, enfin, et surtout, la syphilis); 4° bien d'autres

(1) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

maux encore, en particulier, sans doute, les affections gangréneuses, à siège génital au moins. De cela, contentons-nous, pour le moment, de donner deux preuves, avec M. Buret : 1° le moyen âge a toujours regardé « la lèpre » comme susceptible de se transmettre par le coït, soit en tout cas *après* le coït et à courte échéance; or, nous savons aujourd'hui que la lèpre bacillaire de Hansen est difficilement ou presque pas contagieuse. La *lèpre*, que nos ancêtres contractaient par le coït, n'était donc que la vérole; 2° l'Europe comptait, avant l'épidémie contemporaine de Ch. Colomb, 19000 léproseries; une fois le mal vénérien étudié et classé, « il se produisit immédiatement un grand événement qui eût dû frapper les observateurs : les 19000 léproseries tombèrent en ruines, *faute de malades*..., et les syphilitiques coururent le monde ».

Qu'était donc cette fameuse épidémie de 1493-1494, ce « quatre-vingt-treize de la vérole »? La syphilis, qui existait de tout temps, restait cantonnée dans quelques foyers où la débauche était plus facile, dans les grandes villes, à la cour des Valois ou des Borgia — sans parler des cas sporadiques inaperçus — mais elle est sortie bien des fois de ces foyers pour donner lieu à des épidémies partielles toujours mal interprétées, et appelées ainsi « Mal des Ardens, feu Sainct Anthoine », etc. L'une de ces épidémies prenait naissance en Italie, depuis 1488 environ, soit six ans avant l'expédition de Charles VIII, lorsque cette guerre de Naples, occasion de la concentration de grosses agglomérations militaires dépourvues de toute hygiène, eut pour conséquence le développement d'une épidémie formidable de maladies diverses, où les pyrexies, telles que le typhus, durent occuper le premier rang et mélanger leurs symptômes à ceux d'une vérole à laquelle la diffusion épidémique, jointe à l'absence de soins, d'hygiène et de vaccination ancestrale *suffisante*, imprimèrent fatalement un cachet désastreux de malignité. La preuve en est dans ce fait qu'une fois les armées dispersées, une fois disparues les maladies infectieuses contagieuses que l'encombrement avait rendues épidémiques, il ne resta de tout cela que la syphilis proprement dite (avec la blennorragie et le chancre mou évidemment); que la syphilis, qui prenait de plus en plus les symptômes et l'évolution que nous lui voyons aujourd'hui. Le « mal français », d'ailleurs, s'atténuait si visiblement, quand il fut débarrassé des symptômes ne lui appartenant pas, et quand on sut le soigner, qu'au dire des auteurs d'alors, la maladie, de vingt ans en vingt ans, changeait d'allure au point qu'on ne la reconnaissait pas.

M. Buret nous montre comment prit naissance la fable de l'origine américaine, *à laquelle personne ne pensait au temps de Ch. Colomb*, qui est née quelque vingt-cinq ans après le premier voyage du navigateur génois, et qui se serait éteinte dans l'oubli, si Astruc ne l'eût ressuscitée et couverte de sa grande autorité. Aujourd'hui, cette légende a cours encore chez un grand nombre de médecins. Ricord, qui n'y croyait pas, ne s'est d'ailleurs pas, à proprement parler, occupé de cette question. De cette histoire, qui n'est aujourd'hui qu'une fable amusante, nous retiendrons seulement deux choses : 1° l'épidémie de syphilis commençait à se développer plusieurs années avant que Charles VIII ne parût devant Naples (1494), puisque le Saint-Père (1) avait écrit au roi de France pour le dissuader de son expédition, en raison de l'épidémie régnante; 2° l'équipage de la flotte de Colomb paraît n'avoir été victime de l'épidémie qu'au retour de sa deuxième expédition en Amérique, et lui-même ne signale ces ravages de la syphilis dans l'île espagnole qu'à son troisième voyage (1498), et cela d'une façon simple et incidente. Peut-on admettre que Colomb ait pu assister impassible à cette querelle des nations rejetant l'une sur l'autre la responsabilité du virus nouveau, alors qu'il eût pu d'un mot — s'il avait su, lui, à quoi s'en tenir, si même l'origine américaine eût été en question — faire cesser les incertitudes et disculper le vieux monde?

(1) Alexandre VI, Borgia.

Nous ne pouvons suivre M. Buret relevant les inscriptions cunéiformes ou pompéiennes dans son œuvre si attrayante.. pour le lecteur, nous nous contenterons, pour terminer, de relever dans ses recherches bibliographiques quelques curiosités historiques intéressant le syphiligraphe. Ne serat-on pas étonné de voir Paul d'Egine (VI° siècle) penser au chancre uréthral larvé et donner à la vérole le nom d'*ulcère universel*, reconnaissant qu'une infection *généralisée* pouvait dériver d'un coït malsain ? Et la doctrine parasitaire en médecine? Nous allons voir Raspail, Davaine et Pasteur largement devancés : en 1762, Ballay, attribuant la syphilis des Américains à la consommation qu'ils font du lézard iguané, écrit : « Si l'on mettoit à l'infusion la chair du lézard iguana, et qu'on observât au microscope solaire une goutte de cette infusion, on y verroit peut-être cette espèce de *petit animal* que nous nommons le *virus vénérien*. » Et cet auteur ajoute plus loin, très au courant du pouvoir antiseptique du mercure : Nous pourrions dire encore, à la faveur du *système des vers*, que « le mercure n'auroit point la vertu de guérir la vérole, si elle n'étoit entretenue par de petits animaux; car le mercure est, en effet, le poison de tous les petits animaux, je veux dire des insectes ».

En 1555, Fallope, décrivant l'accident primitif, donnait comme signe pathognomonique de la vérole l'*induration*, qui devait frapper aussi A. Paré, et Hunter plus tard. Dès 1562, précédant Ricord, la même valeur était reconnue *au bubon indolent, non suppuré*, par Thierry de Héry. La contagion *médiate* est signalée, dès 1689, par Le Monnier, qui sans prononcer le mot naturellement, et sans les distraire de la vérole, reconnaît l'herpès génital et le chancre mou phagédénique. Sait-on, enfin, que, si le mot « syphilis » nous vient de Fracastor, celui de « chade pisse » se trouve dans un manuscrit du XIII° siècle?

Nous arrêterons là notre analyse, ceux qui ne sont pas au courant de la phase contemporaine de l'histoire de la syphilis et de l'œuvre de Ricord se reporteront à M. Buret lui-même. En terminant, nous nous séparerons de M. Buret qui est, lui, pour la prostitution libre, ce à quoi nous ne pouvons souscrire. Sans demander, dans la répression, la même énergie que Moïse, qui fit, pour arrêter la contagion, égorger 24000 hommes, sans compter les femmes; sans même égaler la sévérité du roi de France et de son Parlement, qui expulsait « les verolez dans les vingt quatre heures à peine d'être jetez en la rivière », nous croyons qu'il y a quelque chose à faire pour arrêter la diffusion de la vérole et que ce quelque chose, les pouvoirs publics peuvent le tenter, surtout en France, où les réglements administratifs, tout-puissants pour molester les citoyens et protéger la routine, sont respectés comme une arche sainte; or il serait certes aussi loisible d'utiliser la toute-puissance administrative pour la sauvegarde de la santé publique.

MOREL-LAVALLÉE.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

323. M. DUMAS. La pensée dans la mélancolie. — 324. M. CHANTIER. Contribution à l'étude du typhus exanthématique et particulièrement des troubles digestifs. — 325. M. VARANGOT. Complications de la rougeole sur les séreuses. — 326. M. LE GENDRE. Traitement de la diphtérie par le sublimé en solution concentrée (1/20, 1/30) dans la glycérine. — 327. M. SIMON. Recherches sur les pleurésies putrides chez l'enfant. — 328. M. CLAUDEL. Consi-

dérations sur les hémiplégies alternes. — 329. M. Vidal. Des fractures dites spontanées pendant la grossesse et l'accouchement. — 330. M. Artus. Étude clinique du cancer du cæcum. — 331. M. Eid. Pronostic éloigné des manifestations rénales de la scarlatine. — 332. M. Lecomte. Étude sur les ostéo-myélites de la hanche avec abcès intra-pelvien. — 333. M. Maurice. De l'acné nécrotique. — 334. M. Pribat. De l'exhibition chez les épileptiques. — 335. M. Guépin. De la colique spermatique. — 336. M. Migliaressi. Contribution à l'étude de la dégénérescence kystique des villosités choriales. — 337. M. Morin. Contribution à l'étude de l'hydropisie de la vésicule biliaire. — 338. M. Henry Crestien. De la dacryocystite chronique et de son traitement. — 339. M. Leroy. Contribution à l'étude des souffles dans l'artère crurale. — 340. M. Didsbury. Contribution à l'étude des rhinolithes. — 341. M. Moullin. De la stomatite mercurielle tardive. — 342. M. Gallot. Chlorose et dyspepsie. — 343. M. Ambrosini. De l'épithéliome du thymus. — 344. M. Asselin. Contribution à l'étude de l'étiologie de la fièvre typhoïde, spécialement dans les petites localités. — 345. M. Grasset. Études sur le muguet. — 346. M. Bellicaud. De l'hystérectomie vaginale totale dans quelques cas de prolapsus utérin. — 347. M. Vérin. Contribution à l'étude de la métrorragie dans le rétrécissement mitral et accessoirement dans quelques états généraux. — 348. M. Mermillod. Contribution à l'étude du traumatisme expérimental sur la région trochantérienne. Essai sur le mécanisme de la production de la fracture spiroïde sous-trochantérienne. — 349. M. Branéré. Du traitement des grands écrasements des membres. — 350. M. Debled. Contribution à l'étude du curetage de l'utérus. — 351. M. Etchepare. Des abcès ischio-rectaux. — 352. M. Desbonnets. Du développement de l'épithéliome sur le lupus. — 353. M. Beaudonnet. Contribution à l'étude des manifestations oculaires dans l'érythème polymorphe. — 354. M. Dluski. Contribution à l'étude de l'allaitement maternel. — 355. M. Narboni. Considérations sur les récidives de la fièvre typhoïde. — 356. M. Herzemberg. Contribution à l'étude du mal de Pott. — 357. M. Gochbaum. Évolution du rétrécissement mitral basée sur la modification des signes physiques. — 358. M. Welti. Contribution à l'étude de la cause de mort après les brûlures étendues sur la peau. — 359. M. Poreau. Contribution à l'étude du traitement médico-chirurgical du tétanos.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil de surveillance de l'Assistance publique vient d'arrêter un nouveau tarif de frais de séjour dans les hôpitaux de Paris pour les malades non nécessiteux. Actuellement les malades adultes paient le même prix, soit 3 fr. 30 par jour, dans les services de médecine et de chirurgie et les enfants remboursent 2 fr. 80 par jour; les accouchements payants, dans les hôpitaux et chez les sages-femmes, sont tarifés à raison de 3 fr. 30. Dorénavant, le nouveau tarif comportera un prix différent pour la médecine et la chirurgie; il est ainsi conçu : pour les adultes, 3 fr. 30 en médecine; 5 francs en chirurgie. Pour les enfants, 2 fr. 80 en médecine; 3 fr. 50 en chirurgie. Pour le séjour à Berck, 2 fr. 10. Pour les accouchements, 5 francs par jour.

— *Italie.* — Le ministre de la Guerre vient de fixer les conditions de taille qui seront exigées à partir du prochain appel. L'uniformité de taille sera notamment pour l'infanterie très supérieure à celle exigée dans presque toutes les autres armées européennes : régiments d'infanterie, de 1m64 à 1m65; alpins, lanciers, soldats du génie (régiments et train), de l'artillerie de campagne, taille minima de 1m64 à 1m65.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Servajean (de Saint-Haon-le-Chatel).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Douze jours aux Pyrénées* (*Excursion du 2 au 15 septembre* 1894). — Billets à prix réduits. Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 2 septembre 1894; retour à Paris (gare d'Orléans), le 15 septembre 1894.

D'accord avec l'Agence de voyages « Indicateurs Duchemin », la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 1er septembre, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de l'Agence de voyages « Indicateurs Duchemin » : 2° les chambres, service et repas (vin compris) ; 3° le transport en omnibus et en voitures ; 4° les entrées et visites des monuments ; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **329 fr. 80**; 2e classe, **296 fr. 70**.

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence de Voyages « Indicateurs Duchemin », 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 7, place de la Madeleine; 8, rue de Londres; 21 bis, rue de Paradis; 7, rue Paul-Lelong; 34, boulevard de Sébastopol; 326, rue Saint-Martin (impasse de la Planchette); 63, rue des Archives; 6, place Saint-Sulpice; 5, rue Gaillon; 21, rue du Bouloi; 33, quai Valmy; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine et, 2, rue de la Roquette, à l'angle de la place de la Bastille.

— *Ligne de Paris à Sceaux et à Limours* (place Denfert-Rochereau). — Un service de voitures, en correspondance avec le Chemin de fer, dessert, au départ de la gare de Palaiseau, les localités de Champlan et de Longjumeau.

Ce service est assuré au moyen de voitures confortables et dessert douze trains chaque jour, tant au départ de la gare de Palaiseau pour Champlan et Longjumeau, qu'au départ de ces localités pour ladite gare.

Les trains desservis sont les suivants : 1° au départ de Paris : 7 h. 31, 8 h. 53, 9 h. 24, 10 h. 3, 11 h. 8 matin; midi 1, 1 h. 33, 3 h. 36, 5 h. 6, 6 h. 4, 7 h. 57, 9 h. 35 soir. — Dimanches et fêtes : en moins, 9 h. 35 soir; en plus, 11 h. 3 soir;

2° Au départ de Longjumeau : 7 h. 5, 7 h. 40, 9 h. 15, 10 h. 5, 11 h., 11 h. 55 matin; 1 h., 3 h. 40, 4 h. 30, 5 h. 30, 7 h. 40, 9 h. soir. — Dimanches et fêtes : en moins, 9 h. soir; en plus, 10 h. 5 soir;

3° Au départ de Champlan : 7 h. 15, 7 h. 50, 9 h. 25, 10 h. 15, 11 h. 10 matin; midi 5, 1 h. 10, 3 h. 50, 4 h. 40, 5 h. 40, 7 h. 50, 9 h. 10 soir. — Dimanches et fêtes : en moins, 9 h. 10 soir; en plus, 10 h. 15 soir.

Les voyageurs payant sur le Chemin de fer, soit les prix des billets simples, soit les prix des billets aller et retour, sont transportés gratuitement dans ce service de correspondance.

Manuel juridique des médecins, des dentistes et des sages-femmes. Exercice de la médecine, de l'art dentaire et de l'art des accouchements, par Louis Pabon, juge de paix du troisième canton de la ville de Bordeaux, rédacteur en chef du journal des arrêts de la Cour d'appel de Bordeaux. 1 vol. in-18 jésus. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Thorin et fils.

Nervosisme ou neurasthénie, la maladie du siècle et les divers moyens de la combattre, par le docteur V. Borel. 1 vol. in-8°. — Prix : 3 francs. — Paris, Félix Alcan.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A peine deux ou trois communications d'auteurs étrangers à l'Académie, aucune discussion, deux rapports de prix et cela devant quelques membres et un public extrêmement restreint, telle a été la physionomie de ces deux dernières séances.

M. Leroy des Barres (de Saint-Denis) a communiqué plusieurs observations de tétanos qui sont des exemples de contagion médiate. L'auteur en conclut que, pour assurer la prophylaxie réelle du tétanos, il faudrait l'inscrire sur la liste des affections à déclarer obligatoirement par les vétérinaires.

M. Ledé, qui s'occupe avec tant de zèle de la question des enfants placés en nourrice, vient de faire une nouvelle communication sur la mortalité de ces enfants. Il constate, cette année, une amélioration réelle et notable, sur les deux années précédentes. Selon lui, cette mortalité pourrait être encore diminuée si l'on pouvait obtenir certaines mesures dont on verra l'indication au compte rendu.

M. Delorme a présenté un blessé fort intéressant. C'est un soldat qui était atteint d'une pseudarthrose consécutive à une fracture comminutive de l'humérus. Cette fracture ne pouvant se consolider, M. Delorme a eu recours à un procédé fort ingénieux consistant à engager dans la cavité médullaire du fragment supérieur l'extrémité de l'autre fragment façonné en tenon. Le résultat est des plus satisfaisants. On trouvera plus loin l'intéressante observation de M. Delorme.

Nous signalerons dans la correspondance une brochure offerte par M. Magitot. Elle traite d'une question de jurisprudence médicale toute d'actualité : le diplôme de chirurgien-dentiste, suivant la nouvelle loi du 30 novembre 1892. L'auteur attire l'attention sur la façon dont les examens ont été passés et sur les illégalités qui ont été relevées au courant des épreuves. Il y a lieu d'espérer, dit-il, pour l'honneur de l'enseignement médical français, que le diplôme, récemment créé, soit à l'avenir délivré à la suite d'épreuves plus sérieuses et plus conformes à la juste interprétation des lois et décrets.

RÉSULTATS POST-OPÉRATOIRES DE LA CHOLÉCYSTOSTOMIE ET DE LA CHOLÉCYSTENTÉROSTOMIE (1)

Par M. le docteur DUJARDIN-BEAUMETZ,
Membre de l'Académie de médecine,
Médecin des hôpitaux.

C'est ma qualité d'opéré qui me vaut l'honneur de rapporter ici cette observation ressortissant à la chirurgie. Le bureau a pensé que j'étais plus à même que quiconque d'apprécier la valeur de l'intervention chirurgicale dans les affections des voies biliaires.

Je vous dois tout d'abord le résumé de l'observation qui sert de base à ce rapport. Il s'agit d'une femme de trente-trois ans, atteinte, depuis plusieurs mois, d'un ictère rebelle, consécutif à des crises de coliques hépatiques.

Après des tentatives médicales infructueuses, qui durent pendant deux mois, M. Fontan se décide, le 19 avril, à pratiquer une laparotomie exploratrice. Il constate alors la dilatation de la vésicule biliaire et la palpation lui permet de reconnaître la présence, dans le canal cystique, de cailloux mobiles. Le canal cholédoque présente, au contraire, la forme d'un cylindre dur et d'une consistance homogène.

M. Fontan pratique alors la cholécystostomie. Des irrigations faites par l'ouverture de la vésicule permettent de retirer trente calculs sphériques. On fit alors une tentative de cathétérisme des voies biliaires à l'aide d'une sonde métallique, mais elle ne put pénétrer à plus de 10 centimètres de la plaie.

Lorsque la suture fut solidement établie entre la vésicule et les parois abdominales, M. Fontan reprit ses manœuvres de cathétérisme et cette fois avec des sondes uréthrales en gomme, et le 1er mai, après avoir pratiqué une injection de quelques centimètres cubes d'une solution de cocaïne à 1 p. 100, il injecta, à l'aide de la seringue uréthrale de Guyon, III à IV gouttes d'éther.

Ces tentatives sont renouvelées le 5, le 9, le 12 mai et enfin le 16 le liquide passe dans l'intestin et le canal cholédoque étant ainsi désoblitéré, la bile coule de nouveau dans l'intestin.

Ajoutons qu'à la suite de chacune de ces injections, le cathétérisme pénétrait de plus en plus profondément.

M. le docteur Fontan s'appuie sur cette observation pour vanter l'emploi de ces injections d'éther et montrer leur utilité en pareil cas.

(1) Rapport lu à l'Académie de médecine sur une observation de cholécystostomie du docteur Fontan (de Toulon).

Pour juger à sa véritable valeur l'observation de M. le docteur Fontan, je suis obligé d'entrer dans quelques détails pour lesquels je demande toute la bienveillance de l'Académie.

Depuis que Jean-Louis Petit, dans son célèbre mémoire de 1743, sur les tumeurs formées par la vésicule biliaire, a proposé l'intervention chirurgicale dans les affections chroniques des voies biliaires, cette question a fait de grands progrès et, dans ces dernières années, elle est passée du domaine de la théorie dans celui de la pratique, et aujourd'hui c'est une application journalière de la chirurgie.

Elle intervient de bien des façons; la plus simple *a priori* de ses interventions, c'est ce que les Américains ont appelé l'« ideal cholecystotomy », qui a été proposée par Spencer Wells et a été exécutée pour la première fois par son élève Meredith, le 30 juin 1884.

Elle consiste à pratiquer l'incision de la vésicule; puis, après avoir débarrassé cette dernière des corps étrangers qu'elle renferme, à la suturer, puis à procéder à la fermeture de la plaie abdominale.

Malgré sa simplicité, cette opération offre de grands dangers et elle a été aussi abandonnée, tant par les chirurgiens français que par les chirurgiens étrangers.

D'autres fois, c'est une bouche permanente que l'on fait à la vésicule, tantôt la fistule est faite à l'extérieur, et tantôt dans une anse intestinale. De là deux sortes d'opérations : la cholécystotomie, que l'on devrait appeler plutôt « cholécystostomie » pour la distinguer de l'opération précédente, et la cholécystentérostomie.

Pratiquée pour la première fois par Bobby, en 1867, puis par Marions Sims en 1878, la cholécystostomie, sous l'influence des travaux de Lawson Tait, s'est rapidement généralisée.

La cholécystentérostomie ou création d'une fistule biliaire intestinale a été proposée théoriquement par Nussbaum en 1880, et pratiquée la même année, pour la première fois chez l'homme, par Winiwarter (de Liège), et l'on trouvera dans la remarquable étude que M. H. Delagenière a consacrée à cette opération, toutes les faces de cette intéressante question (1).

A côté et parallèlement à l'établissement de ces fistules biliaires permanentes, cutanées ou abdominales, il faut placer un troisième mode d'intervention, c'est l'ablation de la vésicule biliaire elle-même ou cholécystectomie.

Pratiquée chez le chat par Herlin, en 1767, proposée peut-être par Campaignac en 1826, elle a été faite chez l'homme, pour la première fois, par Langenbeck en 1890.

L'on trouvera dans la thèse de M. Calot tout l'historique de cette question (2).

Je ne m'occuperai dans ce rapport ni de l'« ideal cholecystotomy », ni de la cholécystectomie; elles sont tout à fait en dehors du sujet qui nous occupe et je n'envisagerai que la cholécystotomie et la cholécystentérostomie.

Bien entendu je ne discuterai ici ni la valeur de ces deux opérations, ni leur manuel opératoire; je n'ai aucune compétence en pareille matière. Mais, me plaçant au point de vue de la clinique et de la physiologie, je m'efforcerai de vous montrer dans quelles conditions post-opératoires se trouvent les individus auxquels on a pratiqué, soit une fistule biliaire cutanée, soit une fistule biliaire intestinale, et nous verrons après cet examen à motiver et à expliquer l'intervention de M. le docteur Fontan.

(1) H. Delagenière. *De la cholécystentérostomie*, Th. de Paris, 1889.
(2) Calot. *De la cholécystectomie*, Th. de Paris, 1890.

La création d'une fistule biliaire intestinale est l'opération qui, *a priori*, paraît la plus physiologique. Rétablir le cours de la bile en versant ce liquide dans l'intestin, est une idée séduisante, qui a dû aider beaucoup au succès de la cholécystentérostomie. Déjà, dans une communication précédente faite à l'Académie (1), j'ai montré qu'il était important que l'ouverture fût pratiquée aussi près que possible du duodénum, et je reviendrai tout à l'heure sur ce point, lorsque je parlerai du rôle de la bile dans la digestion à propos de la cholécystotomie.

Malheureusement, cette opération basée sur des données aussi saines de physiologie présente un inconvénient sérieux, c'est l'infection des voies biliaires.

Produite par la pénétration des microbes de l'intestin dans ces voies biliaires par l'ouverture fistulaire, cette infection se traduit par des accès de fièvre absolument analogues à ceux de la fièvre intermittente et présentent les trois stades caractéristiques de cet accès : stades de frisson, de chaleur et de sueur.

Tantôt ils se produisent isolément tous les quatre à dix jours, tantôt, au contraire, ils se suivent pendant un certain nombre de jours, trois à quatre jours, et reviennent alors à heures à peu près fixes.

Ils durent de quatre à six heures; ils sont précédés d'un état général de courbature, s'accompagnent quelquefois de vomissements et de douleurs d'estomac, et se terminent par un affaiblissement des forces.

Ce qui les distingue des accès intermittents, ce sont les deux points suivants : l'irrégularité de leur apparition, d'une part, et, de l'autre, la résistance qu'ils présentent à une médication quinique; quelle que soit la dose employée, on ne peut en modifier ni l'heure d'apparition, ni l'intensité.

Ces accès laissent à leur suite un affaiblissement général et un état de coloration des tissus, caractérisés surtout par de la mélanodermie, et qui font beaucoup ressembler les individus ainsi atteints d'infection hépatique par voie intestinale, aux malades atteints de cachexie palustre. Quelquefois, à la teinte foncée de la peau, vient se joindre un véritable subictère déterminé par un ictère infectieux accompagnant l'accès fébrile. On retrouve alors dans les urines de la bilirubine, et, pendant les périodes d'accès, presque toujours de l'urobiline.

Lorsque ces accès de fièvre, dus à l'infection hépatique, se produisent dans les jours qui suivent l'opération, ils présentent un haut degré de gravité et entraînent la mort du sujet qui ne peut résister après le choc opératoire à cet accès.

Lorsque, au contraire, ils se produisent tardivement, six semaines à deux mois après l'opération, le malade peut résister, mais, à partir de ce moment, l'amélioration que l'on constate après l'opération cesse et le malade se trouve alors, par suite de ces infections successives du foie, qui modifient profondément les fonctions de la cellule hépatique, dans des conditions d'infériorité vitale qui lui permettent de devenir facilement la proie des maladies intercurrentes.

J'ai montré tout à l'heure l'impuissance de la quinine. Cette même impuissance existe pour les autres médica-

(1) Dujardin-Beaumetz. Des conditions faites aux porteurs de fistule biliaire intestinale, Acad. de méd., mars 1894.

tions. Les antiseptiques intestinaux ne paraissent pas modifier l'apparition des accès; le régime alimentaire lui-même, sauf peut-être le régime lacté exclusif, tout en ayant une action sur l'intensité des accès fébriles, les atténue sans les faire disparaître.

Les eaux alcalines, et en particulier les eaux de Vichy, si puissantes pour combattre l'infection biliaire d'origine intestinale, éloignent les accès, mais ceux-ci ne tardent pas à reparaître, et cela se comprend d'ailleurs facilement, puisque l'infection hépatique résulte de la présence de la fistule. Ce n'est donc que lorsque la vésicule biliaire transformée en conduit se rapproche alors par sa disposition du canal cholédoque, que l'on peut espérer voir disparaître cette infection hépatique et les symptômes qu'elle produit, et à ce propos n'oublions pas que, d'après les recherches de Miquel, comme le nombre des microbes va croissant dans le tube digestif du duodénum à l'anus, plus la fistule sera éloignée de l'estomac, plus les chances d'infections seront grandes; c'est encore là un des arguments les plus sérieux en faveur de l'ouverture de la fistule, le plus près possible du duodénum.

Mais pour cette transformation de la vésicule en conduit fistuleux, il faut beaucoup de temps, des mois et des années.

Voilà pour la cholécystentérostomie.

Voyons maintenant ce qui se produit lorsque la fistule sera ouverte au dehors.

Dans la cholécystostomie, il n'y a plus de danger d'infection, et c'est là un fait bien intéressant; la bile étant par elle-même aseptique et antiseptique, empêche la pénétration des microbes extérieurs et évite ainsi les phénomènes sur lesquels je viens d'insister.

Mais en revanche, cette opération entraîne avec elle des inconvénients extrêmement sérieux. D'abord, c'est l'écoulement incessant de la bile sur les parois abdominales, constituant une véritable infirmité, analogue à celle de l'anus contre nature. Mais ce n'est là qu'un inconvénient secondaire, comparé à ce qui se produit dans l'intestin.

Dans les cas d'oblitération des voies biliaires, si la cholécystostomie permet de combattre et de faire disparaître les symptômes de l'empoisonnement biliaire, elle ne modifie en rien l'acholie intestinale et le malade continue à avoir les mêmes troubles intestinaux qu'avant l'intervention chirurgicale.

Certains chirurgiens, se basant sur cette opinion émise par des physiologistes que la bile n'était qu'un produit excrémentitiel, soutiennent qu'il suffit d'empêcher l'empoisonnement biliaire par l'établissement d'une fistule permanente pour conjurer tous les accidents, c'est une opinion contre laquelle on ne saurait trop réagir; oui, la bile est un produit excrémentitiel, mais c'est une substance alcaline qui permet la digestion pancréatique et intestinale, et l'on peut affirmer que, sans bile, il n'y a pas de digestion intestinale possible. On peut même ajouter, comme corollaire à cet adage, que sans digestion intestinale, il n'y a pas de nutrition possible.

Donc, par la fistule biliaire extérieure dans les cas d'ictère chronique, on fait disparaître, comme par la cholécystentérostomie, les symptômes de l'empoisonnement biliaire; l'individu ne s'en trouve pas moins placé dans des conditions qui, en empêchant les fonctions digestives de s'accomplir, gênent sa nutrition, et cela à un point tel qu'une vie prolongée ne paraît pas compatible avec un pareil état.

Mais ce qui a fait cependant le succès de la cholécystostomie, c'est que les causes d'oblitération des voies biliaires pouvant être passagères, on voit la bile reprendre son cours à travers le canal cholédoque, la fistule biliaire se tarit ou bien l'on peut intervenir pour l'oblitérer.

Aussi, dans une récente discussion qui s'est élevée à la Société de chirurgie (1), en se basant sur des observations où la perméabilité du canal cholédoque s'est rétablie, voyons-nous un certain nombre de chirurgiens, MM. Michaux et Routier en particulier, effrayés par les dangers de l'infection biliaire, préférer la cholécystostomie à la cholécystentérostomie.

Aussi proposent-ils, dans les cas où la laparotomie exploratrice permet de faire espérer le rétablissement du cours de la bile, d'avoir toujours recours à l'ouverture d'une fistule biliaire cutanée. C'est pour obtenir ce rétablissement que M. le docteur Fontan a proposé une double opération : le cathétérisme et les injections d'éther.

Pour le cathétérisme, il faut reconnaître que la plupart des chirurgiens repoussent cette manœuvre; elle produit souvent, en effet, des hémorragies des voies biliaires d'une haute gravité, et Lawson Tait, qui avait autrefois proposé la cholélithotripsie, a abandonné cette méthode à cause des dangers qui en résultaient. Nous voyons même M. Fontan obligé d'abandonner la sonde métallique dont il s'est servi la première fois, et qui a peut-être été la cause d'une hémorragie observée, par des sondes uréthrales en gomme. Reste la question des injections d'éther.

Il est probable que dans l'observation de M. Fontan, l'oblitération des conduits biliaires et du canal cholédoque en particulier était due à de la boue biliaire, et il est possible que ces injections aient favorisé la dissolution de cette boue. Mais ce qui diminue beaucoup la valeur de cette observation, c'est que, dans la récente discussion qui a eu lieu à la Société de chirurgie, M. Michaux d'une part, M. Routier de l'autre, ont cité des cas où, sans injections d'éther, l'on a vu le conduit cholédoque oblitéré reprendre ses fonctions et il est probable que la disparition des calculs entraînant la disparition de la cause de l'inflammation des conduits, ceux-ci reprennent leur calibre normal, par suite de la régression des produits inflammatoires qui augmentent l'épaisseur des différentes couches de la muqueuse des voies biliaires.

Je crois donc qu'il faut se montrer très réservé dans l'adoption d'une pareille méthode et ne garder la possibilité de ces injections d'éther que pour des cas absolument exceptionnels.

En résumé donc, lorsque la laparotomie exploratrice permettra de reconnaître une oblitération complète et absolue des conduits cholédoques, sans espoir de voir se rétablir les fonctions de ce conduit, je crois qu'il faut préférer la cholécystentérostomie à la cholécystotomie, tout en reconnaissant les dangers de l'infection biliaire. Lorsque, au contraire, on peut espérer le retour du cours de la bile, on pourra utiliser la cholécystostomie, et lorsqu'il s'agira de boues biliaires, se rappeler la possibilité de faire usage des injections d'éther.

En tout cas, nous vous proposons : 1° d'adresser des remerciements à M. Fontan, pour son intéressante communication; 2° de déposer son observation dans nos archives.

(1) Soc. de chir., séances des 11, 18 et 25 juillet 1894.

NOTE
SUR LA GUÉRISON DE LA PSEUDARTHROSE DES OS LONGS PAR LE PROCÉDÉ DE L'ENCLAVEMENT OU DU TENON

Par M. le docteur DELORME, professeur au Val-de-Grâce.

Le procédé sur lequel j'attire l'attention n'a été pratiqué qu'une fois sans succès, dans la première moitié du siècle. La remarquable guérison qu'il m'a fournie semble indiquer qu'il mérite mieux que l'oubli complet dans lequel il est tombé.

D'une façon sommaire, il consiste à engager, à encastrer dans la cavité médullaire de l'un des fragments de l'os atteint de pseudarthrose, l'extrémité de l'autre fragment façonnée en tenon.

Voici dans quelles conditions j'ai été amené à recourir à ce mode opératoire :

OBSERVATION. — Le 2 juillet 1893, il y a treize mois, par conséquent, le nommé N..., soldat au 1er de ligne, né à Maubeuge, tente de se suicider en dirigeant, contre le côté gauche de sa poitrine, le canon d'un fusil Gras chargé à balle. L'arme dévie, et le projectile perfore transversalement de dedans en dehors le bras gauche près de l'empreinte deltoïdienne.

L'orifice d'entrée, représenté actuellement par une cicatrice ovalaire de plus de 4 centimètres, est situé sur la ligne prolongée du bord inférieur du grand pectoral, un peu en avant du paquet vasculo-nerveux. Cet orifice est entouré d'une large plaque de cicatrice de brûlure. L'orifice de sortie, guéri par une cicatrice déprimée et linéaire de 10 centimètres de long, répond à la partie externe du bras. Au moment de l'accident, il formait un vaste hiatus dans lequel on eût pu engager la main. Le corps de l'humérus était fracturé des plus communitivement à la réunion de son tiers supérieur et de son tiers moyen et, comme la chose est habituelle en pareil cas, la presque totalité des esquilles latérales délimitées par la balle, furent chassées hors du membre. Le raccourcissement sans chevauchement des fragments était de 4 centimètres.

En somme, ce soldat présentait les effets terribles d'un coup de feu dit explosif, un foyer de fracture nettoyé, c'est-à-dire réduit à ses extrémités fragmentaires.

Grâce aux soins antiseptiques, assurés par mon collègue, M. le médecin-major Dubois de l'hôpital de Cambrai, les plaies de N... étaient guéries en un mois sans accident, presque sans suppuration, mais malgré l'application régulière d'un bon appareil immobilisant, maintenu pendant trois mois, la fracture ne put se consolider.

Avant d'aller plus loin, je ne puis m'empêcher de faire remarquer que cette guérison si simple vient confirmer, suivant l'opinion que j'ai soutenue, la valeur du traitement conservateur, même dans les fractures par coups de feu du type le plus sévère, dans les fractures diaphysaires produites à très courte distance sans lésions vasculo-nerveuses graves. Quatre mois et demi après son accident, N... est évacué sur mon service, au Val-de-Grâce, pour être traité de sa pseudarthrose. Après avoir continué à l'immobiliser au delà du sixième mois sans résultat, j'ai recours à une intervention directe, au commencement de mars 1894, c'est-à-dire il y a cinq mois et demi.

Je pensais d'abord, chez lui, suturer les deux fragments réséqués, avivés; mais, après m'être rendu compte *de visu* des dispositifs de la fracture, je délaissai le procédé classique pour recourir à une technique de nécessité qui me paraissait mieux appropriée au cas particulier. J'eus recours à l'*enclavement*. Le fragment supérieur était, en effet, sectionné transversalement à deux travers de doigt à peine au-dessous du col chirurgical, l'inférieur rendu un peu irrégulier par des ostéophytes avait conservé sa forme générale classique en bec de flûte. Porter une section au-dessous de la longue pointe de ce fragment inférieur m'eût donc exposé à raccourcir considérablement le membre.

Adhérente à sa partie interne, se trouvait une esquille irrégulière, peu étendue en hauteur, réunie au fragment supérieur par du tissu fibreux. Les deux fragments étaient unis par une nappe courte de même tissu, sans interposition musculaire, et le canal médullaire du fragment supérieur, qui avait conservé son calibre, était en grande partie obturé par un mélange de tissu fibreux et osseux.

Grâce à une incision antéro-externe d'étendue suffisante, ménageant le plus possible les fibres du deltoïde, j'enlevai l'esquille interne qui m'eût gêné pour le rapprochement des fragments; je débarrassai les fragments de leur tissu fibreux intermédiaire; j'arrondis avec la pince-gouge le fragment inférieur et lui donnai la forme d'un tenon un peu conique, bien régulier; enfin, avec la curette, la pince-gouge de Legouest et la gouge ordinaire, je creusai le fragment supérieur assez pour admettre, à frottement, 3 centimètres du tenon du fragment inférieur.

Tout mouvement vertical était dès lors impossible dans le foyer de la fracture, mais les mouvements de rotation faisaient encore légèrement glisser le fragment inférieur dans sa mortaise. Je traversai ce fragment supérieur par deux gros fils d'argent que j'enroulai autour de prolongements ostéophytiques du fragment inférieur, à la base du tenon.

J'avais eu un instant l'idée de traverser ensemble ces deux fragments, mortaise et tenon, par une cheville métallique ou osseuse; la crainte de faire éclater l'un ou l'autre me fit abandonner cette pratique.

J'ai hâte de dire que, avant d'unir les deux fragments, j'avais eu bien soin de désankyloser le fragment supérieur pour n'avoir pas à m'exposer, pendant les exercices pénibles de mobilisation ultérieure, à fragmenter le tenon du fragment inférieur. Les quelques difficultés que j'éprouvai à obtenir ce résultat me montrèrent que j'avais eu grandement raison de procéder ainsi.

Sutures, drain, pansements antiseptiques, immobilisation pendant quarante jours. Guérison par première intention de la plaie, à l'exception d'un point qui resta fistuleux. Après un mois d'attente, la fistule n'étant pas guérie, je la sondai et je tombai sur les fils non recouverts et intolérés. Je rouvris la plaie, j'en fis l'ablation et depuis lors la guérison est complète.

Le résultat est bien digne d'être relevé : il est des plus satisfaisants. Le bras, raccourci de 7 centimètres, plus du fait de la fracture que de l'opération, est peu atrophié. Coude et épaule ont toute la liberté et la force de leurs mouvements; la force de flexion et d'extension du coude, d'abduction totale du bras est presque égale à celle du côté opposé. N... soulève à bras tendu un poids de 15 kilogr. aussi aisément que du côté opposé. Le cal est régulier, non volumineux, sans difformité; il n'est pas douloureux et le fragment inférieur est bien dans l'axe du supérieur.

Le procédé que j'ai suivi chez ce malade m'a été inspiré par les circonstances, et j'avoue qu'au moment où je l'employai, j'ignorais absolument que ce mode opératoire, à tel point tombé dans l'oubli qu'il n'est même pas mentionné dans nos classiques, ait été antérieurement utilisé par Roux, sans succès; il est même heureux que je n'aie pas connu sa tentative par la courte note que lui a consacrée Bérard dans sa *Thèse de concours pour le professorat* (1833) ou par la mention qu'en a fait Bérenger-Féraud, dans son *Traité de l'immobilisation dans les fractures*. En effet, l'exposé du premier et les critiques du second m'eussent certaine-

ment détourné de son emploi. Bérard nous dit que la jeune fille chez laquelle Roux, après une résection de l'humérus, avait engagé la pointe de l'un des fragments dans le canal médullaire de l'autre, n'était pas guérie au bout de deux mois, et qu'une chute sur le bras lui fit perdre le bénéfice de l'opération. Bérenger-Féraud, de son côté, juge ce procédé inapplicable et sans valeur. Pour lui, la destruction du canal médullaire, nécessitée par l'enclavement du fragment taillé en tenon, doit amener la nécrose du fragment récepteur, aussi sûrement que la destruction intra-médullaire provoquée par le fer rouge de Troja ou les morceaux de bois de Flourens. Le procédé de Roux, dit-il, nécessite la torsion du segment inférieur, laisse, par conséquent, un membre difforme et impotent. Probablement, chez le malade de Roux, le moindre effort eût enfin, pour cet auteur, amené le même résultat qu'une chute, c'est-à-dire la fracture du cal.

Le malade que je vous présente fait justice de ces critiques si fondées et qui ne pouvaient être passées sous silence, formulées qu'elles sont par un chirurgien dont les travaux sur les fractures ont une autorité si grande et si légitime.

Sous les pansements antiseptiques, l'enclavement employé comme mode de traitement de certaines pseudarthroses est, le fait présent le démontre, susceptible de fournir, sans aléa, une guérison durable, de donner au membre une solidité égale à sa résistance primitive, au prix d'un raccourcissement moindre que celui que laisse la résection suivie de sutures des fragments. Or, ce résultat n'est pas à dédaigner, car on sait que l'impotence des muscles est proportionnelle à l'exagération relative de leur longueur, c'est-à-dire avec le degré de raccourcissement du membre.

Ce procédé semblerait devoir être utile dans les pseudarthroses consécutives à des fractures par armes de guerre produites à courtes distances et siégeant à proximité des extrémités de la diaphyse, soit dans le cas où le foyer de la fracture, débarrassé de ses esquilles latérales, n'est plus guère représenté, comme chez mon malade, que par un long fragment diaphysaire que sa forme et ses faibles dimensions ont rendu peu apte à se coapter au fragment supérieur taillé plus horizontalement. On peut même se demander si, en pareil cas, on ne serait pas autorisé à l'utiliser, sur-le-champ, comme mode d'immobilisation de la fracture et comme moyen préventif et non curatif de la pseudarthrose.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 14 août 1894. — Présidence de M. Empis.

COMMUNICATION

Du tétanos. — M. LEROY DES BARRES communique plusieurs observations de tétanos. Dans un premier cas, il s'agit d'un jeune homme de vingt-huit ans, couchant près d'une écurie qui a renfermé cinq ans avant des harnais ayant appartenu à un cheval tétanique. Ce jeune homme reçoit un caillou sur la joue qui lui fait une légère blessure.

Quatre jours après, il est pris de tétanos avec paralysie faciale et meurt. La terre, examinée bactériologiquement, n'a donné aucun résultat positif au point de vue de la présence du bacille du tétanos.

Dans un second cas, un enfant de sept ans se fait une plaie contuse de la phalange unguéale du pouce; le doigt blessé est souillé de terre d'une écurie du voisinage; douze jours après, tétanos. Le lendemain du jour où apparut le trismus, on fait l'amputation du pouce. De ce jour, l'état du malade s'améliore et il guérit.

La terre de l'écurie renfermait bien le microbe du tétanos, constaté par M. Netter, qui fit des inoculations positives.

Un troisième fait a trait à une matelassière qui avait refait les matelas du malade précédent; un mois après sa guérison, elle se blesse la plante du pied avec un clou. La blessure a dû livrer accès dans l'organisme au virus tétanique. Elle est atteinte de tétanos et meurt.

Dans une quatrième observation, il s'agit d'un homme de vingt-huit ans, qui est pris dans une courroie de transmission; il est conduit à l'hôpital, enveloppé dans une couverture d'écurie qui touche directement les plaies. Il a été impossible de savoir si cette couverture avait servi à un cheval malade. Au neuvième jour, tétanos. On donne du chloral; on injecte du sérum antitoxique sans succès. Le malade meurt.

Ces quatre cas sont le résultat de contagion médiate. Trois d'entre eux montrent l'habitat fréquent du germe tétanique dans les locaux occupés par le cheval, et la conservation prolongée de son pouvoir pathogène.

Le deuxième fait montre l'utilité de l'intervention opératoire contre le tétanos.

Le troisième fait est un nouvel exemple de contagion médiate inter-humaine.

Le sérum antitoxique a été sans effet trois jours après le début des accidents; peut-être serait-il plus efficace si on l'utilisait préventivement.

Ces divers cas montrent que, pour assurer la prophylaxie réelle du tétanos, il faudrait inscrire cette maladie sur la liste des affections à déclarer obligatoirement par les vétérinaires.

RAPPORTS

Prix. — M. CADET DE GASSICOURT lit le rapport sur le prix Bourceret.

M. CHAUVEL lit le rapport sur le prix Laborie.

A quatre heures, l'Académie se forme en comité secret pour entendre les conclusions de ces rapports.

Séance du 21 août 1894. — Présidence de M. Sappey, ancien président.

COMMUNICATION

Ferratine. — M. G. SÉE fait une communication sur l'emploi de la ferratine. Le foie de cochon renferme, d'après Schmideberg, une substance contenant 6 p. 100 de fer et à laquelle il a donné le nom de ferratine. C'est la seule substance que nous pouvons avaler avec les aliments et qui se trouve comme réserve dans les tissus de la formation du sang. Cet albuminate acide de fer, administré à des anémiques, a des effets toniques remarquables; il est facilement assimilable, sans produire de troubles ni stomacaux ni intestinaux; il est, en outre, légèrement astringent. M. Sée l'emploie à la dose de 50 centigrammes à 1gr50 par jour et en deux à trois fois, le tout représentant 7 p. 100 de fer.

LECTURE

Protection de l'enfance. — M. F. LEDÉ (de Paris). La dernière statistique officielle de la population de la France a montré un excédent de 20,041 décès sur les naissances et cet excédent n'est pas plus élevé, grâce à l'appoint fourni par les naissances de nationalité étrangère sur notre sol.

Certains départements (Cher, Nord, Pas-de-Calais, Saône-et-Loire, Haute-Vienne) semblent avoir un chiffre de naissances relativement plus élevé que les décès, cela tient à ce que beaucoup de femmes de ces départements confient leur enfant à des nourrices d'autres départements.

La Nièvre donne un excédent de décès sur les naissances par suite du renvoi dans la Nièvre des enfants des femmes qui se placent nourrices sur lieu à Paris. Le département de la Seine a un excédent fort restreint de naissances (914) pour une population de 3 141 595 habitants ayant 77 402 naissances par an. Cet excédent de naissances serait remplacé par un excédent de décès, si les enfants nés dans la Seine et spécialement à Paris n'étaient pas exportés en province et placés en nourrice.

Ce sont les enfants de Paris placés en province qui vont provoquer des excédents considérables de décès dans l'Aisne, la Côte-d'Or, l'Eure, l'Orne, la Sarthe, la Somme et l'Yonne.

Il en est de même pour le département du Rhône, les Bouches-du-Rhône, la Gironde et la Haute-Garonne.

En 1889, j'avais obtenu comme moyennes de mortalité des enfants placés en nourrice, le chiffre de 27,52 p. 100 dans la première année de vie et de 28,07 p. 100 dans les deux premières années de vie.

J'ai obtenu, pour l'année 1893, une moyenne de 27,51 p. 100 comme mortalité dans les deux premières années. C'est une amélioration réelle et notable, surtout si l'on considère que les départements étudiés sont nourriciers de Paris et de la Seine et que les enfants ne sont pas toujours confiés dans les meilleures conditions de santé. Aussi je demande, pour diminuer cette mortalité, dans de plus larges proportions :

1° La centralisation de tous les documents statistiques en un centre spécial chargé de les étudier sérieusement ;

2° La création dans les grandes villes d'offices municipaux et gratuits réservés aux nourrices et aux parents recherchant une éleveuse ;

3° Une inspection sévère et rigoureuse des enfants exportés par des médecins-inspecteurs spéciaux, chargés d'aller, dans les centres nourriciers, se rendre compte de l'état des enfants exportés.

Cette mesure a été prise pour les enfants assistés et les enfants des travailleurs pourraient bien jouir des mêmes avantages.

PRÉSENTATION DE MALADES

Note sur la guérison de la pseudarthrose des os longs, par le procédé de l'enclavement ou du tenon. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 908.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 17 août 1894, il est institué auprès du ministre des Colonies une inspection générale du service de santé, chargée de la direction technique des affaires sanitaires et de l'hygiène.

Le médecin inspecteur, président du Conseil supérieur de santé, prend le titre d'inspecteur général. Il relève directement du ministre.

Il a sous ses ordres le personnel attaché à l'inspection générale, qui comprend : 1° le Conseil supérieur de santé; 2° un bureau d'hygiène et de statistique médicale.

L'inspecteur général du service de santé est consulté : sur l'organisation du corps de santé, les promotions et les mouvements du personnel attaché aux hôpitaux des colonies; sur la construction et l'aménagement des casernements et hôpitaux; sur les projets de travaux intéressant l'hygiène publique aux colonies.

Il centralise les renseignements sanitaires et la statistique médicale des colonies. Il dirige le service technique des hôpitaux, lazarets, asiles ou autres établissements sanitaires des services généraux ou locaux. Il prépare les instructions relatives à la police sanitaire et propose au ministre les mesures qu'elle nécessite.

Il n'est rien changé aux dispositions générales du titre IV du décret du 7 janvier 1890, concernant les attributions du Conseil supérieur de santé des colonies et pays de protectorat.

— *Autriche-Hongrie.* — La réorganisation du corps de santé sur de nouvelles bases vient d'être arrêtée. Le personnel va être augmenté de 225 unités, en y comprenant les médecins détachés dans le territoire d'occupation de Bosnie-Herzégovine. L'augmentation comprend 1 médecin général, 41 médecins supérieurs, 15 médecins-majors, 119 médecins de régiments, et 79 premiers médecins; ces derniers sont assimilés aux premiers lieutenants et correspondent aux aides-majors de l'armée française.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — AOUT-SEPTEMBRE 1894. — *Excursions aux stations thermales et balnéaires des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Pau, Salies-de-Béarn* (tarif spécial G. V., n° 106, Orléans). — Des billets d'aller et retour, avec réduction de 25 p. 100 en 1re classe et de 20 p. 100 en 2e et 3e classes sur les prix calculés au tarif général d'après l'itinéraire effectivement suivi, sont délivrés toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie d'Orléans, pour les stations balnéaires et thermales ci-après du réseau du Midi :

Alet, Arcachon, Argelès-Gazost, Ax-les-Thermes, Bagnères-de-Bigorre, Bagnères-de-Luchon, Banyuls-sur-Mer, Biarritz, Boulou-Perthus (le), Cambo-Ville, Capvern, Céret (Amélie-les-Bains, La Preste, etc.), Couiza-Montazels, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Laluque (Préchacq-les-Bains), Lamalou-les-Bains, Lannemezan (Cadéac, Vieille-Aure), Laruns (les Eaux-Bonnes, les Eaux-Chaudes), Oloron-Sainte-Marie (Saint-Christau), Pau, Pierrefitte-Nestalas (Barèges, Cauterets, Luz, Saint-Sauveur), Prades (le Vernet et Molitg), Quillan (Ginoles, Carcanières, Escouloubre, Usson-les-Bains), Saint-Girons (Aulus), Saint-Jean-de-Luz, Saint-Flour (Chaudes-Aigues), Salies-de-Béarn, Salies-du-Salat et Ussat-les-Bains.

Durée de validité : **25 JOURS**, non compris les jours de départ et d'arrivée.

Tout billet d'aller et retour délivré au départ d'une gare située à 500 kilomètres au moins de la station thermale ou balnéaire, donne droit, pour le porteur, à un arrêt en route à l'aller comme au retour. Toutefois, la durée de validité du billet ne sera pas augmentée du fait de ces arrêts.

La période de validité des billets d'aller et retour peut, sur la demande du voyageur, être prolongée deux fois de dix jours, moyennant le paiement aux administrations, pour chaque fraction indivisible de dix jours, d'un supplément de 10 p. 100 du prix total du billet aller et retour.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite trois jours au moins avant le jour du départ.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'albuminurie dans le diabète sucré.

Par G. JACOBSON,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — Au dire des auteurs, c'est Cotugno (1) qui, le premier, a signalé l'existence d'urines coagulables chez les diabétiques.

Après lui, Cullen (1795) rapporte des faits analogues.

Depuis ces premières observations, la question de l'albuminurie dans le diabète a été traitée, ou tout au moins effleurée, par tous les auteurs qui se sont occupés du diabète.

La présence de l'albumine dans l'urine est d'abord considérée comme un symptôme favorable (Darwin, 1801; Dupuytren et Thénard, 1806) puis, comme un signe de mauvais augure (Prost, 1822; Rayer, 1852; Trousseau).

De 1840 à 1880, les faits cliniques abondent : Griesinger, Smœler, Pavy, Christi-Biucli, Seegen, Roberts, Harley, Grisolle, Niemeyer, etc., rapportent de nombreuses observations et les commentent.

En 1864, Marchal de Calvi (2) fait faire un pas important à la question, en distinguant, chez les diabétiques, l'albuminurie « cachectique » de l'albuminurie liée à des lésions du rein : c'est à cette dernière variété seulement qu'il attribue un pronostic grave.

MM. Brouardel (1869), Bouchardat, Cantani sont à peu près du même avis, tandis que M. Lecorché (3), au contraire, croit qu'il n'y a pas d'albuminurie sans néphrite.

Pour les auteurs modernes, Lasègue, Maguire, Stockwis, Frerichs (4), Senator, Strümpell, Eichorst, Lancereaux et bien d'autres ont donné leur opinion sur la question qui nous occupe : M. Bouchard (5) lui consacre tout un chapitre.

(1) COTUGNO. *Cotunii de ischiade nervosa commentarius*, 1764.
(2) MARCHAL DE CALVI. *Recherches sur les accidents du diabète*, 1864.
(3) LECORCHÉ. *Traité du diabète*, 1877. — LECORCHÉ et TALAMON. *Traité de l'albuminurie et du mal de Bright*, 1888.
(4) FRERICHS. *Deuts. Med. Wochens.*, 1881. — *Traité du diabète*, 1887.
(5) BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de la nutrition*, 1882.

Tandis que les faits cliniques s'accumulaient, l'étude des lésions du rein dans le diabète n'était pas négligée : elle l'était d'autant moins que, pendant longtemps, le diabète a été considéré comme une maladie du rein et on est étonné de trouver encore cette théorie dans Rayer et dans Valleix en dépit de la découverte de Willis et des mémoires qui l'ont suivie. Il a fallu les travaux de Claude Bernard pour anéantir cette erreur : à partir de ce moment, le diabète est considéré comme une maladie générale et l'état du rein comme accessoire.

Les anatomistes signalent alors dans le rein des diabétiques les lésions les plus diverses, mais aucune d'elles n'est caractéristique.

L'anatomie pathologique du rein diabétique est, en réalité, d'étude toute récente : en 1873, Armanni (1) décrit la lésion qui porte son nom ; les travaux d'Armanni sont confirmés par Ebstein (2), qui signale, de plus, la nécrose de l'épithélium des tubes contournés.

En 1883, Ehrlich (3) démontre la présence de matière glycogène aux points où existe la lésion d'Armanni.

En 1885 et en 1887, Straus (4) fait la critique de ces derniers travaux, les confirme et apporte de nouveaux faits anatomiques.

Les thèses de MM. Inglessis (5), Bussière (6), Sallès (7) mettent la question au point : nous ferons à ces thèses de nombreux emprunts (8).

Définition. — Il est assez difficile de définir exactement ce que l'on doit entendre par « *albuminurie dans le diabète* ».

Tout diabétique peut, par exemple, être atteint de tuberculose, d'affection cardiaque, de maladie infectieuse quelconque, etc., l'albuminurie peut être sous la dépendance de ces diverses causes : ces cas, cela se comprend, ne peuvent rentrer dans notre sujet.

Mais en d'autres circonstances, il est bien difficile de dire si l'albuminurie se rattache ou non au diabète. Nous aurons l'occasion de montrer que, pour un grand nombre d'au-

(1) Voir CANTANI. *Le diabète sucré et son traitement diététique*, trad. franç. par Charvet, Paris 1876.
(2) EBSTEIN. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1881.
(3) EHRLICH. *Zeits. f. Klin. Med.*, 1883.
(4) STRAUS. *Arch. de physiol.*, 1885 et 1887.
(5) INGLESSIS. Th. de Paris, 1885.
(6) BUSSIÈRE. Th. de Paris, 1893.
(7) SALLÈS. Th. de Lyon, 1893.
(8) On trouvera des indications bibliographiques complètes dans les thèses de MM. Bussière et Sallès.

teurs, l'albuminurie est toujours liée à une affection antérieure au diabète, ou l'accompagnant.

Nous étudierons ici l'*albuminurie qui survient fréquemment dans les cas de diabète de longue durée, de façon à le compliquer ou à se substituer à lui* ; le malade devient à la fois albuminurique, en même temps que diabétique, ou encore de diabétique simplement brightique.

Peut-être existe-t-il des formes différentes correspondant à des causes pathogéniques et à des lésions différentes : mais la pathogénie est encore trop peu connue pour qu'il soit possible d'en tenir compte dans une définition : celle-ci ne peut être jusqu'ici que *clinique*.

II

Étiologie. — La fréquence de l'albuminurie dans le diabète sucré est très différemment appréciée par les auteurs :

Sur 100 cas de diabète, Frerichs trouve environ 5 albuminuriques; pour Garrod l'albuminurie existe environ 10 fois sur 100; pour Sénator 11 fois; pour Pollatschek 36 fois; pour Bouchard 45 fois; pour Lecorché et Talamon 50 fois; pour Rokitansky 66 fois, etc.

Ces divergences considérables sont beaucoup plus apparentes que réelles, car les auteurs cités comprennent différemment leurs statistiques.

Ainsi, tous ne font pas suffisamment la différence entre le diabète et les glycosuries symptomatiques, lesquelles, comme on sait, s'accompagnent fréquemment d'albuminurie.

D'autre part, certains auteurs ne comptent que les albuminuries persistantes et abondantes, laissant de côté les observations où l'albumine a été notée passagèrement ou en petite quantité : Frerichs, par exemple, prend seulement les cas où il y a eu évidemment *néphrite*.

Au contraire, MM. Lecorché et Talamon tiennent compte des moindres traces d'albumine.

Il faut faire remarquer aussi la différence des milieux. Tel observe dans sa clientèle, tel autre à l'hôpital; le docteur Duforest (cité par Sallès) fait sa statistique à Vichy, où l'on n'envoie guère les diabétiques qui ont de l'albumine : aussi ne trouve-t-il que le chiffre de 16 p. 100, certainement trop faible.

Enfin, rappelons que l'albuminurie est souvent intermittente, transitoire, qu'elle apparaît quelquefois à une période avancée du diabète et qu'elle peut passer facilement inaperçue, si on n'a pas le soin de la rechercher systématiquement tous les jours, et si on n'emploie, pour la déceler, que les procédés approximatifs en usage dans les services de clinique.

La fréquence de l'albuminurie varie suivant l'âge, le sexe, la variété de diabète.

Age. — Chez l'enfant l'albuminurie est rare; chez l'adulte elle est le plus fréquente de quarante-cinq à cinquante-cinq ans (Sallès). Chez le vieillard le diabète, exceptionnel d'ailleurs, s'accompagne le plus souvent d'azoturie et d'albuminurie (1).

Sexe. — D'après MM. Lecorché et Talamon, l'albuminurie existe dans 50 p. 100 des cas chez l'homme, tandis qu'ils ne l'ont rencontrée que dans 11 p. 100 chez la femme.

Variété de diabète. — M. Lancereaux (2) a montré que, dans l'état actuel de nos connaissances, il est possible de décrire trois grandes variétés de diabète :

Le diabète gras ou herpétique, diabète vulgaire;

Le diabète maigre lié à des lésions du pancréas;

Le diabète traumatique qui n'est que la reproduction clinique de l'expérience de Claude Bernard.

Dans le *diabète traumatique* l'albuminurie est rare; quand elle existe, elle paraît être, comme la glycosurie, sous la dépendance du traumatisme causal.

Elle est notée dans un fait observé par M. Brouardel, où sa présence suivit de près le traumatisme et précéda l'apparition du sucre de plusieurs mois.

Fischer a eu l'occasion de voir trois cas de fracture des vertèbres de la région dorsale supérieure avec glycosurie et albuminurie.

L'albuminurie est tout à fait exceptionnelle dans le *diabète pancréatique*. Quand on l'y trouve, on peut presque toujours l'attribuer à une autre cause.

Les observations d'albuminurie chez les diabétiques se rapportent presque exclusivement au diabète gras.

L'apparition de l'albumine dans l'urine a paru favorisée, dans quelques cas, par une alimentation vicieuse, par des fatigues, des excès, des émotions...

Telles sont, en dehors de toute considération pathogénique, les particularités étiologiques de l'albuminurie des diabétiques.

Les auteurs, qui n'admettent pas l'existence d'une albuminurie liée directement au diabète, font intervenir, pour l'expliquer, des causes diverses : artério-sclérose, paludisme, syphilis, infections, etc. Nous aurons l'occasion de revenir plus loin sur cette façon de voir.

III

Étude clinique. — L'albuminurie se présente, dans le diabète, sous deux formes principales :

a. Dans sa *forme bénigne*, elle joue le rôle d'un épiphénomène et ne s'accompagne d'aucun des troubles fonctionnels, d'aucune des complications qu'on rencontre dans le mal de Bright.

Cette forme, nous le verrons, ne paraît pas répondre anatomiquement à des lésions de néphrite appréciables.

b. Dans sa *forme grave*, l'albuminurie, quoique évoluant pour son propre compte, aggrave néanmoins le pronostic général : elle s'accompagne habituellement de céphalées en casque, d'hydropisies, de troubles gastro-intestinaux, de dyspnée toxique et autres troubles ressortissant de l'urémie.

Nous aurons l'occasion de voir qu'à cette forme répondent toujours des lésions bien marquées du rein.

MM. Lecorché et Talamon (1) n'admettent pas ces deux formes cliniques, parce que, disent-ils, « on ne peut affirmer qu'un diabétique qui rend d'abord seulement des traces d'albumine ne deviendra pas, à la longue, un albuminurique véritable ».

Ils n'admettent pas davantage la distinction anatomique : « Que l'albumine soit excrétée en faible ou en forte proportion, elle ne se trouve dans l'urine que parce que le filtre rénal est altéré » (p. 275).

Mais cette deuxième affirmation ne tient aucun compte des faits où l'on n'a constaté aucune lésion appréciable du rein.

(1) Landrieux et Iscovesco. *Progrès méd.*, 1885.
(2) Lancereaux. *Clinique médicale*, 1892.

(1) Lecorché et Talamon. Loc. cit., p. 272.

Quant à la première objection, elle ne prouve qu'une chose, c'est qu'un malade albuminurique peut, comme tout autre, peut-être même plus facilement, être atteint de néphrite.

D'ailleurs, la division adoptée par nous est artificielle comme toute division clinique. Il existe des cas nombreux où l'albuminurie, d'abord bénigne, finit par acquérir les caractères d'une albuminurie d'origine rénale; d'autre part, les formes intermédiaires ne sont pas rares.

Mais la division classique répond à la majorité des faits, ne préjuge en rien de la pathogénie et tient compte des faits anatomiques : c'est à ces divers titres que nous avons cru devoir la conserver.

Albuminurie bénigne. — Comme nous l'avons déjà dit, l'albuminurie est ici un phénomène secondaire, accessoire, et non une complication proprement dite.

On la rencontre presque toujours dans le diabète gras, et particulièrement dans les formes moyennes où la glycosurie est modérée (50 grammes environ de sucre par jour).

« Sur 200 cas de diabètes légers, l'albuminurie s'observerait 60 fois; sur 100 cas de diabète sérieux, elle n'existerait que 25 fois » [Bouchard] (1).

L'état général des malades est ordinairement excellent, et « plus de la moitié des diabétiques albuminuriques sont en même temps des obèses » (Bouchard).

Rien, parmi les signes fonctionnels, ne peut faire supposer la présence de l'albumine, d'où la nécessité de la rechercher par un examen systématique et répété de l'urine.

L'albuminurie n'apparaît pas le plus souvent dans les premières périodes du diabète, mais ordinairement elle n'est pas, non plus, tardive comme on l'a dit. Quelquefois, cependant, elle se montre seulement à la période d'amaigrissement, de cachexie.

Nous avons dit que l'analyse des urines pouvait seule faire faire le diagnostic : aussi devons-nous insister sur les caractères de ces urines.

Examen des urines. — La *quantité* d'urine reste au-dessus de la normale : il y a polyurie, 2 à 3 litres dans les vingt-quatre heures environ.

La *densité* est élevée comme dans le diabète ordinaire : elle oscille entre 1 019 et 1 025.

La *réaction* est acide.

La *proportion d'albumine* est toujours minime : les réactifs les plus délicats n'en dénotent que des traces ; il est exceptionnel que l'on en trouve 1 à 2 grammes par jour; il n'est même pas démontré que cela puisse être dans la forme qui nous occupe.

La quantité d'albumine excrétée ne paraît pas, le plus souvent, en rapport avec la glycosurie. Elle n'est pas davantage en rapport avec l'azoturie ; « Dans plus des trois quarts des cas, l'albuminurie du diabète sucré existe sans qu'il y ait azoturie simultanée et, d'autre part, le diabète sucré compliqué d'azoturie s'accompagne d'albuminurie à peine dans un sixième des cas » (Bouchard).

La phosphaturie existe assez souvent en même temps que l'albuminurie ; quelquefois la quantité de phosphates est en raison inverse de la quantité d'albumine.

L'*examen microscopique* du sédiment urinaire permet de reconnaître, dans certains cas, quelques cylindres hyalins : jamais on ne trouve de cylindres épithéliaux ou granuleux.

(1) BOUCHARD, Loc. cit.

Dans le chapitre qu'il consacre à l'albuminurie des diabétiques (loc. cit.), Bouchard attribue une importance considérable à la rétractilité par la chaleur du coagulum produit par l'action sur l'urine albumineuse des réactifs coagulants et particulièrement de l'acide picrique ou de l'iodure double de mercure et de potassium en solution acide. Le précipité est-il rétractile par la chaleur ? il y a lésion du rein. S'il ne l'est pas, si l'urine reste opalescente, il s'agit d'une albuminurie d'origine sanguine, qui provient de la destruction plus rapide des globules ou de la désassimilation viciée des éléments anatomiques.

On comprend combien la détermination de la rétractilité aurait d'importance si le fait énoncé par M. Bouchard était démontré exact. Malheureusement il a été contesté par la plupart des auteurs et nous croyons savoir que M. Bouchard lui-même ne lui attribue plus la même importance.

Il paraît néanmoins exact que l'albuminurie d'origine rénale est *généralement* rétractile.

Symptômes. — L'albuminurie légère est, tout au moins au début, souvent *intermittente*. On la voit, d'abord nettement marquée, disparaître, puis reparaître à nouveau, sans que cette réapparition ait la moindre influence sur l'état général des diabétiques.

J.-B. Teissier (de Lyon) appelle « diabète alternant » cette forme de diabète dans laquelle le symptôme capital, la glycosurie, s'efface de loin en loin devant un autre : phosphaturie, azoturie, albuminurie, ou même devant l'une des manifestations de l'arthritisme.

Cette forme est d'ailleurs discutable : Elliotson Watts, Traube, Claude Bernard en citent des exemples; M. Lecorché la nie; M. Lancereaux la met en doute.

M. Teissier et son élève, M. Sallès, comprennent sous le nom d' « albuminurie alternante » les faits dans lesquels la glycosurie alterne avec l'albuminurie. Des observations de ce genre sont citées par Potain, Redard, Coë, Charcot (1), Eichorst, Duckworth, Schmitz.

Parfois albumine et sucre sont éliminés en raison inverse.

L'albuminurie peut aussi alterner avec l'élimination des phosphates ou des urates.

Quoi qu'il en soit, après avoir été alternante ou intermittente, l'albuminurie finit, le plus souvent, par devenir définitive ; et alors, tantôt elle persiste toujours à l'état *latent*, tantôt (dans la moitié des cas pour Teissier) elle finit par acquérir les caractères de l'albuminurie grave ; la quantité d'albumine augmente, le précipité albumineux devient rétractile et des symptômes urémiques peuvent se montrer.

Il ne faudra jamais perdre de vue ce mode d'évolution et toujours réserver le pronostic en cas d'albuminurie bénigne.

Quelle influence l'albuminurie bénigne a-t-elle sur l'évolution du diabète ? Presque aucune : les auteurs sont à peu près d'accord là-dessus.

Pour M. Bouchard, « l'albuminurie indique un vice plus profond de la nutrition ; peut-être même aggrave-t-elle une nutrition déjà défectueuse. En effet, la phtisie diabétique existe presque exclusivement chez les malades qui sont en même temps albuminuriques, la phtisie survenant dans 18 p. 100 des cas chez les diabétiques albuminuriques, tandis que dans la totalité des cas de diabète la phtisie ne survient que 8 fois sur 100 (2) ».

(1) CHARCOT. *Maladies des vieillards*, 1889.
(2) BOUCHARD, Loc. cit., p. 205.

De même, l'albuminurie paraît ne pas être sans influence sur la production de la cataracte. La fréquence de cette complication du diabète serait de 9 p. 100 chez les malades albuminuriques, tandis qu'elle n'est que de 4 p. 100 dans la totalité des cas de diabète (Bouchard).

Enfin notons encore que les réflexes rotuliens ont été trouvés abolis dans 11 p. 100 des cas (Teissier).

C'est là à peu près tout ce que l'on peut dire de cette forme bénigne. Jamais elle ne s'accompagne de symptômes de néphrite : ni céphalées à caractère urémique, ni dyspnée, ni hydropisies, ni bruit de galop. Son caractère principal est d'être *latente* et l'examen des urines permet seul de la reconnaître. Elle persiste indéfiniment à l'état latent où elle est remplacée un jour par l'albuminurie grave.

Albuminurie grave. — Nous avons déjà vu que dans la moitié des cas environ, l'albuminurie bénigne se transforme en albuminurie grave.

Mais celle-ci peut débuter d'emblée.

Comme la forme légère, elle accompagne presque toujours le diabète grave.

Tantôt on la découvre par hasard au cours d'un diabète qui ne présentait rien d'anormal.

Le plus souvent, son existence se révèle par des phénomènes d'ordre divers : œdèmes, céphalées, troubles oculaires, dyspnée, bruit de galop : on songe à analyser les urines et on y trouve de l'albumine.

Caractères des urines. — Les urines restent généralement abondantes, surtout quand il s'agit de néphrite interstitielle : quand les lésions du parenchyme dominent, la quantité d'urines diminue le plus souvent, mais presque toujours elle est supérieure à la normale.

Les urines sont de *coloration* plus foncée, couleur du bouillon de bœuf; elles sont claires s'il s'agit de néphrite à prédominance interstitielle. Pour Sallès, les urines ont souvent une légère *odeur* aigrelette rappelant celle du chloroforme.

Leur *densité* est diminuée quand il y a néphrite interstitielle; elle reste élevée le plus souvent.

Leur *réaction* est souvent alcaline.

L'*albuminurie* est beaucoup plus abondante que dans la forme légère ; on trouve souvent 2 à 3 grammes d'albumine. On en a trouvé jusqu'à 9gr50 (Lecorché) et 15 grammes (Bouchard).

Nous avons vu que le précipité albumineux est ordinairement rétractile. Enfin, si on examine le dépôt urinaire *au microscope*, on y trouve souvent des cylindres épithéliaux et granuleux; la constatation de ces cylindres indique, d'une façon certaine, des lésions de néphrite; mais les cylindres manquent parfois même avec une néphrite bien marquée.

Symptomatologie. — L'albuminurie d'origine rénale survient souvent à une période avancée du diabète, mais on la voit quelquefois apparaître bien plus tôt.

On l'a vue enfin apparaître brusquement en même temps que l'acétonémie chez des diabétiques qui n'étaient, jusque-là, nullement albuminuriques : c'est là l' « albuminurie aiguë » de Maguire.

L'albuminurie une fois installée, il est exceptionnel qu'elle disparaisse complètement.

Dans certains cas, son existence ne se traduit par aucun signe fonctionnel : elle est *latente*.

Dans d'autres, au contraire, on voit survenir les phénomènes habituels qui traduisent l'existence d'un mal de Bright : ce seront des céphalées violentes, en casque, surtout nocturnes; de l'hypertension artérielle, des palpitations, de l'hypertrophie cardiaque avec bruit de galop gauche ; des œdèmes, d'abord légers, puis persistants. Il faut bien savoir que tous les œdèmes observés dans le diabète ne sont pas de cause rénale : Bayvel et Breucq ont étudié chez les diabétiques des œdèmes d'origine purement nerveuse, indépendants de la néphrite; ces œdèmes avaient déjà été vus par M. G. Sée.

M. Auché (de Bordeaux) a trouvé chez les diabétiques des lésions de névrite périphérique qui rendent parfaitement compte de leur mécanisme.

Les œdèmes d'origine rénale commencent ordinairement par les malléoles et peuvent même s'y localiser; quelquefois ils remontent et gagnent le scrotum et l'abdomen; l'anasarque est rare.

On peut aussi noter des épanchements dans la plèvre, le péritoine, le péricarde.

Ces hydropisies apparaissent souvent brusquement, donnant lieu à un exsudat abondant, et leur caractère principal est d'être insidieuses et de s'accompagner de peu de réactions.

Les œdèmes peuvent être l'occasion de phlegmons, érysipèles, gangrènes, etc.

La *dyspnée* est fréquente chez les diabétiques albuminuriques : elle peut affecter ici, comme dans tout mal de Bright, plusieurs types que l'on peut ranger en deux catégories principales :

a. La dyspnée avec phénomènes pulmonaires, qui se traduit à l'auscultation tantôt par de gros ronchus, des sibilances, tantôt par des râles plus fins, sous-crépitants, disséminés, plus rarement par des râles extrêmement fins, crépitants, plus ou moins généralisés; dans ce dernier cas, le début de la dyspnée peut être subit et les symptômes asphyxiques sont parfois menaçants : il s'agit d'œdème du poumon.

Ces dyspnées s'accompagnent de pesanteur rétro-sternale horriblement pénible. Elles sont souvent suivies d'expectoration abondante, muqueuse ou muco-purulente, quelquefois striée de sang.

Ces accidents, qui paraissent alarmants dès l'abord, ont pour caractère de disparaître rapidement, mais ils se reproduisent aussi avec la plus grande facilité.

b. La dyspnée peut être purement toxique et ne s'accompagner d'aucun signe appréciable du côté du poumon. Elle est quelquefois légère, continue et s'exagère par les efforts. Elle affecte dans d'autres cas le type asthmatiforme et se montre principalement le soir ou la nuit.

Bien plus rarement, on notera les divers modes de la respiration de Cheyne-Stokes.

On rencontre encore chez les diabétiques brightiques des pneumonies lobaires : elles évoluent souvent d'une façon latente; le point de côté y est peu marqué, la fièvre modérée. On doit rechercher le foyer avec soin, car il passe facilement inaperçu. Ces pneumonies ont pour caractère de se résoudre lentement : elles offrent une fâcheuse tendance à se terminer par gangrène.

On peut enfin rencontrer exceptionnellement des pneumonies à marche foudroyante (Bouchardat).

L'inappétence, le dégoût de certains aliments, surtout de la viande, la sécheresse de la bouche et de la langue, les fuliginosités des lèvres et des gencives, les phénomènes dyspeptiques de toute sorte (gastralgie, éructation, hoquet

tenace et persistant, ballonnement, nausées, etc.) sont très fréquents chez les diabétiques brightiques.

Les *vomissements* surviennent à certains moments : ils sont peu abondants, exigent peu d'efforts; les matières vomies sont liquides, grisâtres, pareilles à du bouillon trouble : elles contiennent souvent un excès d'urée et de carbonate d'ammoniaque.

La *diarrhée* survient par crises, sans douleurs ni coliques : les matières sont abondantes, fétides, grisâtres, renferment parfois des grumeaux blanchâtres, souvent aussi de l'urée en excès et du carbonate d'ammoniaque.

Du côté des organes des sens, on a noté : la cataracte molle, l'amblyopie, la rétinite hémorragique ou ponctuée, localisée surtout dans la région de la macula, où elle apparaît formée de stries ou de points blancs.

Les diverses formes de l'*urémie cérébrale* peuvent aussi être rencontrées (convulsions, contractures, coma, paralysies, etc.), mais les phénomènes convulsifs et le coma sont bien plus rares que dans la néphrite isolée (Lasègue).

Comme on le voit, tous ces accidents que nous venons d'énumérer et qui sont imputables à l'urémie, ne diffèrent guère de ceux que l'on rencontre dans les néphrites en dehors du diabète.

Cependant pour Lasègue, l'urémie des diabétiques présente certaines particularités qu'il nous faut signaler :

Les manifestations de l'urémie sont atténuées; les réactions sont beaucoup moins vives que dans la néphrite isolée : la céphalée, les vomissements et tous les phénomènes indiqués plus haut, sont beaucoup moins nets, beaucoup moins accentués : le diabétique urémique « vomit, a une attaque de coma et, vingt-quatre heures après, il est sur pied ».

L'urémie des diabétiques est souvent intellectuelle; ainsi on note souvent chez eux le délire calme, les hallucinations, mais surtout le délire mélancolique, les idées de ruine; fréquemment les phénomènes intellectuels affectent les caractères de la « folie sénile ».

Tous ces accidents se montrent par périodes, disparaissent sous l'influence d'un traitement bien conduit, puis reparaissent à nouveau.

Leur réapparition s'annonce souvent par la diminution de la polyurie.

Il nous paraît utile d'insister sur un point intéressant : *Quels sont les rapports de cette albuminurie grave et de la glycosurie?*

Il faut distinguer plusieurs cas :

a. Souvent les quantités excrétées de sucre et d'albumine n'offrent entre elles aucun rapport;

b. Dans d'autres circonstances, plus rares, les quantités d'albumine et de sucre sont en raison inverse : à mesure que l'albumine augmente, le sucre diminue; et il n'est pas très rare de voir le sucre disparaître complètement; c'est ainsi que l'on voit, chez des diabétiques qui pissaient du sucre depuis de longues années, l'albumine apparaître et augmenter, tandis que le sucre diminue; à un moment donné, le sucre a disparu complètement, tandis que l'albumine persiste seule dans l'urine : c'est là « l'albuminurie substitutive » de certains auteurs (Teissier, Sallès).

Il nous faut remarquer que les symptômes fonctionnels sont toujours en rapport avec la composition de l'urine à un moment donné : c'est ainsi que chez des malades qui présentaient tous les grands signes du diabète, on voit la polyphagie, la polydipsie s'atténuer, puis disparaître en même temps que la glycosurie, tandis que, à mesure que l'albuminurie remplace le sucre, des symptômes urémiques se montrent; à un moment donné, si l'on n'a pas de renseignements précis sur le malade, on fera fatalement le diagnostic de néphrite, sans que rien, sinon les antécédents, puisse faire supposer qu'on a affaire à un diabétique.

Ces faits sont connus depuis fort longtemps : ils expliquent l'opinion de Dupuytren et Thénard, qui considéraient l'albuminurie comme un signe de guérison du diabète.

La substitution de l'albumine au sucre est aujourd'hui regardée comme un signe de pronostic très grave, quoique non immédiatement fatal, car on a vu des malades survivre avec leur albuminurie plusieurs mois et jusqu'à deux ans.

Quoi qu'il en soit, il s'agit là d'un accident fâcheux et l'on peut dire, avec MM. Lecorché et Talamon, que « si le diabète est guéri, le diabétique est perdu ».

Quels sont les rapports de l'albuminurie grave et du coma diabétique? Personne ne soutient plus l'identité du coma diabétique et de l'urémie. Mais ce qui est certain, c'est que les signes de l'acétonémie et de l'urémie peuvent se combiner, s'ajouter et donner lieu alors à une symptomatologie fort complexe que le médecin ne saura débrouiller que s'il connaît parfaitement les caractères cliniques différentiels de l'urémie et du coma diabétique. Ces caractères, nous aurons l'occasion de les rappeler quand nous nous occuperons du diagnostic.

Quant au pronostic de cette double intoxication, il est extrêmement grave, on pourrait presque dire toujours fatal; l'acétonémie étant considérée aujourd'hui par tout le monde comme un *empoisonnement*, il est facile de comprendre que, si les reins sont altérés, ils n'éliminent plus la substance toxique, et l'empoisonnement se fait d'autant mieux. L'albuminurie brightique peut apparaître en même temps que le coma diabétique : c'est « l'albuminurie aiguë » de Maguire, qui est d'un pronostic immédiatement fatal.

En résumé, la forme grave diffère totalement de la forme bénigne : elle se traduit essentiellement par une albuminurie abondante et par les signes et les complications du mal de Bright. Elle accompagne la glycosurie ou se substitue complètement à elle. Le pronostic est celui des néphrites avec cette circonstance aggravante que la néphrite évolue ici chez un diabétique.

IV

Pathogénie et anatomie pathologique. — On a si peu de données précises sur la pathogénie de l'albuminurie, en général, qu'il est difficile de faire autre chose que des hypothèses en ce qui concerne celle de l'albuminurie des diabétiques. Nous allons examiner successivement ce que l'on croit savoir de la pathogénie dans les trois grandes espèces de diabète.

Albuminurie dans le diabète pancréatique. — Ici l'albuminurie est tout à fait exceptionnelle. Dans les cas très rares où elle a été notée, son existence a pu, presque toujours, être rapportée à une autre cause que le diabète : il n'y a donc guère lieu de s'en occuper.

D'ailleurs, expérimentalement, on n'a pu la produire en déterminant des lésions du pancréas. Le docteur Thiroloix, dans ses expériences, ne l'a vu survenir que deux fois : une première fois, l'albuminurie a été passagère comme la glycosurie; une autre fois, il y a eu albuminurie sans glycosurie. Nous devons faire remarquer que, dans ces deux

expériences, les lésions du pancréas avaient été déterminées par des injections de mercure métallique dans le canal de Wirsung (1).

Albuminurie dans le diabète traumatique. — L'albuminurie dans le diabète traumatique est un peu plus fréquente. On l'interprête, comme la glycosurie, par l'expérience connue de Cl. Bernard.

On sait que Claude Bernard a déterminé, chez les animaux, la glycosurie et l'albuminurie en piquant deux points superposés du quatrième ventricule.

Il existe, d'autre part, de nombreux faits cliniques qui démontrent, d'une façon évidente, la relation entre le traumatisme et la glycosurie avec albuminurie (Frerichs, Teissier, Devic et Chatin, Lévy).

Mais il ressort nettement des expériences et des observations publiées que la glycosurie avec albuminurie n'indique pas toujours une lésion bulbaire : on a pu déterminer ce syndrome en provoquant chez les animaux des lésions du cerveau, de la protubérance, de la moelle, des nerfs, et, particulièrement, du pneumogastrique (Arthaud et Butte).

Il en est de même en clinique où l'on voit que le diabète traumatique avec albuminurie est consécutif dans un grand nombre de cas à des altérations des diverses parties des centres nerveux, non seulement du bulbe.

Rapprochons de ces faits les observations dans lesquelles on a découvert, à l'autopsie de diabétiques, des lésions de l'encéphale. Mais, parmi ces lésions, les unes, telles que l'anémie, l'œdème, la congestion du cerveau, l'atrophie des circonvolutions, l'infiltration amyloïde, les dégénérescences kystiques, etc., paraissent avoir été plutôt le *résultat*, la *conséquence* des troubles de la nutrition que crée le diabète. Tandis que les tumeurs du bulbe et du quatrième ventricule, rencontrées exceptionnellement à l'autopsie, semblent avoir été la cause du diabète : on peut, si l'on veut s'en rapporter à l'expérience de Claude Bernard, admettre que, dans les cas où il y a eu en même temps albuminurie, celle-ci s'explique de la même façon.

Albuminurie dans le diabète gras. — C'est dans le diabète gras que l'albuminurie est de beaucoup le plus fréquente. Comment s'explique-t-elle ? Nous allons voir qu'ici on erre d'hypothèse en hypothèse.

Une question se pose tout d'abord : *dans quelle mesure l'albuminurie est-elle en rapport avec des lésions du rein ?*

Avant d'y répondre, il nous faut rechercher quelles sont les lésions du rein rencontrées dans le diabète. Nous nous demanderons ensuite à quelles formes anatomiques répondent les deux grands types cliniques que nous avons décrits : l'albuminurie bénigne et l'albuminurie grave.

Lésions du rein qu'on rencontre dans le diabète. — Ces lésions peuvent être rangées en deux groupes : les unes ne sont pas spéciales au diabète, les autres, au contraire, paraissent en rapport intime avec cette maladie.

A. Nous ne ferons que signaler les *abcès du rein* (abcès miliaires ou collections volumineuses), les *tubercules du rein*, la *dégénérescence amyloïde*, exceptionnelle, les *embolies graisseuses* auxquelles Sanders et Hamilton ont fait jouer un rôle important dans la pathogénie de l'acétonémie. Ce sont là manifestement des coïncidences, très rares d'ailleurs. Les lésions suivantes sont beaucoup plus fréquentes :

La néphrite interstitielle n'est pas rare. Elle n'est, pour ainsi dire, jamais pure : le petit rein granuleux est l'exception.

(1) Thiroloix. Th. de Paris, 1892, p. 54 et 56.

Presque toujours il s'agit de types mixtes qui ont une certaine analogie avec le rein des cardiaques.

Le rein reste gros, sa décortication est moins pénible que dans le rein contracté ; sa surface est parsemée de petits kystes et de granulations assez grosses.

Au microscope, on note de la sclérose péri-vasculaire, de l'épaississement de la capsule de Bowmann, de la dilatation des glomérules. Les cellules des tubuli sont troubles.

La néphrite diffuse est encore bien plus fréquente. Les reins sont gros et se décortiquent facilement. L'aspect à la coupe est blanc jaunâtre avec des stries grisâtres et quelques granulations saillantes. Les pyramides sont rouge violacé.

Au microscope, les lésions du parenchyme dominent, mais il existe toujours un certain degré de sclérose interstitielle.

L'hypertrophie du rein est considérée comme très fréquente par Inglessis. Les reins sont gros, lisses, souvent congestionnés, durs, et se décortiquent facilement.

A la coupe, on voit que l'hypertrophie porte principalement sur la substance corticale. Les glomérules sont très apparents.

Au microscope, les cellules des tubes contournés sont augmentées de volume, mais elles ont conservé leur forme habituelle et leurs contours sont d'une netteté remarquable. Leurs extrémités libres sont légèrement émoussées et la lumière du tube est ainsi limitée par une ligne régulièrement festonnée.

Ces cellules peuvent contenir des granulations protéiques et parfois de rares et petites granulations graisseuses, disposées sur une seule ligne : cet aspect est connu sous le nom de « dégénérescence de Fichtner », bien que cette lésion ait été décrite pour la première fois par Cornil et Brault. Jamais ces cellules ne contiennent de grosses gouttelettes albumineuses, ni boules hydropiques, ni sphères réfringentes.

On a signalé encore, dans le rein diabétique, diverses dégénérescences des épithéliums, nullement spéciales au diabète : tels sont *l'état trouble* (dégénérescence granuleuse), la dégénérescence graisseuse qui n'est que l'exagération de la lésion dite de Fichtner, l'infiltration pigmentaire, etc.

B. Les lésions du rein spéciales au diabète sont celles décrites par Armanni, par Ebstein et par Ehrlich (1).

a. *Lésion d'Armanni.* — Cet auteur a décrit, dans les tubes droits de la substance médullaire, l'altération suivante : « Les cellules se sont transformées en grosses vésicules parfaitement transparentes, gonflées, arrondies, qui ont des parois épaisses et bien distinctes : le noyau, d'ordinaire petit, brillant, se colore vivement par l'hématoxyline et se trouve très souvent placé vers la périphérie. Ces cellules déformées peuvent, dans le même tube, être graduellement remplacées par des cellules ayant conservé leur forme cylindrique et leur apparence protoplasmique. »

Armanni donne à cette lésion le nom de *dégénérescence hyaline*.

Ebstein a retrouvé la même altération, mais localisée dans les deux branches de l'anse de Henle ; il l'appelle : « gonflement diabétique de l'épithélium rénal » et la considère comme exceptionnelle.

Ferraro l'a décrite dans les tubes droits et les anses de Henle.

b. *Lésion d'Ebstein.* — Elle est distribuée non d'une façon

(1) Voir Straus, *Arch. de physiol.*, 1885, p. 324 et suiv.

uniforme, mais par foyers circonscrits alternant avec des parties parfaitement saines; elle siège dans le labyrinthe. Sur les îlots malades, les noyaux de l'épithélium des tubes contournés ne prennent plus ou prennent mal les substances colorantes; le protoplasma est granuleux. Ebstein rapproche cette altération de la nécrose de coagulation de Weigert. Les recherches de Straus démontrent qu'elle est loin d'être constante dans le diabète.

c. *Lésion d'Ehrlich.* — Cet auteur, après avoir décrit à nouveau la lésion d'Armanni qu'il trouve localisée à la zone limitante, fait remarquer que : « Si on traite la préparation par l'iode, on s'assure que cet aspect hyalin n'est qu'une apparence, car les cellules hyalines apparaissent fortement infiltrées de matière glycogène qui s'y dépose soit en forme de masses compactes, soit en boules de dimensions variables ou de gouttelettes. »

Le glycogène s'est donc substitué au protoplasma normal et remplit les cellules hyalines qui semblent vides et vitreuses quand on n'a pas recours à l'iode.

Pour Ehrlich, cette lésion est constante dans le diabète. Straus la considère comme très fréquente quoique non constante, mais pour lui elle est, quand elle existe, caractéristique : il l'a recherchée dans des reins de toute provenance sans pouvoir jamais la rencontrer en dehors du diabète.

Straus, dans un nouveau mémoire (1), montre que, dans un certain nombre de cas où la lésion d'Armanni est parfaitement nette, il est impossible de déceler la présence du glycogène au niveau des parties hyalines; il suppose que, dans ces cas, l'infiltration glycogénique du rein a existé, mais a disparu pendant la vie des malades, laissant comme trace de son existence la lésion d'Armanni. Cette dernière est donc plus constante que la lésion d'Ehrlich « quoique toutes deux aient la même signification et soient également caractéristiques ».

Il nous est possible maintenant de nous demander *quelles sont, parmi toutes ces lésions, celles susceptibles de causer l'albuminurie?* Aucun doute pour les abcès du rein, la tuberculose du rein, le rein amyloïde : il s'agit dans ces cas d'altérations surajoutées sans rapport avec le diabète; elles sont d'ailleurs exceptionnelles.

La *néphrite parenchymateuse*, la *néphrite interstitielle* se traduiront toujours par une albuminurie plus ou moins abondante et par la symptomatologie habituelle du mal de Bright. Il existe donc une relation bien démontrée entre ces lésions et le type clinique que nous avons décrit sous le nom d'albuminurie grave.

Quant aux lésions d'Armanni, d'Ebstein, d'Ehrlich, spéciales au diabète, on les a notées à l'autopsie de malades qui n'avaient jamais eu d'albumine dans les urines : *elles ne paraissent donc pas être albuminogènes*. Il faut, cependant, faire des réserves à ce sujet, car les constatations de ce genre sont encore trop peu nombreuses pour qu'il soit permis d'en tirer des conclusions définitives.

Et l'albuminurie légère, à quelles lésions répond-elle? Dans bon nombre de cas, on a trouvé à l'autopsie de malades ayant présenté cette variété d'albuminurie des lésions de néphrite très légère. C'est là vraisemblablement un premier stade de la néphrite qui correspond à l'albuminurie grave : ainsi se trouve expliqué le passage si fréquent de la première à la deuxième forme clinique. Mais cette lésion, quoi qu'en dise M. Lecorché, n'est pas constante : il existe des faits incontestables où l'on n'a pu trouver *aucune lésion appréciable* (Schmitz).

En résumé : quand il y a eu albuminurie grave, il y a toujours à l'autopsie néphrite bien marquée; quand il y a eu albuminurie légère, on trouve tantôt des lésions de néphrite légère, plus rarement on ne constate aucune lésion.

Pour expliquer l'albuminurie sans lésions du rein on a émis un nombre incalculable d'hypothèses. Nous ne citerons que les principales.

a. Pour Pavy, l'albuminurie est une conséquence de la polyphagie : il y a défaut d'assimilation des substances albuminoïdes ingérées en excès. Mais la polyphagie peut manquer, lorsque l'albuminurie existe, et inversement il y a souvent polyphagie sans albuminurie.

b. On a soutenu que l'albuminurie était sous la dépendance de la pyélite si fréquente chez les diabétiques. Il est incontestable que cela peut être, mais dans ces cas, comme nous le verrons, l'examen microscopique du sédiment urinaire montre des leucocytes et des cellules épithéliales : or, on constate exceptionnellement ces éléments.

c. On a supposé que l'albuminurie pouvait être due à la filtration de l'albumine à travers un rein normal, sous l'influence d'une augmentation de la tension vasculaire. Mais, s'il en était ainsi, l'albuminurie devrait être en rapport avec la polyurie qui traduit cette augmentation de tension; or, cela n'est pas; la polyurie manque souvent et, quand elle existe, elle est loin de s'accompagner toujours d'albuminurie.

d. Pour Marchal de Calvi, l'albuminurie n'est que l'une des manifestations, des conséquences de la cachexie. Outre que cette explication n'en est pas une, le fait lui-même est inexact : la grande majorité des diabétiques albuminuriques ne sont pas des cachectiques. D'ailleurs, les formes de diabète qui s'accompagnent surtout de cachexie, telles que le diabète pancréatique et certains cas de diabète traumatique, évoluent presque toujours sans albuminurie.

e. M. J. Teissier (de Lyon), cité par Sallès, se base sur ce que Franz Glénard a constaté l'hypertrophie fréquente du foie chez les diabétiques pour se demander si la suractivité fonctionnelle de cet organe ne peut pas constituer un facteur de l'albuminurie. Ce n'est là qu'une hypothèse gratuite.

f. Citons, enfin, l'opinion du professeur Bouchard pour qui l'albuminurie n'est pas due à la filtration de l'albumine du sang : elle serait, suivant l'opinion de Semmola et Stockvis, en rapport avec un défaut d'assimilation. Elle aurait pour origine « la destruction plus rapide des globules ou la désassimilation viciée des éléments anatomiques ».

Voilà pour les cas où il n'y a pas néphrite appréciable. *Quand il y a néphrite, quelle en est la cause?* Ici encore, les auteurs sont partagés : les uns mettent l'albuminurie sur le compte du diabète, tandis que les autres l'attribuent à des lésions antérieures ou concomitantes.

1° Lecorché et Talamon, Breucq, Bayvel et d'autres ont tendance à croire que le passage incessant du sucre à travers le rein peut, à la longue, déterminer une néphrite. Bayvel fait remarquer avec quelle fréquence les parties en contact avec le sucre s'enflamment : à preuve la cystite, le phimosis, les ulcérations du gland, etc. chez les diabétiques, les éruptions pustuleuses chez les raffineurs.

---

(1) Straus. *Arch. de physiol.*, 1887.

Claude Bernard ayant fait des injections réitérées de sucre dans les veines de certains animaux, a parfois rencontré des altérations du rein; mais il s'agissait d'altérations suppuratives et celles-ci sont exceptionnelles chez les diabétiques en dehors de ces cas où il y a en même temps suppuration des voies d'excrétion de l'urine (cystite, pyélite). Il existe d'ailleurs un certain nombre d'expériences qui sont défavorables à l'hypothèse d'une néphrite due au diabète :

Straus (loc. cit.) a examiné les reins de lapins rendus glycosuriques par piqûre du bulbe, de cobayes et de lapins rendus glycosuriques par des injections hypodermiques de solutions sucrées et par ingestion de grandes quantités de sucre, sans jamais trouver d'altérations physiologiques.

Il est vrai que Chittenden, de New-Haven (1887), Varoschilsky (1889), Cartier (1891) ont rencontré, chez des animaux rendus glycosuriques par le nitrate d'urane, des lésions de néphrite : mais ces lésions n'ont aucune ressemblance avec celles du rein diabétique : il s'agit probablement dans ces cas de néphrites toxiques déterminées par le nitrate d'urane.

Il est juste de faire remarquer avec Straus, que ces expériences ont été poursuivies pendant trop peu de temps pour être concluantes. D'ailleurs, si le passage du sucre à travers le rein était capable de déterminer une néphrite, il resterait toujours à expliquer pourquoi la néphrite n'est pas la règle dans le diabète.

Quelques auteurs, tout en admettant aussi une relation de cause à effet entre le diabète et l'albuminurie, s'expliquent différemment : c'est ainsi que pour Semmola et Stockvis le mal de Bright est une affection primitivement générale, une dyscrasie; l'albuminurie, d'origine dyscrasique, sanguine, irrite le rein et provoque la glomérulo-néphrite.

Senator invoque l'état de souffrance de tous les tissus chez les diabétiques.

Cantani accuse le dessèchement des tissus du rein, l'excès de fonctionnement de cet organe et la mauvaise nutrition générale.

2° La deuxième manière de voir tend aujourd'hui à prédominer : l'albuminurie n'est pas rattachée directement au diabète; elle est due à des causes différentes : diathèse ou maladie antérieure ou concomitante.

C'est ainsi que, pour Lancereaux, « l'explication de l'albuminurie réside dans la prédisposition à l'artério-sclérose, propre aux personnes atteintes de diabète gras » (1).

Les diabétiques sont des arthritiques : l'arthristisme, facteur étiologique principal du diabète, serait aussi le facteur principal de la néphrite. Mais l'arthritisme n'est pas la seule cause invoquée par les partisans de cette façon de voir. On a encore accusé de produire l'albuminurie :

a. L'*alcoolisme*, noté très souvent dans les antécédents des diabétiques albuminuriques (Teissier, Duforest, Coë, Verneuil).

b. L'*alimentation défectueuse*. Claude Bernard a montré que les injections d'albumine amènent toujours de l'albuminurie, qui persiste pendant quelques jours.

Schmitz a rencontré 202 fois de l'albumine sur 206 diabétiques qui se nourrissaient surtout d'œufs.

Teissier croit que l'alimentation carnée exclusive (méthode de Cantani) est susceptible à la longue de provoquer des lésions du rein.

c. Le *surmenage physique ou intellectuel, les émotions*...

d. Les *maladies intercurrentes ou antérieures*, les *maladies infectieuses* : grippe, scarlatine, diphtérie, bronchite, érysipèle, etc., la tuberculose, les cardiopathies, les maladies suppuratives des voies d'excrétion de l'urine (cystites, pyélites, etc.) et la syphilis, l'impaludisme, etc.

Quant à l'*albuminurie aiguë* de Magnus, elle peut être interprétée de deux façons :

Ou bien une néphrite aiguë, de cause variable, détermine la rétention de produits toxiques qui, n'étant plus éliminés suffisamment, provoquent l'apparition du coma diabétique;

Ou bien encore l'élimination par le rein des substances toxiques mal connues, qui sont la cause de l'acétonémie, provoque une néphrite toxique.

En faveur de cette dernière interprétation plaident les expériences d'Albertini et Pisenti (1) qui, en faisant ingérer à des lapins 2 à 6 grammes d'acétone par jour, ont déterminé une néphrite acéturique.

Diagnostic. — Nous avons déjà étudié, chemin faisant, les principaux points du diagnostic de l'albuminurie des diabétiques; nous ne ferons ici que les rappeler :

Quand un malade urine du sucre et de l'albumine, le médecin devra se demander s'il a bien affaire à un diabétique, si la glycosurie constatée n'est pas un phénomène transitoire et symptomatique. Il cherchera à s'assurer que l'albumine a bien été éliminée par le rein, qu'elle n'est pas due à de la pyrexie ou au mélange avec l'urine du pus provenant des voies génitales externes, chez la femme.

Il recherchera ensuite si dans les antécédents de son malade il n'existe pas quelqu'une de ces causes que l'on a accusées de déterminer l'albuminurie des diabétiques (infections, tuberculose, alimentation, etc.). Quelquefois l'un des deux éléments, albumine ou sucre, est méconnu; en effet, la glycosurie et l'albuminurie peuvent être intermittentes. Mais l'erreur est surtout difficile à éviter quand il s'agit d'*albuminurie substitutive*; dans ce cas, en l'absence d'antécédents précis, on méconnaîtra généralement le diabète.

L'albuminurie dépend-elle d'une néphrite? Nous avons déjà longuement insisté sur ce point; en résumé, la néphrite se traduit par une albuminurie abondante, par des accidents urémiques, par la présence de cylindres épithéliaux dans l'urine, tandis que l'albuminurie légère se caractérise par son peu d'abondance et sa latence au point de vue fonctionnel.

Mais les cas intermédiaires sont fréquents et souvent on sera obligé de réserver le diagnostic et surtout le pronostic.

Quelquefois, quoique rarement, on pourra soupçonner la prédominance épithéliale ou interstitielle du processus en se fondant sur les caractères connus des deux formes de néphrite, tels qu'ils se présentent en dehors du diabète.

On sera souvent embarrassé en clinique pour décider si certains accidents (dyspnée, troubles nerveux, troubles gastro-intestinaux), survenant chez les diabétiques albuminuriques, doivent être mis sur le compte de l'urémie ou de l'acétonémie. Cette distinction a une grande importance pour le pronostic. Nous allons rappeler brièvement les caractères différentiels principaux des deux intoxications :

(1) Lancereaux. *Cliniques de l'Hôtel-Dieu.*

(1) Albertoni et Pisenti. *Centralbl. f. Med. Wiss.*, 1885.

Et d'abord, en général, les accidents acétonémiques sont bien plus rapidement menaçants que ceux de l'urémie, lesquels se prolongent quelquefois pendant fort longtemps et qu'une observation attentive permet facilement de diagnostiquer.

L'*acétonémie* se reconnaîtra à l'odeur acétonique de l'haleine, à la réaction de l'urine par le perchlorure, à l'abattement extrême, la prostration des forces, la courbature, les points douloureux au niveau des muscles. Parfois le coma diabétique évoluera sous certaines formes qui ne ressemblent en rien à l'urémie : telles sont les formes vertigineuse, péritonitique, etc.

Inversement on n'a pas signalé dans le coma diabétique des accidents analogues aux formes arthralgique, tétanique de l'urémie, à la « folie brightique ». L'hémiplégie, les convulsions, y sont exceptionnelles.

La *céphalalgie en casque*, surtout nocturne, appartient plus particulièrement à l'urémie.

La *dyspnée* des acétonémiques offre des caractères spéciaux très différents de ceux des dyspnées urémiques (œdème aigu du poumon, asthme albuminurique, respiration de Cheyne-Stokes). *Chez l'acétonémique*, l'inspiration est profonde et nécessite une distension énergique de la cage thoracique suivie, après une courte pause en inspiration forcée, d'une expiration brève et gémissante ; puis nouvelle pause, nouvelle inspiration violente et ainsi de suite ; il y a en même temps de grands mouvements d'élévation et d'abaissement du larynx ; mais le malade est toujours dans le décubitus dorsal, jamais en orthopnée. La respiration peut n'être pas accélérée, mais peut aussi atteindre trente et quarante respirations par minute. Il n'y a pas de signe stéthoscopique.

Les *troubles gastro-intestinaux* sont très analogues dans les deux intoxications : cependant les vomissements urémiques sont presque caractéristiques : ils sont abondants, verdâtres, répétés, sans efforts ; dans l'acétonémie, ils sont plus rares, gris sale ou jaunâtres.

Une *diarrhée* prolongée, incoercible, accompagnée de céphalées en casque, n'épuisant pas le malade, doit faire songer de préférence à l'urémie.

Les accidents pulmonaires comme les accidents gastro-intestinaux sont presque toujours, dans l'acétonémie, suivis à brève échéance de phénomènes comateux graves : les formes *intermittente* et *chronique* (Lecorché) de l'acétonémie sont exceptionnelles.

Au contraire, dans l'urémie, les petits accidents peuvent se prolonger pendant fort longtemps, disparaître, réapparaître, sans que l'état des malades s'en ressente beaucoup. Rarement les deux intoxications peuvent se *combiner*, nous l'avons dit déjà, et l'on ne saura débrouiller cette combinaison que si l'on connaît parfaitement les caractères symptomatiques des deux intoxications.

Enfin on ne confondra pas l'acétonémie ni l'urémie avec le *collapsus cardiaque* qui se traduit par l'apparition subite d'une sensation d'extrême faiblesse avec pâleur, pouls filiforme, battements du cœur de moins en moins perceptibles et refroidissement progressif : les urines ne donnent pas la réaction de Gerhard.

Pronostic. — On sait aujourd'hui que le pronostic varie suivant qu'il s'agit d'albuminurie bénigne ou d'albuminurie grave.

L'*albuminurie bénigne*, simple incident, doit néanmoins appeler l'attention du côté du rein, car les malades qui en sont atteints deviennent souvent brightiques. Pour M. Bouchard, elle indique un vice profond de la nutrition, accompagne souvent la phtisie diabétique et paraît favoriser la cataracte.

L'*albuminurie grave* constitue, *par elle-même*, un accident sérieux. Elle l'est d'autant plus que la néphrite évolue ici chez un *diabétique*, c'est-à-dire chez un sujet dont la résistance à la maladie est diminuée ; d'autre part, il ne sera guère possible d'imposer à un diabétique le traitement diététique sévère dont on usera chez un brightique vulgaire.

Enfin, en cas d'acétonémie, la lésion rénale deviendra une cause aggravante de premier ordre : elle ne permettra pas à l'élimination de produits toxiques de se faire et l'on comprend que, dans ces conditions, comme dans les ictères infectieux, la néphrite soit l'un des facteurs principaux de l'empoisonnement.

La subtitution de l'albumine au sucre sera toujours un signe d'extrême gravité, quoique le pronostic ne soit pas immédiatement fatal.

VII

Traitement. — Avant tout, le médecin ne devra pas oublier que ce qui importe au diabétique, « c'est bien moins de perdre plus ou moins d'albumine ou de sucre, que de maintenir ses forces à un taux suffisant » (Bussière).

Cette considération principale est la clef du traitement.

a. Un diabétique est atteint d'*albuminurie légère* : son état général reste excellent ; il faudra oublier qu'il urine de l'albumine et le traiter comme un diabétique vulgaire. On fera bien, cependant, de défendre les alcools, les vins généreux : on donnera des vins légers ou de la bière.

Si ce malade est un arthritique, on lui conseillera les alcalins, les sels de lithine, l'arsenic... les eaux minérales de Pougues, Royat, Evian, la Bourboule, Saint-Nectaire. L'opportunité des eaux de Vichy est discutée.

Dans les cas d'albuminurie *alternante*, B. Teissier conseille les médicaments nervins et antispasmodiques : bromure, valérianate d'ammoniaque, antipyrine. On ne devra, toutefois, employer ce dernier médicament qu'avec prudence : peut-être même vaut-il mieux ne pas s'en servir, à cause de son action défavorable sur le rein, bien connue aujourd'hui.

Les exercices musculaires modérés, le massage, les douches, les frictions cutanées seront utiles.

b. Voici maintenant un autre diabétique atteint, lui, d'albuminurie grave et présentant des signes de mal de Bright. Ce malade a son rein lésé : quel régime va-t-on lui imposer ? le soumettra-t-on au traitement diététique, recommandé aux brightiques en général ? le mettra-t-on au lait ?

A peu près tout le monde est d'accord pour répondre non ; le lait augmente le sucre éliminé, exagère la polyurie ; le régime lacté absolu est un régime d'amaigrissement ; de plus, les malades se dégoûtent rapidement du lait : on ira donc à l'encontre du but que l'on se propose ; on affaiblira son malade.

Faudra-t-il donc négliger l'albuminurie et conserver le traitement ordinaire du diabète ? Pas davantage, car on sait combien les substances azotées sont funestes aux brightiques : on risquerait de déterminer des accidents urémiques, on ne saurait trop condamner le régime azoté exclusif.

Le mieux sera donc de prescrire une alimentation mixte.

On pourra ainsi autoriser dans une certaine mesure les substances azotées et les hydrates de carbone (sucres, féculents, etc.). Pour Klemperer, on peut laisser le malade absorber des féculents tant que la glycosurie ne dépasse pas 20 grammes par litre. Les alcools seront sévèrement défendus.

En fait de médicaments, on se trouvera bien, parfois, des iodures, du phosphate de chaux.

L'opium et ses dérivés, la belladone, l'antipyrine, les salicylates, seront proscrits.

On s'abstiendra, en général, des eaux minérales : on pourra, cependant, autoriser les eaux de Royat, Evian, Salins. La Bourboule et Vichy sont très recommandées par certains auteurs, défendues par d'autres.

Quand l'albuminurie a remplacé la glycosurie ou à peu près, on sera autorisé à traiter le malade comme s'il était seulement atteint de néphrite : c'est le diabète qu'il faudra alors négliger et on pourra essayer du régime lacté absolu, si ce régime est toléré.

L'urémie des diabétiques n'offre aucune indication spéciale : elle sera traitée, comme d'habitude, par les diurétiques, les purgatifs drastiques et, s'il y a lieu, la saignée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 21 août 1894, M. Delrieu, médecin principal des colonies et pays de protectorat, a été promu au grade de médecin en chef de deuxième classe.

— *Assainissement de Paris.* — Le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté dans lequel nous relevons les articles suivants intéressant l'hygiène publique :

« ARTICLE PREMIER. — Dans toute maison à construire il devra y avoir un cabinet d'aisances par appartement, par logement ou par série de trois chambres louées séparément. Ce cabinet devra toujours être placé soit dans l'appartement ou logement, soit à proximité du logement ou des chambres desservies, et, dans ce cas, fermer à clef.

Dans les magasins, hôtels, théâtres, usines, ateliers, bureaux, écoles et établissements analogues, le nombre des cabinets d'aisances sera déterminé par l'administration, dans la permission de construire, en prenant pour base le nombre de personnes appelées à faire usage de ces cabinets.

Dans les immeubles indiqués au paragraphe précédent, le propriétaire ou le principal locataire sera responsable de l'entretien en bon état de propreté des cabinets à usage commun.

ART. 2. — Tout cabinet d'aisances devra être muni de réservoirs ou d'appareils branchés sur la canalisation, permettant de fournir dans ce cabinet une quantité d'eau suffisante pour assurer le lavage complet des appareils d'évacuation et entraîner rapidement les matières jusqu'à l'égout public.

ART. 3. — L'eau ainsi livrée dans les cabinets d'aisances devra arriver dans les cuvettes de manière à former une chasse vigoureuse. Les systèmes d'appareils et leurs dispositions générales seront soumis au Conseil municipal, avant que leur emploi par les propriétaires soit autorisé. Ils seront examinés et reçus par le service de l'assainissement de Paris avant la mise en service.

ART. 4. — Toute cuvette de cabinets d'aisances sera munie d'un appareil formant fermeture hydraulique et permanente.

Néanmoins, l'administration pourra tolérer le maintien des installations, lorsque celles-ci le permettront, à la condition qu'il soit établi, à la base de chaque tuyau de chute, un réservoir de chasse automatique convenablement alimenté.

ART. 5. — Il sera placé une inflexion siphoïde formant fermeture hydraulique permanente, à l'origine supérieure de chacun des tuyaux d'eau ménagère.

ART. 6. — Les tuyaux de descente des eaux pluviales seront munis également d'obturateurs à fermeture hydraulique permanente, interceptant toute communication directe avec l'atmosphère de l'égout.

ART. 7. — Les tuyaux devront être aérés d'une manière continue.

ART. 8. — Les descentes d'eaux pluviales et ménagères et les tuyaux de chute destinés aux matières de vidanges ne pourront avoir un diamètre inférieur à 8 centimètres ni supérieur à 16 centimètres.

ART. 9. — Les chutes des cabinets d'aisances avec leurs branchements ne pourront être placés sous un angle supérieur à 45 degrés avec la verticale.

A l'origine supérieure de chacune de ces chutes, il devra toujours être placé une inflexion siphoïde formant fermeture hydraulique permanente, sous réserve de tolérance prévue à l'article 4. Chaque tuyau de chute sera prolongé au-dessus du toit jusqu'au faîtage et librement ouvert à sa partie supérieure.

ART. 10. — La projection de corps solides, débris de cuisine, de vaisselle, etc., dans les conduites d'eaux ménagères et pluviales, ainsi que dans les cuvettes des cabinets d'aisances, est formellement interdite.

ART. 12. — L'évacuation des matières de vidange sera faite directement à l'égout public avec les eaux pluviales et ménagères, dans les voies désignées par arrêtés préfectoraux, après avis conforme du Conseil municipal, au moyen de canalisations parfaitement étanches, ventilées et prolongées dans le branchement particulier jusqu'à l'aplomb de l'égout public.

ART. 22. — Les fosses, caveaux, etc., rendus inutiles par suite de l'application de l'écoulement direct à l'égout, seront vidangés, désinfectés et comblés.

ART. 25. — Des fosses fixes nouvelles ne pourront être établies, à titre provisoire, que dans les cas à déterminer par l'administration et lorsque l'absence d'égout, les dispositions de l'égout public et de la canalisation d'eau, ou toute autre cause, ne permettront pas l'écoulement direct des matières de vidange à l'égout. »

— *Allemagne.* — Nous avons vu récemment que l'instruction sur l'aptitude au service militaire avait été remaniée en France (1). Il vient d'en être de même en Allemagne (instruction du 1er avril 1894). Rappelons qu'en Allemagne, les hommes dont la taille est de 1m54 à 1m57, ne sont pris que s'ils ont une bonne constitution, un squelette bien développé et un périmètre thoracique suffisant. Il est recommandé aux médecins de ne jamais baser leur décision exclusivement sur le périmètre thoracique. En principe, avec une taille ordinaire, un périmètre de 80 centimètres mesuré au moment de l'expiration forcée, ne doit faire prononcer l'aptitude qu'exceptionnellement, à moins que la constitution générale ne soit bonne. On distingue l'aptitude au service armé (corps de troupe) et l'aptitude au service non armé (infirmiers, administration, ouvriers de magasin). Pour le service non armé, il n'y a pas de limite de taille ; on peut y admettre des hommes ayant certaines malformations ou infirmités, à la condition que leur constitution soit bonne.

Fait intéressant à signaler : dans les certificats médicaux délivrés aux retraités ou réformés comme invalides, on doit mentionner l'aptitude ou l'inaptitude de l'intéressé à des emplois civils et indiquer si l'inaptitude est temporaire ou définitive. Un homme reconnu atteint d'épilepsie ne peut être admis à un emploi civil.

---

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 469 et 551.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

THÉ MARIANI A LA COCA DU PÉROU

Le **THÉ Mariani** est un *Extrait liquide et concentré de Coca* qui, sous un petit volume, en contient tous les principes actifs.

Le **THÉ Mariani** est prescrit avec succès, par les Médecins des Hôpitaux de Paris, contre **toutes les formes du Diabète, l'Anémie**, la **Chlorose**, la **Gastralgie**, les **Laryngites** et les **Granulations de la Gorge**, etc.

Le **THÉ Mariani** peut se prendre pur, à la dose de deux ou trois cuillerées à café par jour, ou mêlé à l'eau chaude ou froide, sucrée ou non.

MARIANI, ph^{ien}, 41, B^{ard} Haussmann, et t^{tes} ph^{ies}

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents** ou **valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

Elixir laxatif contre **la CONSTIPATION**

agréable à prendre

LIQUIDE

CASCARA ALEXANDRE

1 à 2 cuillerées à Café le soir avec le Potage.

0g,50 PAR CUILLERÉE A CAFÉ

19, Rue des Mathurins, PARIS

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Dans les Cas graves DE CHLOROSE et d'ANÉMIE

REBELLES aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS

d'HÉMOGLOBINE

SOLUBLE DE **V. DESCHIENS**

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

ÉLIXIR — PRÉPARATION NOUVELLE. Liqueur très agréable à prendre. 1 petit Verre après chaque repas.

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas ; un petit verre à liqueur pour les enfants.

DRAGÉES — dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE. 3 à 6 par jour au commencement des repas.

Dans toutes les Pharmacies

Gros : M^{on} ADRIAN et Cie, Paris

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :

0^{gr},05 d'Iode
et 0^{gr},10 de Tanin,

exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café ;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,

avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE PAR LE

CARBONATE DE GAÏACOL VIGIER

EN CAPSULES DE 0^{gr}10 CENTIGR.

DOSE : *de 2 à 6 capsules par jour.*

Le **CARBONATE DE GAÏACOL** jouit des **vertus curatives** du gaïacol sans en avoir les *effets irritants*. Traversant l'**estomac** sans se décomposer, il agit dans l'**intestin**. Ne troublant pas les **fonctions digestives**, il remplace avantageusement le **gaïacol** et la **créosote**.

Ph^{ie} VIGIER, 12, boulev. Bonne-Nouvelle, Paris.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4 francs.**

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

ICHTHYOL

PRODUITS SANITAIRES & ANTISEPTIQUES — S F A — PARIS

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives, sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation.*

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA

Société française de produits sanitaires et antiseptiques,

31, rue des Petites-Écuries, Paris.

VIN TANNIQUE DE BAGNOLS-SAINT-JEAN

ANÉMIE CHLOROSE — DÉBILITÉ ALLAITEMENT

Réparateur prescrit par les Médecins des Hôpitaux de Paris dans tous les *cas de Débilitation*, recommandé aux convalescents, aux vieillards, aux enfants délicats et aux nourrices épuisées par les fatigues de l'allaitement.

DÉPOT GÉNÉRAL : **E. DITELY**, prop^{re}, 18, Rue des Écoles, PARIS.

CHLORÉTHYLE BENGUÉ

3f50

Chlorure d'Éthyle

Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, ph^{ien}, 34, rue La Bruyère, Paris.

CHARBON NAPHTOLÉ GRANULÉ FRAUDIN

AFFECTIONS NERVEUSES DE L'ESTOMAC ET DE L'INTESTIN

PHARMACIE FRAUDIN BOULOGNE-PARIS

3 A 6 CUILLEREES A CAFE PAR JOUR

DYSPEPSIE GASTRALGIE — 3f50 le flacon

ANTISEPSIE INTESTINALE — 3f50 le flacon

(Formule du Codex N° 603)

ALOÈS & GOMME-GUTTE

VÉRITABLES GRAINS de Santé du docteur FRANCK

Le plus commode des **PURGATIFS** *très imités et contrefaits.* L'étiquette ci-jointe imprimée en **4 COULEURS** sur des **BOITES BLEUES** et la Marque des véritables.

Dépôt, Ph^{ie} LEROY, 2, r. Daunou. ET TOUTES LES PHARMACIES

HAMAMELIS DU DR LUDLAM

Gouttes concentrées, véritable spécifique des hémorrhoïdes, varices, puissant hémostatique. — Paris. Ph^{ie} CABANÈS, 34, Bd Haussmann. — Ech. s^{r} dem.

N° 99. — MARDI 28 AOUT 1894. 67e ANNÉE. MARDI 28 AOUT 1894. — N° 99

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 27 août 1894.

L'an dernier, à Besançon, la section médicale de l'« Association pour l'avancement des sciences » mettait à l'ordre du jour de la réunion future, la question suivante : **Du danger des exercices sportifs chez les enfants.** Le docteur Le Gendre a lu, sur cette question, au Congrès de Caen un remarquable rapport. Après avoir jeté un coup d'œil rapide sur le fonctionnement des divers appareils de l'enfant et mis en relief les prédispositions morbides créées par la croissance, le rapporteur démontre que l'abus des exercices physiques vient les mettre souvent en jeu.

« 1° Il y a des accidents imputables à l'abus de tout exercice physique. La fièvre de surmenage se montre chez les enfants qu'on laisse de temps en temps se livrer, avec une ardeur sans retenue, à des exercices disproportionnés à leurs forces ; il en résulte une destruction trop rapide d'une trop grande quantité de matière et, par suite, l'élimination imparfaite de ces déchets mal oxydés. Dans ces conditions, on voit apparaître la fièvre, la nuit ou le lendemain d'une trop longue promenade à pied ou en bicycle, après une partie de foot-ball ou de tennis : l'abattement, les yeux cernés, les urines rares, foncées, chargées d'urates ou de phosphates, l'anorexie et un peu d'embarras gastrique, la douleur spontanée ou provoquée au niveau de certains groupes musculaires plus spécialement surmenés (mollets, cuisses, biceps ou deltoïdes, masse sacro-lombaire, droits et obliques de l'abdomen), seront des éléments de diagnostic pour cette fièvre musculaire. Mais quelquefois le surmenage, en provoquant la congestion des épiphyses et l'ostéite juxta-épiphysaire, est l'occasion d'une ostéomyélite infectieuse, si des staphylocoques ou autres microbes ont pénétré dans la circulation. Or, ils y peuvent arriver par une des nombreuses portes d'entrée des téguments et des muqueuses naso-pharyngiennes qui existent chez les enfants, ou simplement venir de l'intestin normal à la faveur du surmenage ; le sang des animaux surmenés cultive. La dyspepsie des surmenés n'est pas rare non plus ; tout exercice physique excessif peut l'engendrer par les sudations excessives et par les ingestions de liquide compensatrices, par une sorte d'inhibition même des sécrétions digestives et de la motilité gastrique, inhérente à toute névrolysie. Les troubles cardiaques sont encore une des conséquences possibles de tout abus d'exercice physique, surtout fait avec précipitation.

Chaque exercice physique met plus spécialement en jeu tel ou tel appareil. Le médecin hygiéniste, qui a noté chez un adolescent que tel appareil s'est développé avec excès et que tel autre est insuffisant, peut tirer, au point de vue prophylactique, parti de tel ou tel exercice. Mais c'est ce choix judicieux, parmi les exercices physiques, qui ne semble pas en ce moment préoccuper assez les apôtres du sport ; ce choix est à l'ordinaire déterminé presque uniquement par la mode ou la fantaisie individuelle. C'est d'abord contre ce défaut de choix que nous protestons ; c'est aussi contre l'abus et contre le défaut d'entraînement, qui transforment promptement un exercice utile en une source d'accidents.

2° Il y a des accidents plus spécialement liés à l'abus de certains exercices. Ainsi, le bicycle, dont l'usage modéré est excellent, peut produire plus spécialement ou réveiller les inflammations articulaires des genoux ou des hanches, la psoïtis, les typhlites et appendicites, les ovaro-salpingites, la cyphose cervico-dorsale, les palpitations. Le foot-ball est agrémenté assez souvent de traumatismes variés, puisque, d'après une statistique récente, dans le premier trimestre de 1894, on a compté pour la seule Angleterre 1 fracture du crâne, 15 fractures de jambes, 6 de la clavicule, 1 de l'omoplate et 1 du bras, 5 luxations de l'épaule et 1 du genou, 6 blessures non spécifiées dont 3 mortelles et 15 décès. Le canotage, le patinage, mais surtout la course produisent, par l'abus, les palpitations, la dilatation des cavités cardiaques, et probablement l'hypertrophie du cœur idiopathique sans lésion valvulaire.

Au récent Congrès de Rome, M. S. Laache (de Christiania) a insisté sur cette question. Il nous apprend que, dans son pays, la jeunesse des villes, même les fillettes de six à dix ans, prend part à des exercices sportifs (courses en traîneau, courses avec les patins à neige) avec un tel engouement que les pouvoirs publics s'en sont préoccupés et que le côté sanitaire de la question du sport fut, il y a deux ans, mis à l'ordre du jour de la Société de médecine de Christiania. Les membres de celles-ci furent, après enquête, d'accord sur deux points : d'abord sur les dangers de l'abus du sport et le mal qu'il peut faire en devenant affaire de mode, puis sur la nécessité de mesures de précautions à établir, et, avant tout, d'une limite d'âge à imposer dans les concours de courses avec patins.

Ce qui rend l'abus presque inévitable dans les exercices sportifs que nous critiquons, c'est la mise en jeu de l'émulation entre enfants d'âges souvent différents, entre des établissements scolaires rivaux; c'est l'appel à l'amour-propre par l'organisation des matchs, des lendits, des paris, des rallye-papers, et les comptes rendus qui en sont faits dans les journaux; par l'introduction du sport, en un mot, dans les jeux de l'enfance.

En outre, il n'est pas possible de ne pas ranger parmi les inconvénients de ces tendances nouvelles le retentissement fâcheux qu'elles ne peuvent manquer d'avoir à la longue sur les études. S'il est vrai que des exercices modérés, régulièrement faits, sont un utile contre-poids au labeur intellectuel, il ne l'est pas moins que les abus sportifs auxquels on a convié les adolescents de nos collèges entravent l'étude, d'abord par la préoccupation morale pendant les jours qui précèdent un match ou un lendit, et ensuite par la fatigue excessive des lendemains.

Peut-être, enfin, est-il permis de se demander si la faveur extrême qui s'attache de plus en plus, depuis quelques années, aux exercices sportifs ne peut pas aboutir à un déplacement fâcheux de l'idéal des enfants et des jeunes gens. L'idéal des anciens était le culte du corps et de la force physique; l'idéal moderne doit être le culte de l'esprit. Qu'il soit désirable, autant que possible, de mettre un corps sain au service d'un esprit cultivé, cela n'est pas douteux; mais, pour atteindre ce résultat, il suffit d'exercices modérés et variés, tandis que l'engouement passionné pour tel ou tel sport spécial, consacré par la mode, encouragé et primé par les maîtres de la jeunesse, risque de n'aboutir qu'à accélérer la décadence morale et intellectuelle de notre race, sans la reconstituer physiquement. »

La discussion qui a suivi la lecture de cet intéressant rapport a amené à la tribune le docteur Tissié (de Bordeaux) qui a fait le procès de l' « entraînement ».

Notre confrère fournit des observations nombreuses prises sur des coureurs vélocipédiques, sur des marcheurs et même sur un confrère à la suite d'une douche trop forte, qui établissent une relation très intéressante à noter, entre les manifestations hypnotiques et les manifestations sportives. La fatigue nerveuse que les grands records provoquent dissocie le « moi ». La caractéristique de la fatigue nerveuse, d'origine musculaire, est l'ennui; mais avant qu'il ne se produise, le sujet est pris d'une grande fringale; l'économie a besoin de réparer, puis viennent les manifestations psychiques, l'automatisme, les idées fixes ou délirantes, l'aboulie, l'amnésie ou l'hyperamnésie des mots, un état de subconscience, un dédoublement de la personnalité, mais l'ennui domine toujours la scène; il est permis de le rapprocher de l'ennui pathologique, qui s'établirait d'autant plus facilement que l'hérédité névropathique du sujet serait plus prononcée.

La suggestibilité due à la fatigue nerveuse est une conséquence de l'automatisme recherché et provoqué par l'entraînement. L'habitude d'accepter la suggestion d'un entraîneur ou de s'auto-suggestionner, peut modifier la formation de l'intelligence en faveur de la formation de la volonté, puis, atténuant progressivement le pouvoir d'attention, le sens critique, le jugement et toutes les manifestations psychiques supérieures, qui composent et fortifient le « moi » conscient, modifier la volonté. L'abus des sports devient ainsi une école de suggestibilité ou tout au moins de crédivité exagérée. Il tend à provoquer une régression du « moi » conscient vers le « moi » inconscient, « de la volition intellectuelle vers l'aboulie automatique ». Ce qui constitue le grand attrait du vélocipède, c'est sa provocation constante à l'automatisme dont la création est nécessaire ou nuisible, selon les cas et les moments. Les commotions politiques et sociales de ce siècle ont eu une grande répercussion sur l'état d'esprit de la génération présente qui s'ennuie; elle s'auto-suggestionne trop facilement, par des idées générales n'ayant aucune limite définie. C'est au moment où la fatigue nerveuse est décuplée, qu'on cherche un remède dans les exercices physiques. Le remède est bon, mais, comme tout remède, il peut rapidement devenir poison; sa posologie est à faire.

La génération présente est née fatiguée, elle est le produit énervé de tout un siècle de convulsions. La vie sociale est transformée... Plus de repos; chaque organisme humain doit extraire de lui-même toute sa force pour avoir le droit de ne pas mourir. On s'adresse aux excito-moteurs, mauvaise spéculation. L'alcool, la morphine ne font qu'augmenter le nervosisme et l'émotivité; ils paralysent l'attention et détruisent le jugement; aussi, les conceptions les plus délirantes trouvent-elles crédit. La fatigue nerveuse, sous laquelle la nouvelle génération s'affaisse, a créé dans toutes les nations de l'Europe comme un état endémique de suggestibilité. Il faut réagir. Il faut avant tout que les exercices physiques, qui sont justement en honneur et un excellent tonique du système nerveux combinés à l'hydrothérapie, ne contribuent pas à l'augmentation de la fatigue nerveuse.

Quelques-uns de nos confrères ont tenté de défendre les exercices physiques, mais on leur a fait, avec juste raison, remarquer qu'il ne s'agissait de combattre que l'abus de ces exercices.

On a crié au surmenage intellectuel dans nos lycées, et l'on y répond en créant un surmenage physique. On a eu raison de mettre en relief ce fait incontestable et bien connu des professeurs, que ceux qui se surmènent intellectuellement dans nos lycées, ne sont pas ceux qui s'adonnent le plus aux exercices physiques, et réciproquement, les lauréats des lendits interscolaires ne sont pas, en général, lauréats dans d'autres branches de l'enseignement. En résumé, il faut des exercices physiques dans nos maisons d'instruction, ces exercices sont bons et salutaires, mais à la condition d'être dosés et surveillés. On a bien souvent parlé de l'abus des concours qui encombrent nos carrières libérales et qui commencent dès le lycée. S'il y a un concours qu'il faut supprimer, c'est bien celui des lendits interscolaires, car par les excès qu'il amène, il compromet la réforme que se proposent les initiateurs des exercices physiques. C'est, d'ailleurs, ce qu'a compris le Congrès qui a voté les conclusions du rapport de M. Le Gendre :

1° Faire examiner chaque enfant par un médecin, avant de le laisser se livrer à tel ou tel exercice physique;

2° S'il y a quelque tare des appareils circulatoire, locomoteur, digestif, ou du système nerveux, interdire les exercices qui peuvent l'aggraver;

3° Exiger toujours un entraînement progressif;

4° Encourager l'exercice, mais faire la guerre au sport, dans les établissements scolaires.

HOPITAL DE LA CONCEPTION DE MARSEILLE

Service du docteur Poucel.

Chloroformisation et injections hypodermiques de cognac.

Par P. Louge, chirurgien-adjoint.

La question de l'anesthésie chirurgicale étant actuellement à l'ordre du jour de différents côtés (1), on nous saura gré de faire connaître la méthode de chloroformisation mixte que notre vénéré maître, M. Poucel, emploie depuis bientôt quatre ans et qui nous a toujours donné d'excellents résultats. Il s'agit de l'administration ordinaire du chloroforme combiné aux injections hypodermiques de cognac dans la mesure que nous allons indiquer.

I. Parmi les actions diverses que les physiologistes attribuent à l'alcool (2), on peut encore, au point de vue clinique, ajouter celle qui le place au premier rang, comme antidote du chloroforme. La difficulté de l'administration du chloroforme aux alcooliques et réciproquement l'action heureuse de l'alcool contre les accidents chloroformiques le prouvent suffisamment; mais cette action, il faut le reconnaître, est très variable, suivant la dose et la façon dont l'alcool est administré.

Les préparations alcooliques données en boissons aux malades avant la chloroformisation sont généralement vomies. « En sorte, dit M. Julliard (3), que ces verres de marsala, ces tasses de thé au cognac qu'on administre aux malades, ils les avalent bien, mais ils ne les absorbent pas.

C'est pourquoi, du reste, on a proposé de donner l'alcool en injections hpyodermiques et même en injections intraveineuses. »

Pourquoi ces injections hypodermiques d'alcool ont-elles été abandonnées ? Les traités d'anesthésie les plus récents les passent sous silence et les dernières discussions des Sociétés savantes (4) n'en font nullement mention. C'est peut-être parce que les injections sous-cutanées d'alcool sont considérées comme irritantes (5), mais surtout parce qu'on ne les a pas expérimentées.

Comme on le voit, l'idée de la méthode a déjà été signalée, mais en présence des heureux résultats qu'elle nous a fournis dans une série de 500 anesthésies chloroformiques, nous avons tenu à en préciser les détails afin qu'elle se vulgarisât.

On a proposé d'administrer concurremment avec le chloroforme, pour combattre surtout les accidents chloroformiques, des injections sous-cutanées diverses de morphine (1), d'atropo-morphine (2), de caféine (3), d'hypnone (4), de chlorure de sodium (5), de narcéine (6), de sulfate de strychnine (7), d'éther (8), de spartéine (9), de spartéo-morphine (10), etc.

Toutes ces propositions démontrent une fois de plus que l'anesthésique idéal est encore à trouver et qu'il faut toujours avoir présentes à l'esprit ces paroles de M. Sédillot : « Toutes les fois qu'on a recours au chloroforme, la question de vie ou de mort se trouve posée (11). »

II. Quand on pratique l'anesthésie chloroformique de préférence à doses faibles et continues (12), on voit, au moment de la période médullaire, la face du patient pâlir et l'on constate que le pouls est plus dépressible ; si, à cet instant, on injecte sous la peau une seringue d'alcool dilué, le pouls se relève et le facies s'améliore sans aucun détriment pour l'anesthésie.

L'expérience nous a montré que les meilleurs résultats étaient fournis par une *dilution tiède de cognac au tiers*, c'est-à-dire un tiers de cognac pour deux tiers d'eau distillée. Nous avons l'habitude de préparer la quantité du mélange avant chaque chloroformisation, de façon à nous rendre compte du volume de liquide injecté. Il est, de plus, nécessaire de maintenir constamment le récipient entouré d'eau chaude pour les anesthésies de longue durée.

Inutile de recommander l'emploi de cognac de bonne qualité, à cause des falsifications nombreuses dont ce produit est l'objet (13).

---

(1) Baudouin. Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 593; — Académie de médecine, juin, juillet 1890; juin 1891; juillet 1893; mai, juin 1894. — Soc. de chir., mai 1894; — XXII[e] Congr. de la Soc. allem. de chir., *Semaine méd.*, 1893, p. 185. — Wood. De l'anesthésie, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 876. — J.-V. Laborde. Les accidents de la chloroformisation, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 2 juin 1891. — V. Chalot. L'éther comme anesthésique de choix et son meilleur mode d'administration, *Rev. de chir.*, 1894, mai p. 353. — Forgues. *Nouv. Montpellier médic.*, 1892. — Vallas. De l'anesthésie par l'éther et de ses résultats dans la pratique des chirurgiens lyonnais, *Rev. de chir.*, avril 1893. — R. Lépine. De l'emploi de l'éther comme agent habituel de l'anesthésie chirurgicale, *Semaine méd.* 1894, p. 301. — Villeneuve. Communic. à la Soc. de chir. 16 mai 1894. — Gurlt. Statistiques de chloroformisation, *Gaz. des hôpit.*, 1891, p. 625.

(2) Lallemand, Perrin et Duroy. *Du rôle de l'alcool et des anesthésiques dans l'organisme*, Paris, 1860. — R. Dubois. De l'influence de l'alcool sur l'action physiologique du chloroforme, *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 1043.

(3) Julliard. L'éther est-il préférable au chloroforme? *Rev. méd. de la Suisse romande*, 20 février 1891, p. 128.

(4) Acad. de méd., juin, juillet 1890; juin 1891; juillet 1893; mai, juin 1894. — Société de chir., mai 1894. Voy. *Gaz. des hôpit.*; — Du choix des anesthésiques. XXII[e] Congrès de la Soc. allem. de chir., *Semaine méd.*, 1893, p. 185.

(5) Dujardin-Beaumetz. *L'art de formuler*. Paris, 1894, p. 76.

(1) H. de Brisson. *Recherches sur l'anesthésie chirurgicale obtenue par l'action combinée de la morphine et du chloroforme.* Th. de Paris, 1876, n° 155.

(2) A. Dastre. Les anesthésiques. Physiologie et applications chirurgicales anal. *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 714. — Reynier. De l'anesthésie par le chloroforme associé à l'atropine et à la morphine. Société de chir. 23 juillet 1890. *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 790. — Aubert. Soc. de biol., 1[er] décembre 1883; *Gaz. des hôpit.*, 1883, p. 1108. — S. Pozzi. *Traité de gynécologie clinique et opératoire,* 2[e] édit. 1892, et note additionnelle, p. 36.

(3) Terrier et Peraire. *Anesthésie chirurgicale*, 1893, p. 193.

(4) Dubois et Bidot. Hypnone et chloroforme. Soc. de biol. 26 déc. 1885; *Gaz. des hôpit.*, 1185, p. 1195.

(5) Bobroff. Du traitement de la syncope par le chloroforme. *Wien. Med., Presse*, 25 déc. 1892. Analyse in *Arch. gén. de méd.*, 1893, t. I, p. 213.

(6) Laborde. Mécanisme des accidents et de la mort par le chloroforme, et indication rationnelle des moyens de les prévenir. Académie de méd. 10 et 17 juin 1890. *Arch. gén. de méd.*, 1890. t. II, p. 110.

(7) Llebreich in Chavasse. *Nouveaux éléments de petite chirurgie*, 1893, p. 836.

(8) Terrier et Peraire. Loc. cit.

(9) Langlois et Maurange. Des injections de sulfate de spartéine avant la chloroformisation. Soc. de biol., 7 juillet 1894.

(10) Diousidon. *Chloroforme et spartéo-morphine; procédé d'anesthésie mixte.* Th. de Paris 1894.

(11) Sédillot (cité par Baudouin). Un nouveau mode d'anesthésie : De la chloroformisation à doses faibles et continues. Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1890, p. 593.

(12) M. Baudouin. *Id.*, Loc. cit.

(13) A. Baudoin. *Les eaux-de-vie et la fabrication du cognac.* Paris, 1893, p. 143.

La seringue que nous employons habituellement dans le service pour cet usage est stérilisable et d'une contenance de 4 centimètres cubes ; mais, nous devons ajouter qu'avec les anciennes seringues, nous n'avons jamais eu d'accidents à noter.

La région de choix pour l'injection est la partie externe de la cuisse généralement accessible dans les différentes attitudes données aux malades pendant la chloroformisation.

Dès que la face du patient commence à pâlir, nous injectons lentement une seringuée de 4 centimètres cubes et, suivant l'état du pouls, nous pratiquons de nouvelles injections.

On peut injecter coup sur coup quatre seringuées de 4 centimètres cubes sans retirer l'aiguille. Il se forme sous la peau une tuméfaction du volume d'une noisette, qui ne tarde pas à disparaître à l'aide d'une légère friction.

En moyenne, pendant une laparotomie, nous pratiquons dix injections de 4 centimètres cubes.

Dans le cas de syncope subite, on peut faire usage de cognac pur ; mais quand celle-ci se produit à la suite d'une hémorragie notable, on augmentera le nombre des injections de cognac au tiers. Nous sommes arrivés, une fois entre autres, jusqu'à cent injections de 4 centimètres cubes. Il faut alors augmenter la proportion d'eau de la dilution.

Nous le répétons, les accidents syncopaux ne se produisent pas, si l'on a soin de pratiquer les injections diluées, comme nous venons de l'indiquer.

L'alcool, il faut le reconnaitre, produit dans ce cas une action tonique sur le cœur, mais il ne faut pas oublier que l'eau injectée servant à la dilution détermine, à elle seule, une augmentation de la force de contraction du myocarde et un relèvement de la tension artérielle, suivant la loi générale de l'hypodermie, si bien mise en lumière par M. Chéron (1).

Nous avons pratiqué plusieurs injections en substituant le sérum artificiel à l'eau et ce mélange de sérum alcoolisé nous a également donné de bons résultats.

Ces injections sont particulièrement utiles pendant les opérations de longue durée, accompagnées d'hémorragie notable ou suivies de choc.

Chez les sujets cachectiques ou débilités, nous pratiquons les injections alcooliques avant, pendant et après la chloroformisation.

Les injections de cognac dilué, dans les heures qui suivent l'anesthésie, sont très utiles pour amener la réaction chez les graves opérés. C'est là même une pratique habituelle que notre maître, M. Poucel, emploie après ses hystérectomies, dont nous publierons bientôt les beaux résultats opératoires.

Nous avons pratiqué ces injections, pendant la chloroformisation, chez des cardiaques, des alcooliques, des tuberculeux, des pleurétiques, des hystériques, des enfants à partir de quatre ans et enfin chez des vieillards. La chloroformisation a été régulière ou mieux régularisée chez tous. En un mot : alertes diminuées et réveil moins pénible.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'en pratiquer pendant la chloroformisation puerpérale (2), mais, en dehors de l'anesthésie, elles sont très utiles dans les cas de syncopes diverses ou de pertes de connaissance.

Ces injections de cognac ainsi diluées pendant la chloroformisation sont à la portée de tous les praticiens, faciles à se procurer en cas d'urgence, peu douloureuses, peu altérables et enfin, surtout, sans aucun danger. On ne saurait en dire autant des solutions alcaloïdiques diverses proposées dans ce but et même des injections d'éther recommandées par la plupart des traités d'anesthésie, mais dont les résultats ont été parfois des plus fâcheux (1).

(1) Chéron. Loi générale de l'hypodermie. Hypotension artérielle et transfusions hypodermiques. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 707.

(2) P. Louge. *Le pouls puerpéral physiologique.* Thèse médaillée, Paris, 1886, p. 7.

(1) Auvard et Caubet. *De l'anesthésie chirurgicale et obstétricale.* Paris, 1894, p. 47.

REVUE DE LA PRESSE

Type spécial de l'épilepsie corticale. — Le professeur Kogewnikoff rapporte à la Société de neurologie et de psychiatrie de Moscou, à sa séance du 19 janvier 1894, plusieurs cas particuliers d'épilepsie corticale. Les malades dont il s'agit avaient des convulsions cloniques continues, à forme hémiplégique, avec exacerbation et rémission, mais sans jamais cesser complètement. Ces convulsions avaient pour caractéristique leur passage à une attaque d'épilepsie ressemblant en tous points à l'épilepsie essentielle.

L'affection fut rebelle à tout traitement, cependant les accès du grand mal sont devenus à la longue plus rares et de plus faible intensité. Les malades ont refusé la trépanation. La durée de l'affection (plusieurs années), la forme hémiplégique des convulsions dans l'intervalle des attaques, les parésies musculaires concomitantes, l'atrophie musculaire sans réaction de dégénérescence, la conservation de la sensibilité, plaidaient en faveur d'une lésion corticale chronique. Mais l'étiologie était absolument inconnue, l'examen minutieux des malades n'a fourni aucun renseignement. Les tumeurs et abcès du cerveau, l'hydrocéphalie pouvaient être exclues par l'absence de phénomènes cérébraux. Il s'agissait là soit de cysticerques (très peu probables), soit de méningite chronique avec lésion des centres moteurs corticaux, soit enfin d'encéphalite avec sclérose consécutive.

L'auteur propose à cette forme spéciale d'épilepsie corticale le nom « d'épilepsie partielle continue » car, si dans l'épilepsie essentielle la perte de connaissance est le fait dominant, dans l'épilepsie corticale, les convulsions partielles sont le fait le plus important, et puisque ces convulsions étaient continues, c'était donc une épilepsie partielle continue.

Insuffisance cardiaque, mort subite pendant l'accouchement. — M. Solowieff rapporte à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Moscou l'observation d'une malade atteinte d'une affection cardiaque ancienne, enceinte de sept mois (quatrième grossesse) et entrée à l'hôpital avec tous les signes d'asystolie. Tous les stimulants n'ayant produit aucun effet, on se décide à hâter le travail par la dilatation forcée du col, mais lorsque le col était déjà complètement dilaté, il y eut un arrêt brusque du cœur. On fit alors la version podalique, et on extrait le fœtus mort ; les stimulants les plus énergiques n'ont pu ramener la parturiente à la vie. Le rapporteur en conclut que chez les cardiaques il est nécessaire de provoquer l'avortement de bonne heure si l'on veut éviter des accidents gravido-cardiaques. (*Wratsch*, n° 2, 1894.)

Pyloroplastie dans le rétrécissement cicatriciel du pylore. — Le docteur Kadian a eu à intervenir chirurgicalement

chez trois malades atteintes de rétrécissement du pylore par ingestion de liquides caustiques, et rapporte à la Société des médecins russes de Saint-Pétersbourg les résultats de ses opérations.

Parmi les procédés opératoires, il a éliminé la dilatation forcée de l'orifice par le doigt, après incision de la paroi stomacale (procédé de Loret), car on produit ainsi la rupture des tissus, et leur cicatrisation amènera de nouveau le rétrécissement. La gastro-entérostomie déséquilibre les rapports normaux entre l'estomac et l'intestin; enfin, la résection est le plus dangereux des procédés. Aussi M. Kadian a-t-il choisi la pyloroplastie : section longitudinale de la portion rétrécie et suture transversale des parties sectionnées. Cette opération est impossible quand il y a des ulcérations ou lorsque le rétrécissement occupe une étendue trop grande (plus de 8 centimètres). Avant d'opérer, on faisait aux malades, pendant un certain temps, des lavages d'estomac; cette manœuvre réussissait difficilement chez une des malades, et à l'ouverture de l'estomac chez elle, on y a trouvé des aliments; de plus, chez cette même femme on n'a pu amener le pylore à l'extérieur et la sonde ne pouvait passer de l'estomac dans le duodénum qu'on a dû sectionner.

Chez deux malades le collapsus post-opératoire était très intense. Le premier jour on faisait des lavements nutritifs, à partir du deuxième on donnait aux opérées du lait, à partir du huitième des aliments solides.

La première des malades est morte du shock, vingt-quatre heures après l'opération.

Les deux autres ont guéri; chez une d'elles, vue huit mois après, les aliments semblent passer, mais sont mal digérés; la troisième va bien, malgré l'usage d'aliments grossiers. (*Ejenedelnik*, n° 6, 1894.)

Paralysies par compression du plexus brachial. — Le professeur H. Braun (de Königsberg) étudie les causes des paralysies dans l'anesthésie prolongée et par suite d'emploi de la bande d'Esmarch. Dans les narcoses la paralysie de toutes les branches du plexus brachial serait due à l'écartement et l'extension forcée de la main, qui produisent une compression du plexus par la clavicule et la névrite consécutive. Les paralysies radiale ou cubitale sont consécutives à la compression des nerfs correspondants par la tête humérale, dans l'écartement exagéré du membre. Les mêmes paralysies s'observent avec la bande élastique trop serrée. L'auteur attire, sur ces cas, l'attention des chirurgiens. (*Deuts. Med. Woch.*, n° 3, 1894.)

Le massage en gynécologie. — Le docteur Evmenieff, au Ve Congrès des médecins russes, donne les résultats qu'il a obtenus par la méthode de Brandt qu'il préfère au procédé suédois : parmi les malades traitées, il y avait 52 p. 100 de métrites et d'annexites; 24,5 p. 100 de déplacements utérins; 12,9 p. 100 de métrorragies. Les affections inflammatoires ont toutes guéri définitivement; tandis que les prolapsus avaient toujours une tendance à récidiver. Dans les flexions de l'utérus le massage, sans amener le redressement, a cependant donné de bons résultats, car il produisait la distension des cicatrices et des adhérences, une diminution des phénomènes péri-utérins et l'amélioration de l'état général. Le massage utérin a, d'après l'auteur, surtout cet avantage qu'il n'oblige pas la malade de garder le lit; mais il doit être fait par le médecin lui-même, ou du moins sous sa direction.

Laparotomie pour rupture de grossesse tubaire. — M. Tschopp publie deux cas de grossesse tubaire rompue, une de deux mois, l'autre de quatre semaines. Les malades présentaient tous les signes d'hémorragie interne, avec phénomènes abdominaux graves. On fit la laparotomie, après injection de sérum.

Dans les deux cas, le petit bassin était rempli de sang liquide et en caillots; chez la première de ces malades le fœtus se trouvait au milieu des caillots; la trompe gauche, où il s'était développé, était rompue. Chez la deuxième malade, c'est la trompe droite qui était le siège de l'hémorragie. Après avoir enlevé le sang en partie (pour aller plus vite, étant donné l'état très grave des malades), on fit l'ablation des annexes, après ligature et cautérisation. Les deux malades ont guéri. (*Gaz. hebd. méd. de la Russ. mérid.*, n° 1, 1894.)

Symphyséotomie. — M. Viridarski communique à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg un cas de symphyséotomie faite par le professeur Ott, chez une rachitique à bassin rétréci dans tous ses diamètres. La suture osseuse n'a pas réussi et on a dû appliquer l'appareil de M. Ott. Aujourd'hui, quatre semaines après l'opération, la malade va bien, mais est encore dans l'appareil.

Symphyséotomie expérimentale. — A la même séance, M. Stroganoff montre des lapins symphyséotomisés, auxquels il a fait l'ostéoplastie interpubienne avec des fragments de côtes enlevés aux mêmes animaux. La réunion est complète dans tous les cas opérés.

Procédé simplifié d'amputation sus-vaginale de l'utérus fibromateux. — Le professeur Ott communique au Ve Congrès des médecins russes, son procédé opératoire pour les fibromes utérins. Il commence par faire un curetage et cautérisation de la muqueuse du col utérin. Ensuite il fait la laparotomie et applique trois ligatures (pas plus) sur les annexes, de façon à enserrer un peu de tissu utérin et les plus gros vaisseaux; puis, amputation sus-vaginale après application de quatre ligatures autour de la cavité du col, sans l'enserrer, et comprenant toute l'épaisseur des parois du canal cervical. Enfin, une mèche de gaze iodoformée est introduite dans l'orifice utérin du col et sort par l'orifice vaginal, tamponnement vaginal. Quant au moignon, il est traité comme le pédicule d'un kyste, puis réduit dans la cavité péritonéale et l'on suture la paroi abdominale. L'orifice de communication entre le col et la cavité péritonéale s'oblitère assez vite. Les avantages de ce procédé sont :

1° La rapidité et la simplification de l'opération;

2° De plus, on évite par ce procédé la possibilité d'une auto ou hétéro-infection;

3° La garantie, enfin, contre une hémorragie primitive ou secondaire. La mortalité est de 3,4 p. 100. (*Wratsch*, n° 3, 1894.)

Syphilis et paralysie générale. — Le professeur Tschige rapporte au Ve Congrès des médecins russes, sa statistique sur les liens qui unissent la syphilis et la paralysie générale. Sur 130 cas de paralysie générale, il y avait 96 cas d'origine syphilitique certaine, 15 très probable et 19 d'origine non syphilitique : hérédité, alcoolisme, traumatisme du crâne, toutes ces causes isolées ou réunies. L'auteur conclut que la cause principale de la paralysie générale est la syphilis, agissant soit par sa malignité, soit par l'insuffisance du traitement, ce qui est plus probable.

Ovariotomie au cours de la grossesse. — M. Gordon rapporte, au Ve Congrès des médecins russes, 5 cas d'ovariotomies au cours de la grossesse, faites par le professeur Lebedeff; il s'agissait, soit de kystes des ovaires, soit de kystes interligamenteux; toutes ces interventions se sont terminées par la guérison. La grossesse a continué son cours dans 2 cas; dans les 3 autres, il y a eu avortement du cinquième au quinzième jour après l'intervention.

L'auteur donne ensuite les chiffres des opérations analo-

gues faites en Russie. Sur 204 cas, dans 164 il y avait guérison complète; chez 122, la grossesse a continué et l'accouchement s'est fait normalement; chez 49, la grossesse s'était arrêtée; 12 opérées sont mortes, dont chez 5 l'avortement n'a pas eu lieu. Les autres malades, guéries, n'ont pu être suivies au point de vue de l'évolution de la grossesse. (*Wratsch*, n° 1, 1894.)

Rotation anormale de la tête fœtale. — M. Prokopieff a observé, dans la clinique d'accouchement de Kharkoff, un cas rare de rotation interne de la tête. Il y avait d'abord présentation du sommet en O.I.D.P. Pendant la rotation interne, la position a changé en O.I.G.P. et est restée telle pendant toute la traversée du bassin musculeux, la nuque du fœtus appliquée contre le périnée de la mère. Aucune des causes ordinaires de cette rotation irrégulière ne pouvait être invoquée. Aussi, l'auteur l'explique-t-il par la brièveté du cordon (il y avait un double circulaire autour du cou), ou bien par la position anormale du bras droit : la main droite était appliquée contre le côté gauche du cou et, buttant contre la ligne innominée du bassin maternel, empêchait la rotation de se faire normalement. L'accouchement s'est, du reste, terminé spontanément. (*Journ. de gyn. et d'obst. de St-Pétersbourg*, 1853.)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 23 août 1894, M. le docteur Treille, médecin inspecteur de première classe, a été nommé inspecteur général du corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Les obsèques de M. le médecin principal de première classe Mourlon, ancien directeur du service de santé du 4e corps d'armée, commandeur de la Légion d'honneur, ont eu lieu à Nogent-le-Rotrou.

Trois discours ont été prononcés sur sa tombe, par M. le sous-préfet de Nogent, par M. le médecin principal Duchemin et par M. Gouverneur, membre du conseil général d'Eure-et-Loir.

— M. le docteur Gadaud, ancien médecin du lycée de Périgueux, est nommé médecin honoraire dudit lycée.

M. le docteur Paulin de Laurière est nommé médecin du lycée de Périgueux, en remplacement de M. le docteur Gadaud, sénateur.

M. le docteur Mirabel est nommé médecin adjoint au lycée de Périgueux, en remplacement de M. le docteur Jaubert, décédé.

— *Italie.* — Le docteur I. Rosati, médecin de la marine italienne, a présenté au concours international de la Croix-Rouge italienne, un chariot-brancard d'ambulance, qui a obtenu le premier prix. Ce chariot peut être traîné par deux hommes ; son chargement, très compliqué, comprend un siège pour deux blessés assis, un lit d'opérations replié, une caisse à médicaments, un brancard en toile à montants démontables, un brancard pliant pouvant se monter sur les roues du chariot, une civière en toile pour blessé assis, trois sièges en filet et un fanal. Il est douteux qu'un appareil ainsi composé soit d'un usage commode en temps de guerre.

— Chemin de fer d'Orléans (juin-septembre 1894). — *Excursions en Auvergne et dans le Limousin avec arrêt facultatif à toutes les gares du parcours.* — La Compagnie d'Orléans délivre du 1er juin au 30 septembre, au départ de Paris, des billets d'excursion en Auvergne et dans le Limousin, valables pendant trente jours, aux prix réduits ci-après, et comportant les itinéraires A et B ci-dessous.

Itinéraire A (1re classe : 98 francs; 2e classe : 73 francs). — Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (bains de Néris), Évaux (bains d'Évaux), Eygurande, Laqueuille (bains du Mont-Dore et de La Bourboule), Royat (bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Ussel, Limoges (par Tulle, Brive et Saint-Yrieix ou par Eymoutiers), Vierzon, Paris.

Itinéraire B (1re classe : 120 francs; 2e classe : 90 francs). — Paris, Vierzon, Bourges, Montluçon, Chamblet-Néris (bains de Néris), Évaux (bains d'Évaux), Eygurande, Laqueuille (bains du Mont-Dore et de La Bourboule), Royat (bains de Royat), Clermont-Ferrand, Largnac, Vic-sur-Cère, Arvant, Figeac, Rodez, Decazeville, Rocamadour, Brive, Limoges (par Saint-Yrieix ou par Uzerche), Vierzon, Paris.

La durée de validité de ces billets (30 jours) peut être prolongée d'une, deux ou trois périodes successives de dix jours, moyennant le paiement, pour chaque période, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet.

Avis essentiel. — Les prix ci-dessus ne comprennent pas le parcours de terre dans les services de correspondance avec le chemin de fer.

Les voyageurs obtiennent, sur leur demande, soit à la gare de départ, soit au bureau du Correspondant de la Compagnie, à Laqueuille, des billets d'aller et retour réduits de 25 p. 100 pour le Mont-Dore et la Bourboule.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée, de Paris a Orléans et du Midi. — *Excursion aux Gorges du Tarn* (du 15 au 24 septembre 1894). — Itinéraire : Paris, Arvant, Mende, Sainte-Enimie, le Causse de Sauveterre, descente du Tarn en barques, le Cirque et les Arcades de Saint-Chély, les Moulins de Pougnadoires, la Malène, les Ruines du Château de Planiol, la perte du Tarn, le Rozier, les Grottes de Dargilan, Montpellier-le-Vieux, le Hameau de Maubert, Millau, Béziers, Carcassonne, Toulouse, Paris.

D'accord avec les Compagnies P.-L.-M., d'Orléans et du Midi, l'Agence des voyages économiques fait émettre, jusqu'à l'avant-veille du départ, des billets d'excursion combinés donnant droit : au transport en chemins de fer; à la nourriture, le logement, les omnibus, voitures et barques pour les excursions indiquées au programme, etc..., par les soins de la Société des voyages économiques.

Il n'est accordé aucune franchise de bagages, mais les voyageurs peuvent conserver avec eux, dans les voitures, des bagages dont les dimensions ne seront pas une gêne pour les autres personnes.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **250** fr. **70**; 2e classe, **219** fr. **05**.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'Agence des voyages économiques, 18, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Tiquetonne, 64; — 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus et de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 931, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

CONSTIPATION HABITUELLE *le meilleur curatif* est le **CASCARA MIDY**

Pilules rigoureusement dosées à l'Ext. Hyd. Alcool. de Cascara Sagrada : accélère travail digestif dans ses diverses phases, ne donne ni nausées, ni coliques, ni diarrhée.
2f.50

113 Faubourg-St-Honoré PARIS

Env. Franco Échantillons | et toutes Pharmacies

GORGE, LARYNX, BOUCHE contre ces **Affections** employez LA **COCAINE MIDY**

(CHLOROBORATÉE) Tablettes exact. dosées à 2 millig Chlorhyd. de Cocaïne, 0,05 Borate de Soude, 0,05 Chlorat. id. elles constituent un véritable gargarisme sec des plus énergiq.
3f.

BROMIDIA

Chaque cuillerée à café contient :

Bromure de potassium.	âà 1 gramme.
Chloral pur.	
Extrait de Chanvre indien. . .	1 centigramme.
Extrait de Jusquiame	

DOSE. — *Une demi-cuillerée à café ou une cuillerée à café entière* JUSQU'A SOMMEIL, dans un demi-verre d'eau pure ou sucrée.

LE BROMIDIA

est l'hypnotique par excellence. Il procure un sommeil réparateur et convient admirablement dans l'insomnie, le névrosisme, les convulsions, les névralgies. Il réussit dans les cas où l'opium échoue. Dans les fièvres accompagnées de délire, il est souverain. Contrairement à ce qui a lieu pour l'opium, il ne supprime pas les sécrétions.

BATTLE & Co., St-Louis

UNE BROCHURE ET ÉCHANTILLON DE **BROMIDIA** seront envoyés franco sur demande **aux Médecins.**

DÉPOT GÉNÉRAL POUR LA FRANCE ET SES COLONIES :
ROBERTS et Co, pharmaciens-droguistes, 5, rue de la Paix, PARIS

PRIX AU PUBLIC : **5** FRANCS

GILLIARD, P. MONNET & CARTIER — *LYON* —

Pour prix et littérature demander le prospectus



ANESTHESIE LOCALE
NEVRALGIES

Breveté s.g.d.g.

6, Cité Trévise Paris — **PARFAIT NOURRICIER** — SEUL BIBERON NETTOYABLE

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure*;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

MIGRAININE
J. PAQUIGNON
NOUVEAU PRODUIT CHIMIQUE
EXPÉRIMENTÉ AVEC PLEIN SUCCÈS DEPUIS 5 ANS
Par le Dr MARTIN OVERLACH
Pour la Guérison des Migraines
LES PLUS REBELLES.
DÉPÔT, PHARMACIE NORMALE
19, RUE DROUOT, PARIS

Inappétence, Dyspepsie flatulente, Atonie du tube digestif.

GRANULES DE BAUMÉ

(*Chaque granule contient 2 gouttes de Teinture.*)
Phie FRANÇAISE, 1 et 3, pl de la République, Paris.

MALADIES DU CŒUR

Palpitations, Affections mitrales ou aortiques, Anévrysmes, Hydropisies, guéris par **DRAGÉES TONICARDIAQUES LE BRUN** (*caféine, iodoforme et strophantus*). Dépt Phie Cle Fg Montmartre, Paris.

Dans les **congestions** *et les* **troubles fonctionnels du foie**, *la* **dyspepsie atonique**, *les* **fièvres intermittentes**, *les* **cachexies** *d'origine paludéenne et consécutives au long séjour dans les pays chauds*, on prescrit dans les hôpitaux, A PARIS ET A VICHY, de 50 à 100 gouttes par jour de **BOLDO-VERNE** ou 4 cuillerées à café d'**ELIXIR de BOLDO-VERNE.** — Dépt : VERNE, profr à l'Ec. de méd., Grenoble (France), et phies de France et Etranger.

GRANULES FERRO-SULFUREUX
J. THOMAS

Chaque Granule représente une 1/2 bouteille d'Eau sulfureuse.

Ils n'ont aucun des inconvénients des Eaux sulfureuses *transportées*; produisent au sein de l'organisme l'*hydrogène sulfuré* et le *fer à l'état naissant*, sans *éructations* ni *troubles* d'aucune espèce.

Bronchite — Catarrhe — Asthme humide — Enrouement — Anémie — Cachexie syphilitique.

Paris, pharmacie J. THOMAS, 48, avenue d'Italie.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général du système nerveux, Neurasthénie, Phosphaturie.

1° NEUROSINE – SIROP
2° NEUROSINE – GRANULÉE
3° NEUROSINE – CACHETS

Débilité générale, Migraines, Névralgies, Dépression du système nerveux.

Dépôt général : CHASSAING & Cie, Paris, 6, Avenue Victoria.

N° 100. — JEUDI 30 AOUT 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 30 AOUT 1894. — N° 100.

Ce journal paraît trois fois par semaine LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4 PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Mégnin a fait une intéressante communication sur les résultats de ses recherches relatives aux insectes et aux larves d'insectes qui habitent les cadavres. Il a pu déterminer que ces insectes n'arrivent au cadavre que successivement, et il a pu ainsi distinguer huit escouades d'insectes qui se succèdent depuis le moment de la mort jusqu'à la destruction complète du cadavre. On comprend, dès lors, que l'étude de la succession de ces escouades de travailleurs de la mort permette d'arriver à la détermination exacte du temps qui s'est écoulé depuis le moment de la mort. C'est ce qu'a pu faire fort heureusement M. Mégnin, dans plusieurs cas. Il y aurait donc là une précieuse ressource pour la médecine légale. Mais, ainsi que l'a justement fait observer M. Dujardin-Beaumetz, les déductions si séduisantes tirées par M. Mégnin de ses intéressantes recherches, doivent se trouver souvent modifiées par des influences extérieures, provenant de l'air, de l'eau ou du sol où se trouve le cadavre.

Les éléments de recherches fournis par M. Mégnin, au point de vue de la détermination de l'époque de la mort, n'en méritent pas moins toute l'attention des médecins légistes.

M. Charpentier a fait un rapport sur un travail de M. Aron (de Sedan), relatif à la pratique des accouchements. M. Aron semble s'être beaucoup écarté de cette règle, aujourd'hui admise par tous les accoucheurs, que l'intervention ne doit jamais être hâtive et ne doit avoir lieu qu'en cas d'absolue nécessité. Les bons résultats qu'il a toujours obtenus ne prouvent, ainsi que l'a dit M. le rapporteur, que sa grande habileté et sa bonne asepsie, mais il ne s'ensuit pas que sa conduite doive être imitée.

COUP DE FEU DU CONDUIT AUDITIF EXTERNE

FRACTURE DU ROCHER. DÉCHIRURE PAR CONTRE-COUP DES CIRCONVOLUTIONS TEMPORALES MOYENNE ET INFÉRIEURE. LÉSIONS LATENTES. — CONSIDÉRATIONS SUR L'INTERVENTION COMME MOYEN DE DIAGNOSTIC DANS LES COUPS DE FEU DU CRANE.

Par A. DEMMLER,
Membre correspondant de la Société de chirurgie.

Dans la récente discussion soulevée à la Société de chirurgie, au sujet de l'intervention dans les coups de feu du crâne, on a cité un certain nombre d'observations dans lesquelles toute intervention eût été inutile, et où l'exploration n'eût pas permis de découvrir des lésions que l'autopsie seule a révélées. Le fait suivant est une nouvelle preuve des surprises qui peuvent se présenter en pareil cas. Je vais le citer et je dirai pourquoi ces différentes observations ne sont pas, à mon avis, des arguments à opposer à la doctrine de l'intervention :

B..., sergent à la compagnie de pionniers de discipline, est apporté à l'hôpital de Guelma (Algérie), le 7 août à neuf heures du soir. Ce sous-officier vient d'être atteint d'un coup de feu dans la région auriculaire. Il a toute sa connaissance, quoique en proie à un certain degré d'exaltation : il raconte qu'étant couché par terre, un revolver du calibre 7 millimètres placé à côté de sa tête, il a, par un faux mouvement, fait partir la balle, qui a pénétré dans l'oreille droite. Nous examinons l'organe, et nous constatons un léger écoulement de sang par le conduit auditif externe. Aucune trace de déchirure des parties molles, pas de brûlure dans le pourtour. A première vue, n'était le léger écoulement de sang, on serait porté à croire à l'impossibilité d'une blessure par arme à feu. Mais en tout cas, l'assertion du blessé ne peut être admise : pour qu'une balle ait suivi un trajet aussi direct par le conduit auditif, il faut évidemment que l'arme ait été placée dans la direction du conduit auditif ; que, par conséquent, il y ait eu tentative de suicide. J'introduis avec ménagement un stylet de trousse dans le conduit auditif, et je perçois la notion d'un corps dur donnant à la percussion un son clair, et tout autour la sensation bien nette de l'os temporal dénudé. Pour m'en assurer, j'introduis dans l'oreille la pince de l'appareil Trouvé, mais la difficulté de la faire manœuvrer pour croiser les branches, me décide à la remplacer par le stylet à deux pointes. Le trembleur résonne quelques secondes, puis s'arrête, l'appareil cessant de fonctionner. Le projectile est donc dans le conduit osseux, et je fais quelques tentatives d'extraction avec une pince courbée sur le plat. Mais en présence de leur inutilité, je n'insiste pas.

Le malade se plaint de vertiges, de céphalée, quand il veut s'asseoir, mais il a toute son intelligence. Pas de paralysie des membres. La face ne paraît pas déviée autant qu'on peut le constater avec un éclairage défectueux.

Traitement. — Application d'une vessie de glace. Potion opiacée. Bourdonnet d'ouate phéniquée dans l'oreille.

9 août. Le malade a passé une nuit tranquille, quoique sans sommeil. Céphalée. Photophobie. Pas de déviation des globes oculaires. Pupilles également dilatées. Pas de troubles de la parole, ni de l'intelligence. Aucun symptôme de paralysie des membres. Paralysie de la face à droite. Déviation de la langue du même côté. Sensibilité un peu émoussée et perception tactile un peu plus lente. Vertiges. Température 38°6 le matin, 39°5 le soir. Peu d'écoulement par l'oreille : on s'abstient néanmoins de toute recherche.

Prescriptions. — Potages. Raisin. Limonade purgative à 40 grammes. Vessie de glace sur la tête. Potion chloral 2 grammes. Injections tièdes phéniquées dans l'oreille.

10 août. La nuit a été calme, mais le malade a peu dormi. Céphalée toujours vive. Agitation dans le lit. Intelligence assez nette, pas de stupeur.

L'appareil Trouvé, ayant été parfaitement nettoyé et marchant convenablement, j'introduis dans l'oreille la canule munie de son mandrin, que je remplace par le stylet à pointes, dès que je sens une résistance. Le trembleur reste silencieux, mais en faisant un peu incliner vers le bas l'extrémité supérieure du stylet, relevant par conséquent les pointes, j'obtiens le bruissement caractéristique qui se prolonge tant que le stylet se maintient dans cette position.

Armé de la pince courbe, je cherche à saisir le projectile, mais sans y parvenir. Le malade se plaignant et l'oreille saignant légèrement, je m'abstiens de plus longues recherches, me proposant d'employer dans la journée le tire-fond, et, si je ne réussis pas, de détacher l'oreille par la partie supérieure, et d'arriver ainsi directement sur le conduit osseux pour chercher plus facilement le projectile, qui, je suppose, ne se présente que par une surface très petite. Je fais dans la journée sur un cadavre cette petite opération, et je puis me convaincre qu'il est possible d'introduire ainsi dans l'oreille une partie de la phalangette du petit doigt.

Traitement. — Même traitement. Potion avec extrait d'opium 6 centigrammes, une cuillerée toutes les heures. Dans la journée, le malade est plus agité, il demande à se lever. Température 40 degrés.

Je revois le malade à sept heures et demie du soir. L'agitation a augmenté ainsi que le délire. On est forcé de le maintenir avec un drap. Je fais donner 2 grammes de chloral en deux doses, séparées par une heure et demie d'intervalle.

11 août. Le malade a été très agité jusqu'à minuit. A partir de ce moment, il est devenu très calme. Mais le coma a commencé vers quatre heures. Pupilles dilatées. Tête chaude. Pouls petit, serré. Le pouls récurrent est difficile à saisir. Néanmoins, en présence des signes d'encéphalite, je crois utile de faire une saignée. Saignée de 250 gr. Sang noir, épais. Le malade n'a donné aucun signe de sensibilité. Les yeux sont à demi clos, fixes. La connaissance ne revient pas et le malade succombe au bout d'une heure.

Autopsie faite à quatre heures du soir. — L'autopsie seule du cerveau a été faite. La calotte du crâne étant enlevée, on remarque une hyperhémie considérable de toutes les méninges. A droite, la congestion est encore plus marquée. Le cerveau présente à la coupe un piqueté manifeste; le doigt perçoit une sensation de mollesse anormale. Pas de traces de pus. En enlevant le cerveau, on constate à la base du côté droit que toute la partie reposant sur la fosse temporale est réduite en bouillie et baigne dans un épanchement séro-sanguin présentant un certain degré de purulence. Nous reviendrons plus loin sur ce point. Au-dessous, la dure-mère n'est pas déchirée et il faut la détacher pour mettre à nu le rocher.

On constate immédiatement les lésions suivantes : La face supérieure du rocher dans sa moitié antérieure présente trois esquilles dont la principale, complètement libre, correspond à la voûte du conduit auditif interne. L'hiatus de Fallope, le toit du tympan sont également compris dans cette esquille, qui, une fois enlevée, laisse à découvert toute la caisse tympanique au milieu de laquelle on trouve les osselets intacts.

Le projectile, divisé en deux morceaux très petits, aplatis, repose sur les rebords de la caisse du tympan. L'articulation temporo-maxillaire est également ouverte, et laisse apercevoir le tiers postérieur du condyle. Ces lésions démontrent que le projectile, suivant le conduit auditif externe, a fait éclater la voûte de ce conduit, contre lequel il s'est brisé.

Sa force de propulsion continuant à agir a amené la lésion du lobe sphénoïdal. A ce niveau, la substance cérébrale des circonvolutions était complètement détruite, réduite en une bouillie, mêlée à des caillots sanguins : au fond, on apercevait la substance blanche du cerveau. Les circonvolutions temporales, moyenne, inférieure et le lobule lingual étaient détruits dans toute leur moitié antérieure. La lésion siégeait donc dans la zone dite des lésions latentes, c'est-à-dire sur le territoire des artères temporales antérieure et postérieure ; le territoire de l'artère sylvienne restant intact.

Or, si l'on se rapporte aux faits rapportés par Henry Clozel de Boyer sur les lésions corticales des hémisphères cérébraux, on voit que les parties indiquées correspondent bien à celles qui ont été notées comme ne donnant lieu à aucun symptôme de paralysie pendant la vie.

Ce fait vient donc s'ajouter à ceux qui ont été cités devant la Société de chirurgie, pour prouver combien souvent, dans les traumatismes craniens, les lésions produites peuvent rester ignorées malgré tout. Mais de quelle valeur ce fait et ses conséquences peuvent-ils être au point de vue de l'opportunité de l'intervention ? Dans le cas actuel, on eût pu extraire facilement le projectile, nettoyer le foyer de la fracture, désinfecter la plaie : le résultat eût été le même. On n'eût pas même découvert la lésion du cerveau qu'on ne pouvait soupçonner. Mais de l'inutilité de l'intervention en pareil cas, peut-on conclure d'une façon générale que la trépanation préventive n'est pas indiquée, et qu'elle doit être réservée aux seuls cas où des signes manifestes nous éclairent sur la localisation de la lésion ?

Je ne le crois pas; mais je pense, au contraire, que de pareilles observations, qui nous montrent combien des lésions, bénignes en apparence, peuvent offrir de gravité et d'étendue, nous imposent le devoir de chercher tous les moyens d'éclairer un diagnostic qui peut être si incertain.

Dans la chirurgie des coups de feu, un fait capital domine tout, quelle que soit la région à laquelle il se rapporte; à savoir : que l'étendue des désordres causés ne nous est jamais connue *a priori* par la simple inspection; et, par conséquent, que pour le chirurgien un devoir s'impose, celui d'éclairer son diagnostic, quand il le peut sans nuire au malade, en mettant le plus possible la lésion à nu. Pour les blessures des membres, notre vrai rôle est le débridement large, l'ablation des esquilles, en un mot, celui adopté par tous nos anciens maîtres, les chirurgiens d'armée. Pourquoi faire exception pour les fractures du crâne? Pourquoi ne pas mettre à nu, autant que possible, le foyer

où nous pourrons découvrir ces surprises que nous ne pouvons prévoir et que, par conséquent, nous pourrions ainsi éviter? Je n'invoque même pas ici en faveur de l'intervention cet argument que j'ai déjà émis dans un précédent travail publié, en 1892, dans le même journal, en parlant des traumatismes du crâne, et dans lequel je me déclarais partisan de l'intervention préventive pour parer non seulement aux accidents immédiats, mais encore aux désordres dans un avenir plus ou moins lointain.

L'on pourrait dire encore que trépaner dans un cas de coup de feu du crâne revient après tout à pratiquer un débridement : que c'est permettre au cerveau qui va se congestionner, s'œdématier sous l'influence du traumatisme, de ne pas être comprimé, si on le désenserre par une large trépanation. Ce sont là pourtant des arguments de valeur, mais restant sur le terrain que j'ai cité, celui de la difficulté du diagnostic, je me contenterai de répéter cette maxime qui doit dominer notre règle de conduite dans les cas de coup de feu : « Pour bien juger, il faut voir clair. » Il n'est pas prouvé que l'on verra clair jusqu'au bout. L'observation montre, comme je l'ai dit, que malgré tout des lésions ne pourront être soupçonnées.

Qu'importe? est-ce une raison pour ne pas chercher à reconnaître jusqu'où va l'étendue du mal; à parer autant que possible aux accidents qui vont se produire, à nous donner une voie assez large pour qu'au lieu du stylet ou des instruments rigides, ces déplorables explorateurs de toute plaie par arme à feu, on puisse se servir du doigt, cet instrument intelligent que l'œil et la sensation pourront guider? La trépanation n'est, je le répète, qu'un débridement fait avec la pince-gouge, elle n'est pas plus dangereuse qu'un débridement sur toute autre partie du corps. Elle doit donc être faite et même assez largement.

En résumé, à mon avis, il faut trépaner dans les coups de feu du crâne :

1° Pour faciliter le diagnostic et permettre d'éviter des surprises dans quelques cas.

2° Pour nettoyer le foyer.

3° Pour mettre le cerveau au large, en prévision de la congestion et de l'œdème inflammatoire.

VACCINE ULCÉREUSE

PUSTULES SIMULANT DES CHANCRES INFECTANTS (VACCIN D'ORIGINE ANIMALE)

Par A. Morel-Lavallée,
Ancien chef de clinique à l'hôpital Saint-Louis.

Au mois de janvier dernier, je fus appelé pour vacciner une famille composée de sept personnes. Je me munis à cet effet de lymphe vaccinale glycérinée DE GÉNISSE achetée le matin même à l'Institut vaccinal X..., c'est-à-dire *toute fraîche*, étant donné le grand débit en temps d'épidémie. J'apportai sept lancettes (une par sujet à vacciner) et les flambai toutes; après lavages de la peau à l'eau phéniquée, je pratiquai à chacun les trois piqûres. L'un de mes sujets étant artiste dans l'un de nos grands théâtres, je la vaccinai à la région externe du mollet, suivant un usage courant, et voulant lui éviter des cicatrices en une région aussi souvent décolletée que le bras. Je la prévins d'ailleurs qu'elle devrait, sans doute, se tenir complètement au repos du quatrième au neuvième jour environ.

Le vaccin prit sur trois des six premières personnes et se conduisit normalement; voici ce qui advint de la dernière.

Quelques phénomènes inflammatoires se produisirent d'abord le troisième, puis le septième jour : tension de la région, auréole turgescente autour des pustules. Mais le treizième jour, ce fut autre chose : chaque pustule se sécha, devint saillante, dure, d'un rouge violâtre, reposant sur une peau tendue et douloureuse, et, trois ou quatre jours après, c'est-à-dire *du seizième au dix-septième jour*, j'avais en face de moi trois types du chancre syphilitique à forme dite ecthymateuse, si fréquente sur la peau. Et je n'étais pas au bout de mes craintes : à la suite du repos absolu, des cataplasmes, les croûtes se détachèrent, et je me trouvai alors en présence de trois cupules taillées à l'évidoir, à fond lisse, uni, rouge vineux à stries grisâtres. Sûr d'avoir employé du vaccin animal et d'avoir été d'une asepsie plutôt exagérée, je ne pus m'empêcher de penser tout haut et de dire qu'il était heureux que mes six autres sujets n'eussent rien présenté d'anormal, car les lésions ressemblaient à des chancres de mauvaise nature. Alors ma malade s'écria : « Tiens, c'est curieux! Vous avez eu la même idée, il y a deux ans, à propos d'un clou que ma sœur eut à la figure; nous avons donc, dans la famille, une peau dont les bobos présentent régulièrement cet aspect peu honnête! » Je me rappelai immédiatement que la sœur de cette dame m'avait été amenée deux ans auparavant, porteur, à la joue gauche, d'une tumeur inflammatoire ronde, pustule croûteuse à écaille noire ostréacée, et pour laquelle j'avais fait le diagnostic suivant : *chancre syphilitique probable*, réserve faite pour un furoncle possible, ce que démontra dans les trois jours l'évolution sous l'influence des pulvérisations phéniquées. En moins de huit jours, ce furoncle facial chancriforme avait été guéri.

Dès lors, je n'hésitai plus sur l'explication de l'anomalie évolutive de la vaccine chez la sœur cadette : c'était le résultat d'une inoculation mixte, œuvre vraisemblable de strepto ou staphylocoques vulgaires indûment inoculés ou cultivés par cette peau prédisposée; et cet accident allait guérir rapidement avec les pulvérisations phéniquées.

J'instituai alors le traitement suivant : trois pulvérisations phéniquées à 2 p. 1000, et trois attouchements au tartrate fénico-potassique au 30e. Du coup les phénomènes inflammatoires tombèrent : la tension douloureuse de la peau diminua, le rouge vineux des auréoles périphériques passa au rouge franc, les ganglions inguinaux, déjà douloureux, cessèrent de l'être et ne se tuméfièrent pas. Mais l'évolution locale n'était pas arrêtée : les lésions continuèrent de s'étendre d'une façon torpide, gagnant sur les bords qui s'effritèrent en perdant leur rotondité régulière, se creusant du fond qui devenait inégal, livide, comme déliquescent, évacuant parfois des fragments de plaques sphacélées semblables à du chanvre pourri. Bref, c'était exactement — sauf le sphacèle incidemment surajouté — l'aspect de la *pourriture d'hôpital*, telle que j'avais pu l'observer deux fois au début de mes études médicales — de la pourriture d'hôpital évoluant ici en trois plaques isolées. Pas d'adénopathie.

Pour me couvrir, j'appelai un confrère, et nous essayâmes : 1° la vaseline boriquée à 1/5; 2° la poudre d'aristol; 3° l'iodoforme; chacun de ces topiques produisit un réveil brusque des phénomènes inflammatoires, la formation de croûtes, la réapparition des douleurs, l'extension des lésions, et en même temps une éruption érythémateuse de voisinage qu'il ne fut que temps d'enrayer.

La malade réclama le retour aux pulvérisations qui, du

moins, la soulageaient entièrement. Non seulement j'y consentis, mais je résolus de diriger moi-même le traitement phéniqué et voici ce qui fut fait : grands bains devenus quotidiens, quatre pulvérisations de quinze minutes avec l'eau phéniquée à 1 p. 1000 ; pansement phéniqué humide à 2 p. 1000 dans l'intervalle. Cette fois, le résultat ne se fit pas attendre : le fond des ulcères s'exhaussa, les bords redevinrent en pente, puis s'affaissèrent et, au bout de huit jours environ, tout était fini et bien fini.

On savait que la syphilis vaccinale est parfois d'un diagnostic difficile : voici une variété de vaccine ulcéreuse qui vient s'ajouter au nombre des pseudo-syphilis. Le curieux de l'histoire est que le fait s'est produit ici avec du vaccin d'origine animale.

Les accidents locaux de la vaccination peuvent se montrer en dépit des précautions antiseptiques les plus rigoureuses, tout comme les abcès après les injections hypodermiques mercurielles les mieux faites : ici comme là, c'est surtout affaire de terrain. Le fait semble prouvé dans le cas actuel où, chez les deux sœurs, une idiosyncrasie inattendue est venue, en outre, donner à des suppurations limitées de la peau l'aspect trompeur de chancres syphilitiques et de chancres du même type, ecthymato-gangréneux.

Pour ce qui a trait à la pratique de la vaccination, les inoculations au membre inférieur, même à la région externe du mollet, doivent être autant que possible refusées par le médecin comme offrant plus de chances de complications locales et comme plus susceptibles de déterminer une incapacité de travail. Il est, du reste, des médecins qui, chez les femmes susceptibles de se décolleter souvent jusqu'au haut du bras, pratiquent les piqûres vaccinales dans la portion dorsale de la ceinture scapulaire, de façon que, même dans la toilette la plus décolletée, les cicatrices se trouvent dissimulées sous la partie postérieure de la « bretelle » du corsage.

Afin d'être complet, nous devons signaler un phénomène que la malade a accusé le mois dernier, soit dans le courant du cinquième mois : il s'agit d'élancements douloureux dans le mollet opéré et même d'algies superficielles, moyennement intenses, mais réelles, limitées à la périphérie des cicatrices ; ne s'agit-il pas là d'une névrite post-infectieuse, reliquat posthume de l'infection locale ?...

MÉTALLOTHÉRAPIE

Hystérie rebelle. — Difficultés de la métalloscopie et de la métallothérapie. — Grande amélioration par l'or.

Par le docteur Moricourt,

Ancien interne des hôpitaux de Paris,
Ancien chef de clinique du docteur V. Burq.

Mme H..., trente-cinq ans, couturière, vient nous consulter le 25 avril 1889.

Mariée depuis dix ans, migraineuse, elle présente de l'ovarie gauche et a eu de l'urticaire, il y a un an. Elle a une petite fille de neuf ans, pâle et chétive, sujette à des accès de colère.

Sa maladie a débuté, il y a quatre ans, par des attaques de nerfs s'annonçant par des douleurs partant du ventre et remontant à l'épigastre. Ces attaques qui duraient environ deux heures se reproduisaient une fois ou deux par semaine.

Il y a six mois, ayant vu son beau-père atteint de délire avec hallucinations, ses crises se sont aggravées. Elles sont caractérisées par des cris aigus, des étouffements et de la contracture des membres. Elles se reproduisent deux ou trois jours de suite et il lui est arrivé d'en avoir jusqu'à sept dans les vingt-quatre heures. Les intervalles de répit ont varié entre huit et quinze jours. Depuis trois semaines, elles se rapprochent. Elles sont sans rapport avec la menstruation.

M. le docteur B... l'a endormi avec beaucoup de peine. Quelques jours après, les crises avaient acquis leur summum d'intensité.

La malade a de l'anorexie, de la dyspepsie et de la constipation. Elle a des cauchemars et parle tout haut la nuit.

Mme H... donne au dynamomètre de Burq 20 kilogrammes à droite et 13 à gauche. Elle se dit gauchère. S'il en est ainsi, elle a perdu une grande partie de ses forces.

Les deux pointes de l'esthésiomètre ne sont senties qu'à un écartement de 8 centimètres sur les avant-bras des deux côtés. L'analgésie est également très marquée à droite et à gauche. Le fait seul de l'emploi du dynamomètre et de l'esthésiomètre détermine un commencement de crise qui devient violente à la suite de l'application de quatre disques de cuivre sur chaque avant-bras. La malade tombe par terre en poussant des cris si aigus qu'on vient voir ce qui se passe dans mon cabinet.

La crise ne se calme qu'en lui faisant prendre 3 milligrammes de sulfate de cuivre dans un demi-verre d'eau et en lui aspergeant largement la figure avec de l'eau. Mais elle est toute prête à revenir au moindre attouchement; force est donc de remettre l'examen à un autre jour.

Comme elle rêve et parle tout haut la nuit, ce qui indique, en général, une sensibilité cuivre ou or, je lui prescris : une solution de sulfate de cuivre au cinquantième, dont elle prendra une goutte matin et soir, en augmentant d'une goutte, chaque jour, jusqu'à v gouttes deux fois par jour, et des applications, la nuit, d'armatures de cuivre, faites avec des sous cousus sur une bande d'étoffe.

Sous l'influence de ce traitement, une légère amélioration se produit. Les pieds et les mains se réchauffent. Il y a moins de rêves. La force musculaire a augmenté de 1 kilogramme à droite et de 4 kilogrammes à gauche. Mais la pression du dynamomètre détermine encore une crise qui se passe comme la première, au moyen de l'eau en boisson et en aspersions sur la figure faites par elle-même ; car, faites par moi, elles augmentaient la crise.

A huit milligrammes de sulfate de cuivre par jour, elle a eu des nausées. En réduisant la dose à 4 milligrammes, elle n'a plus eu d'accidents et l'appétit a un peu augmenté.

L'*argent* extra n'a eu aucun bon effet pour réchauffer les pieds ou pour diminuer les crises.

L'application externe de l'*or* donne de l'engourdissement dans les jambes, dans les mains et dans tout le corps et la sensation d'une boule qui remonte à la gorge.

Avec une pièce de 20 francs sur chaque membre, elle a mieux dormi que quand elle mettait du cuivre. Il existe un peu de sensibilité sous deux bagues en or, à l'annulaire gauche.

L'*étain* amène une crise encore plus vite que l'or.

Le *zinc*, pendant son application, ne donne lieu à aucun phénomène subjectif; mais une crise se produit aussitôt après son enlèvement.

Le 12 mai, la constipation disparaît définitivement. L'esthésiomètre donne 2 centimètres d'écartement à droite et 4 à gauche, au lieu de 8 des deux côtés, au début.

L'or ne réchauffe pas comme le cuivre, mais il détermine des picotements aux jambes et fait mieux respirer.

Le 18 mai, les règles qui avançaient ordinairement de quatre jours sont venues en avance de dix jours.

La malade a rendu un lombric. Les bains lui font du mal et les douches lui donnent des crises.

Elle ne peut supporter qu'une pièce d'or à chaque membre; deux lui causent de la douleur.

Je prescris des lotions tièdes sur tout le corps et II gouttes, chaque jour, dans un peu d'eau, d'une solution de 20 centigrammes de bromure d'or pour 25 grammes d'eau.

Sous l'influence de cette médication, bientôt les rêves diminuent et les cauchemars disparaissent. Elle commence à travailler à la machine à coudre. Avant, elle ne pouvait pas coudre un bouton.

Les pièces d'or sont mieux supportées. Elle en met deux aux jambes, une sur chaque bras et une sur le cou.

La malade, bien qu'elle aille mieux, redoute tellement l'esthésiomètre et le dynamomètre, qu'elle ne vient pas à ma consultation. Mais j'apprends par son mari qu'elle prend VI gouttes, matin et soir, de la solution de bromure d'or, qu'elle a bon appétit et mange de la viande, tandis qu'avant elle ne prenait que des potages. Elle engraisse et on lui fait compliment de sa bonne mine. Elle n'a plus que rarement, à la suite d'une contrariété, un léger accès d'oppression, sans cris.

En résumé, chez cette malade, malgré les difficultés du traitement, ainsi que cela est la règle en métallothérapie, sous l'influence des métaux appropriés, le cuivre, mais surtout l'or, l'appétit est revenu, la dyspepsie et la constipation ont disparu, le sommeil a cessé d'être accompagné de rêves et de cauchemars, les attaques de nerfs sont devenues extrêmement rares et presque insignifiantes.

Je ne veux pas terminer cette observation sans dire un mot du mari de cette malade, ouvrier en cuivre, qui était tellement imprégné de ce métal que, quand il transpirait, ce à quoi il était très sujet, sa peau devenait bleue par places. Pâle, maigre, il semblait prédisposé à la tuberculose. Cependant, sauf un peu de constipation, il se portait assez bien. Il n'avait jamais eu la colique de cuivre et n'avait pas entendu dire que ses camarades en eussent été atteints. Il me racontait que les polisseurs, qui sont couverts de cuivre de la tête aux pieds, ne sont presque jamais malades — un seul avait eu la petite vérole noire et en avait guéri — confirmant, une fois de plus, les travaux de Burq, un peu trop méconnus aujourd'hui, sur la préservation des ouvriers en cuivre à l'égard des maladies épidémiques, telles que le choléra, la fièvre typhoïde, etc.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1894. — Présidence de M. Larrey.

COMMUNICATION

L'époque de la mort reconnue au moyen des insectes des cadavres. — M. Mégnin fait une communication sur ce sujet.

Sur les cadavres exposés à l'air libre, se développent des myriades de vers qui sont des larves de mouches, il y a aussi des larves de coléoptères, de lépidoptères et d'acariens.

Ces insectes n'arrivent au cadavre que successivement, et M. Mégnin a pu compter huit escouades d'insectes qui se succèdent depuis le moment de la mort jusqu'à la destruction complète du cadavre.

Voici la liste de ces escouades :

1° Mouches du genre curtonevra et calliphora, qui vivent sur la chair encore relativement fraîche.

2° Mouches lucilia et sarcophaga, trois à six jours après la mort.

3° Coléoptères du genre dermeste et des lépidoptères du genre aglossa, trois à quatre mois après la mort.

4° Mouches des genres piophila et anthomya et coléoptères du genre necrobia, mouches du genre de celles du fromage que guide, comme pour le fromage, la fermentation caséeuse. Mort datant de huit mois environ.

5° Mouches ophira, phora et tyreophora, le cadavre a alors environ un an d'existence.

6° Insectes coléoptères, des genres silpha, hister et saprinus; acariens détricoles du groupe des tyroglyphinées, achèvent d'absorber les humeurs liquides, ce travail dure jusqu'à dix-huit mois.

7° Insectes coléoptères et lépidoptères qui rongent les tissus desséchés, peau, tendons, poils. Leur rôle remplit la troisième année.

8° Dernier groupe qui vit du terreau qu'ont laissé les précédents, coléoptères du genre tenebrio et ptinus. Nous les avons trouvés sur des cadavres remontant à quatre ans.

M. Mégnin cite, à l'appui de sa communication, l'histoire d'un cadavre d'un enfant de sept à huit ans, renfermé dans une boîte, momifié, et dont l'époque de la mort, diagnostiquée par les insectes (dix-huit mois), fut vérifiée par les renseignements fournis plus tard par la mère, qui avait abandonné le cadavre.

RAPPORT

Du danger des manœuvres obstétricales hâtives. — M. Charpentier lit un rapport sur un travail de M. Aron (de Sedan), relatif à la pratique des accouchements.

M. Charpentier rappelle que M. Aron a terminé sa thèse, de date déjà ancienne, par les conclusions suivantes :

1° Dans les cas où l'accouchement s'est terminé à la suite de manœuvres obstétricales, la régression utérine ne présente pas la régularité classique;

2° Il n'est pas possible de préciser la durée de ce travail de régression;

3° Les maladies utérines pouvant être, dans quelques cas, la conséquence d'une régression incomplète, sont donc à redouter surtout après les manœuvres obstétricales;

4° Les manœuvres obstétricales, même pratiquées dans les conditions les plus favorables, présentent toujours quelque danger et l'accoucheur ne devra y recourir que dans le cas d'absolue nécessité.

M. le rapporteur s'associe pleinement à ces conclusions. M. Aron semble avoir changé d'opinion depuis, et son nouveau travail se termine par des conclusions absolument contraires :

M. Aron prétend aujourd'hui que l'infection puerpérale s'observe beaucoup plus souvent après les accouchements spontanés qu'après les accouchements artificiels. Il cite le cas d'une femme qui a eu de l'infection puerpérale après son premier accouchement qui s'était fait spontanément, tandis que deux accouchements postérieurs, ayant nécessité une intervention opératoire, se sont passés sans infection. M. Aron en prend prétexte pour recommander l'intervention hâtive. Or, ce fait ne prouve absolument rien dans le sens indiqué par l'auteur.

M. Charpentier estime, au contraire, que les manœuvres opératoires exposent à provoquer des érosions du vagin et de la vulve, qui peuvent servir de porte d'entrée à l'agent infectieux, et exposent aussi à élargir la plaie utérine.

A son avis la première règle, la première qualité de l'accoucheur est de savoir ne rien faire. M. Aron, il est vrai, présente une très belle statistique, pour ses interventions : 156 forceps avec 156 succès pour la mère, 152 pour l'enfant. Mais M. Aron applique par principe le forceps dès qu'il est appelé par une sage-femme. M. Charpentier proteste de

toutes ses forces contre cette pratique exagérée. Ces succès ne sont pas dus à la hâte de l'intervention, mais à l'habileté de l'opérateur et à sa rigoureuse asepsie.

Le forceps est un merveilleux instrument, mais qui ne doit plus être détourné de son but; la terminaison naturelle de l'accouchement doit être la règle; l'intervention doit être l'exception. M. Aron prétend, par son application hâtive de forceps, diminuer la fatigue qui résulte pour la femme de la prolongation du travail; cette fatigue peut être, dans certains cas, une indication; mais cela est bien rare.

De même pour les manœuvres par version; il ne faut faire la version que lorsqu'elle est absolument indiquée, c'est-à-dire dans les présentations de l'épaule, quand la dilatation est complète et, autant que possible, quand la poche des eaux est intacte.

Les conclusions du travail de M. Aron semblent donc non justifiées. L'intervention ne doit jamais être hâtive. Au contraire, elle doit être reculée autant que possible et ne doit être faite qu'en cas d'indication absolue.

La séance est levée.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

360. M. Cossin. Contribution à l'étude de la torsion du cordon spermatique avec gangrène consécutive du testicule. — 361. M. Berthelin. Essai sur l'hydrocèle de la femme. — 362. M. Sauvage. Des hernies de l'appendice vermiculaire. Appendicite herniaire. — 363. M. Thelliez. Considérations sur le traitement de l'ostéo-myélite des os longs. — 364. M. Deffains. Étude clinique et thérapeutique sur les kystes du mésentère. — 365. M. Mahe. Essai sur le traitement de la maladie d'Addison. — 366. M. de Martigny. De la blennorragie et de son traitement par les lavages vésicaux, sans sonde, au permanganate de potasse. — 367. M. Pinesse. Résultats éloignés de l'ablation bilatérale des annexes par la laparotomie pour salpingo-ovarite. — 368. M. Camus. Recherches sur les causes de la circulation lymphatique. — 369. M. Clergue. Considérations sur la dernière épidémie de fièvre typhoïde à l'hôpital Bichat, et sur le traitement par les bains froids. — 370. Mme Bonnier. De la nécessité de l'examen bactériologique dans les angines diphtériques. — 371. M. Radier. Contribution à l'étude des déchirures du périnée et de leur traitement primitif. — 372. M. Capela. Traitement de la névralgie rebelle de la deuxième branche du nerf trijumeau par la neurectomie centrale. — 373. M. Mahe. Sur les plaies simultanées de l'artère et de la veine fémorales. — 374. M. Le Branchu. De la nature infectieuse des phlébites. De la phlébite variqueuse. — 375. M. Arren. Essai sur les capsules surrénales. — 376. M. Sourlangas. Étude sur Hippocrate, son œuvre, ses idées sur l'infection; ses moyens antiseptiques. — 377. M. Angerant. Les grands lavages de l'intestin. Étude historique, critique et expérimentale. — 378. M. Encausse. L'anatomie philosophique et ses divisions, précédée d'un essai de classification méthodique des sciences anatomiques. — 379. M. Prieur. Le prolapsus utérin et l'hystérectomie vaginale. — 380. M. Berchon. Du traitement des adénites tuberculeuses du cou. — 381. M. Billet. Étude critique sur les divers modes de traitement de la coxo-tuberculose. Extension continue avec l'appareil du professeur Lannelongue. — 382. M. Aragon. De l'incision transversale dans la néphrectomie. — 383. M. Jany. Du rapport des maladies de l'oreille moyenne avec les affections du rhino-pharynx. — 384. M. Garnier. Du cancer de la verge, et, en particulier, de son traitement par le bistouri. — 385. M. Capdepont. Contribution à l'étude de l'empyème du sinus maxillaire.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira, le 1er mars 1895, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite école.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture de ce concours.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Baudet (de Vanves) et Sarremone (d'Amou).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Douze jours aux Pyrénées (Excursion du 8 au 21 septembre 1894)*. — Billets à prix réduits. Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux.

Départ de Paris (gare d'Orléans), le 8 septembre 1894; retour à Paris (gare d'Orléans), le 21 septembre 1894.

D'accord avec la Société des voyages économiques, la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 4 septembre au soir, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; et par les soins et sous la responsabilité de la Société des voyages économiques : 2° les chambres, service et repas (vin compris); 3° le transport en omnibus et en voitures; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides-conducteurs de l'excursion.

Prix de l'excursion complète : 1re classe, **329 fr. 80**; 2e classe, **296 fr. 70.**

Le nombre des places est limité.

Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence des voyages économiques, 17, rue du Faubourg-Montmartre et, 10, rue Auber, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz); 7, place de la Madeleine; 8, rue de Londres; 21 bis, rue de Paradis; 7, rue Paul-Lelong; 34, boulevard de Sébastopol; 326, rue Saint-Martin (impasse de la Planchette); 63, rue des Archives; 6, place Saint-Sulpice; 5, rue Gaillon; 21, rue du Bouloi; 33, quai Valmy; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine.

— *Relations entre Paris et le Cantal, par Montluçon et Bort (voie la plus économique et la plus courte).* — La Compagnie d'Orléans, en vue de faciliter les relations de Paris avec le Cantal, vient d'établir, pour les voyageurs, un service qui fonctionne, chaque jour, entre la gare de Bort et les localités de Riom-ès-Montagne et Menet; ce service de voitures dessert, en même temps, Apchon, Saint-Hippolyte (Cantal) et Cheylade.

Voici les prix et l'horaire de ce service, le départ de la gare de Bort ayant lieu à 5 h. 40 du matin pour toutes les localités :

Cheylade : distance, 43 kil.; prix, 5 fr.; durée du trajet, 6 h. 30; départ, 1 h. soir. — Saint-Hippolyte : distance, 40 kil.; prix, 4 fr. 50; durée du trajet, 6 h. 15; départ, 1 h. 30 soir. — Apchon : distance, 37 kil.; prix, 4 fr.; durée du trajet, 6 h.; départ, 2 h. soir. — Riom-ès-Montagne : distance, 31 kil.; prix, 3 fr. 10; durée du trajet, 4 h.; départ, 3 h. 20 soir. — Menet : distance, 19 kil.; prix, 2 fr. 10; durée du trajet, 2 h. 45; départ, 4 h. 30 soir.

Les voyageurs de et pour les au-delà de Riom-ès-Montagne stationnent 20 minutes à cette localité.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Des différents modes d'application du mercure en thérapeutique oculaire : frictions, injections hypodermiques, intra-oculaires et sous-conjonctivales.

Par le docteur A. DARIER.

I

En thérapeutique oculaire une chose est frappante, c'est l'uniformité du traitement et le petit nombre de médicaments employés pour les différentes maladies des yeux.

Un médicament prime entre tous, c'est le *mercure* appliqué sous toutes ses formes. C'est que l'empirisme, la routine lui ont reconnu une efficacité réelle, qu'on a tort de lui dénier, parce qu'on ne la comprend pas ou qu'on l'explique mal. La médication mercurielle, en effet, malgré les abus qui en ont été faits en thérapeutique oculaire, n'en est pas moins, quand elle est bien administrée, une des armes les plus précieuses de notre arsenal.

L'empirisme, que nous appelons aujourd'hui l'*observation clinique*, il ne faut pas l'oublier, est notre grand maître, autant et plus même pour nous que le laboratoire et le microscope. L'expérimentation nous sert à prouver ce que la clinique nous a fait pressentir et *vice versa*.

Aujourd'hui, avec les théories pathogéniques modernes, nous pouvons nous faire une idée plus exacte de l'action salutaire de la médication mercurielle. Elle agit comme topique, quand nous l'employons contre les kératites, sous forme d'oxyde jaune ou de calomel, comme désinfectant des plaies, en solution de sublimé, de cyanure, etc. Comme médication générale, elle agit souvent comme antisyphilitique, mais dans beaucoup de cas elle a une action bactéricide, microbicide, antiseptique, à laquelle nous devons attacher la plus grande importance. Il est encore un autre mode d'action, qui était admis par les anciens et qui a certainement aussi son importance. On attribuait aux mercuriaux une action altérante, résolutive, dissolvante sur les exsudats les plus divers. Aujourd'hui, nous avons la preuve de ce pouvoir dissolvant, et par la clinique et par l'expérimentation. En effet, dans les infarctus calcaires des reins, dans l'intoxication hydrargyrique, ne devons-nous pas voir un transport de substance osseuse dissoute arrêté par le filtre rénal? L'expérimentation a montré, en effet, que la néphrite consécutive à l'hydrargyrisme est due à une irritation des éléments excréteurs, par des sels calcaires transportés par le sang.

II

Le nombre des modes d'application du mercure est aussi grand que varié. Nous ne passerons en revue que les principaux. Les *frictions mercurielles* ont survécu à toutes les autres médications mercurielles, si diverses et si bizarres, employées par les Anciens; elles constituent, du reste, le mode le plus efficace et le plus rapide pour arriver à la saturation mercurielle. Elles seront donc indiquées dans les cas où il est urgent d'obtenir, dans le plus bref délai, une mercurialisation intense de tout l'organisme; dans certaines *iritis*, *iridocyclites*, *iridochoroïdites* accompagnées de phénomènes inflammatoires violents, qu'ils soient dus à la syphilis ou à une infection traumatique, comme dans l'ophtalmie sympathique. A part ces cas urgents, la principale indication des frictions est dans les cas où les injections sont impossibles à administrer, soit par refus du malade, soit par une autre raison. On peut, du reste, pour agir plus rapidement, combiner les deux méthodes, frictions mercurielles locales et injections hypodermiques, et même quelquefois, pour ma part, je ne crains pas de faire en même temps des injections sous-conjonctivales, quand elles sont indiquées par la gravité des accidents locaux.

Autant les frictions ont une action prompte et efficace, quand elles sont faites sous la direction du médecin, autant elles sont irrégulières et illusoires même, quand elles sont confiées aux malades qui ont toujours une certaine répugnance pour un traitement aussi sale et si gênant. Laissons de côté le mode d'administration du mercure par la *voie stomacale* : non pas que nous lui refusions toute efficacité; non, certes, elle a fait ses preuves et elle a de fervents adeptes, elle a même certains côtés pratiques qui la font préférer à M. Abadie et à d'autres, dans le traitement des complications choroïdiennes de la myopie. Les pilules de sublimé ont, en effet, souvent donné des résultats satisfaisants dans ces cas particuliers.

A un certain moment, le calomel à dose réfractée eut une grande vogue en oculistique, mais on en est bien revenu, et

ce mode d'administration, quoique précieux, ne présente plus que des indications toutes spéciales.

L'administration par la voie stomacale a le grave inconvénient d'être infidèle et peu régulière, parce qu'elle dépend absolument de l'état des voies digestives, de la quantité de mercure assimilé, et aussi et surtout de la quantité qui peut traverser le foie sans être éliminée par cet organe. Car, comme on sait, le foie, entre autres fonctions, a celle très importante de servir de filtre épurateur, pour tout ce qui est absorbé par le tube digestif. C'est là un fait avec lequel on doit désormais compter *sérieusement* en thérapeutique, et qui explique pourquoi on a de plus en plus tendance à administrer les médicaments par voie hypodermique.

C'est là, en effet, le mode le plus scientifique et le plus pratique d'administration des médicaments, celui qui tient le malade sous le contrôle immédiat et continu du médecin. Les doses sont toujours exactement graduées et l'administration peut en être faite à des intervalles réguliers. Le malade est dans l'impossibilité complète de tromper son médecin sur les doses administrées.

Bien des sels mercuriels différents ont été employés en injections hypodermiques, sels solubles ou sels insolubles.

L'emploi des sels insolubles doit être, sinon complètement rejeté, du moins il doit être *prescrit* avec de grandes précautions. Il faut débuter par des doses très légères pour tâter le terrain. Il existe, en effet, des incompatibilités idiosyncrasiques, avec lesquelles il faut compter, sous peine d'intoxication grave et quelquefois de mort. On compte déjà 13 cas de morts publiés. On a relaté aussi des cas d'embolies pulmonaires et d'embolies cérébrales. Pour ma part, je ne pratique jamais d'injections massives avant d'avoir longuement éprouvé la tolérance du malade par des injections progressives de sels solubles.

J'ai observé moi-même plusieurs cas d'intolérance pour la médication mercurielle, et je désire en dire quelques mots.

Inutile de parler de ces cas où les frictions mercurielles ou le calomel à dose fractionnée amènent, en peu de jours, une stomatite violente, avec troubles gastriques plus ou moins marqués. C'est la banalité. Je veux seulement citer un fait qui m'a bien vivement frappé. C'était au temps où l'ophtalmie sympathique était traitée exclusivement par l'énucléation et la cure par les frictions mercurielles à outrance. Une jeune fille soignée de cette façon eut, à la suite des frictions mercurielles longtemps prolongées, des complications du côté des reins, qui mirent ses jours dans le plus grand danger (probablement néphrite parenchymateuse, par infarctus calcaires, provenant de la décalcification des os, produite par le traitement mercuriel). Toutefois, elle a conservé la vue de l'œil qui lui restait. Depuis que nous employons les injections hypodermiques, et voilà douze ans qu'à la suite de M. Abadie nous les pratiquons journellement, nous avons été complètement à l'abri de ces graves accidents. Cela se comprend, si l'on voit les malades tous les deux jours, on est toujours à même d'interrompre le traitement, dès qu'on voit qu'il est mal supporté. Les premiers symptômes accusés par les malades sont, dans ce cas, des douleurs abdominales, coliques, crampes d'estomac, quelquefois de la diarrhée sanguinolente, rarement des vomissements. Les premiers cas d'intolérance que nous avons observés, se sont montrés après environ dix injections hypodermiques de 1 centigramme de sublimé, chez deux goutteux qui tous deux accusèrent les mêmes symptômes de coliques et de diarrhée sanguinolente. Depuis ces faits, notre attention a été attirée de ce côté et nous avons eu l'occasion d'observer en tout cinq ou six cas sur plusieurs centaines de malades.

De jeunes sujets dans la force de l'âge et de la santé peuvent présenter cette intolérance pour le mercure, sous quelque forme que ce soit. Que serait-il arrivé à ces malades si, au lieu d'une dose ordinaire d'un sel mercuriel soluble, l'injection eût été faite avec une dose massive de calomel ou d'oxyde jaune? La mort en aurait été la conséquence probable.

Des cas d'intolérance aussi marquée sont rares, c'est vrai, mais il est nécessaire de les connaître, pour se tenir sur ses gardes et se méfier des conseils de ceux qui vous disent que vous pouvez aller jusqu'à injecter 5 centigrammes de sublimé en une seule fois. Il m'est arrivé, dans certains cas très graves, d'aller progressivement jusqu'à 2 centigrammes de sublimé ou de cyanure d'hydrargyre, mais rarement j'ai pu prolonger cette dose sans provoquer des coliques et de la diarrhée, qui me forçaient à diminuer de suite les doses.

Il est bon de noter que, dans presque tous les cas, ces effets toxiques n'ont pas nui au traitement, au contraire, une amélioration de la maladie oculaire a toujours été manifeste.

Beaucoup de sels solubles ont été employés; ils se valent tous, à très peu de chose près. Nous avons surtout usé avec notre maître, M. le docteur Abadie, du peptonate et du sublimé. Les injections d'huile au bi-iodure de mercure, auxquelles M. le professeur Panas a donné la préférence depuis quelques années, m'ont donné aussi de bons résultats, mais elles ne sont ni moins douloureuses, ni plus actives que les injections de cyanure, dont nous parlerons plus loin. Elles sont, en revanche, moins antiseptiques. C'est au cyanure que dans ces trois dernières années j'ai donné la préférence à cause de sa solubilité, de son absorption rapide et du peu de douleur que cause son injection. Il a, en outre, l'avantage de ne pas précipiter la cocaïne comme le fait le sublimé; ce qui permet de pratiquer des injections presque indolores.

J'ai d'abord fait des injections avec la solution à 1 p. 100, en injectant *progressivement* jusqu'à 1 centigramme de cyanure tous les jours, j'ai obtenu des effets intensifs très rapides, mais au bout de quelques jours se produisaient des phénomènes d'intoxication.

J'en suis venu alors à injecter des solutions plus *abondantes* et plus *diluées*. J'ai obtenu ainsi une sorte de transfusion qui m'a donné des résultats plus rapides et plus sûrs que tous les moyens que j'avais employés antérieurement. Aujourd'hui je suis arrivé à injecter tous les jours, tous les deux jours ou même une seule fois par semaine, suivant les indications, 5 *centimètres cubes d'une solution contenant* 5 *milligrammes de cyanure* (*dose maxima*), *autant de cocaïne et* 35 *milligrammes de chlorure de sodium*. Ces injections sont très bien supportées et en ayant soin de les faire chaque fois à un endroit différent du corps, elles ne laissent aucune induration. Si je veux obtenir un effet intensif rapide, je les répète tous les jours, et je surprendrai peut-être quelques confrères en disant que j'obtiens ainsi des effets aussi rapides qu'avec les frictions les plus énergiques et sans en avoir les graves inconvénients. Mais il faut toujours avoir soin d'interroger le malade sur l'état de son intestin. Dès qu'il éprouve la moindre colique, il faut ralentir l'accrois-

sement des doses. Jamais je ne vois de stomatites et les accidents intestinaux sont instantanément guéris par une injection de morphine. Le malade doit en être averti. L'abondance du liquide injecté qui est, en somme, du sérum artificiel, permet une diffusion rapide dans tout l'organisme et en même temps une élimination facilitée par la masse et la température du liquide qui est toujours injecté à 30 degrés ou 35 degrés centigrades. *Donc action rapide et intense, élimination prompte, tels sont les avantages des injections diluées abondantes.* Elles permettent un dosage précis des effets à obtenir, depuis l'effet le plus léger jusqu'aux cures intensives les plus énergiques, tout en permettant d'éviter les phénomènes d'intoxication. Mais est-il nécessaire de saturer tout l'organisme de mercure pour guérir une affection oculaire absolument localisée. Plus nous avançons, plus nous devenons précis, plus nous cherchons à appliquer le remède à l'organe malade lui-même, en limitant autant que possible la lutte du médicament contre l'agent pathogène ou le foyer infectieux lui-même. La chose est facile quand le siège du mal est accessible et que sa destruction est possible sans nuire à l'organe malade. Mais le plus souvent, et pour l'œil surtout, il nous faut nous contenter de rendre le milieu ambiant impropre à la vie de l'élément pathogène, en irriguant le territoire lymphatique circonvoisin avec tel antiseptique que nous savons le plus funeste à l'ennemi que nous combattons.

Beaucoup d'affections du globe oculaire peuvent être traitées ainsi localement, soit en injectant le médicament dans l'œil lui-même, comme l'a fait, le premier, M. Abadie, soit en injectant simplement le médicament sous la conjonctive. *Les injections intra-oculaires* ont leurs indications spéciales, elles s'adressent à ces cas très graves où tout peut être tenté pour sauver un œil que l'on croit absolument perdu. Elles ont malheureusement quelquefois des conséquences graves qui font qu'on hésite à les appliquer couramment. Il n'en est pas de même *des injections sous-conjonctivales* qui ne peuvent avoir qu'une douleur un peu vive comme complication, sans jamais entraîner la perte de la vision. Elles agissent en irriguant les espaces lymphatiques oculaires avec une solution de sublimé ou de cyanure au millième.

III

La thérapeutique locale, que nous poursuivons depuis des années déjà (1), n'est pas basée seulement sur l'empirisme ; elle repose sur des lois anatomiques et physiologiques très importantes, ainsi que nous l'avons déjà fait ressortir dans une communication (2), à la Société d'ophtalmologie de Paris, en 1892. Nous insisterons encore ici sur quelques points.

La thérapeutique locale est à l'ordre du jour, non seulement en ophtalmologie, mais dans toutes les branches de la médecine. Toutes les fois qu'il est possible d'atteindre le foyer morbide, le chirurgien réclame sa grosse part d'une quantité d'affections considérées autrefois comme étant du domaine médical.

(1) C. Abadie. De l'importance des médications locales en thérapeutique oculaire, *Bull. de la Soc. franç. d'opht.*, 1887. — A. Darier. De la lanoline hydrargyrique en thérapeutique oculaire, *Bull. de la Soc. d'opht. de Paris*, 1888.

(2) A. Darier. Loc. cit.

En dermatologie, plus que partout, la thérapeutique locale s'impose de plus en plus, et les grandes doctrines diathésiques sont peu à peu dépouillées de beaucoup de leurs attributs, au bénéfice des infections locales relevant, par conséquent, surtout des médications topiques.

Même les affections dépendant d'une maladie générale telle que la syphilis, la tuberculose, le rhumatisme, ont, à côté de leurs indications générales, des indications locales de première importance.

Si des manifestations morbides se présentent à la fois, sur différents organes, c'est le traitement général qui est de première indication. Si, au contraire, les accidents sont absolument localisés en un seul point, les applications locales devront s'imposer.

Cette loi peut s'appliquer d'autant mieux aux maladies oculaires que, souvent, celles-ci se manifestent comme unique phénomène, que notre routine nous fait parfois rattacher à un état général diathésique plus ou moins problématique, parce que nous n'en connaissons pas la pathogénie propre.

L'idée qui nous a toujours guidé dans nos recherches est la suivante : *Une infection primaire ou secondaire se localisant dans un organe aussi important que l'œil, il est de première nécessité d'enrayer et d'éteindre sur place, si possible, le processus infectieux*, sans jamais, pour cela, perdre de vue les indications générales. Quand la chose est faisable chirurgicalement, par le fer ou le feu, le but est vite atteint ; mais si les lésions ne sont pas superficielles ou intéressent des tissus qu'il est important de respecter, quels moyens locaux nous restent ?

Les instillations de sublimé dans le sac conjonctival, pratiquées déjà par Scarpa, ont été remises en honneur récemment par Gallenga (1) qui a obtenu, par ce moyen, quatre guérisons d'ophtalmie sympathique.

Secondi a repris la chose d'une manière plus scientifique, en injectant le sublimé sous la conjonctive.

Injecter l'agent antiseptique dans le foyer infectieux lui-même ou dans ses alentours immédiats, de façon à irriguer, à aseptiser tout le territoire lymphatique dans lequel s'est cantonné le processus morbide, tel nous paraît devoir être le but de la thérapeutique de toutes les maladies infectieuses bien localisées.

L'œil est dans des conditions admirables pour se prêter à cette thérapeutique locale, par la disposition même de son système lymphatique, constitué par des espaces communiquant tous intimement entre eux.

Or, des expériences physiologiques de la plus haute importance ont montré que des substances colorantes injectées sous la conjonctive pénètrent rapidement dans l'humeur aqueuse, imbibent et colorent la cornée, le cristallin et le corps vitré, ainsi que les membranes profondes de l'œil.

N'est-il donc pas logique de conclure que le plus sûr moyen de faire pénétrer des substances médicamenteuses solubles dans l'intérieur de l'œil, c'est de les injecter sous la conjonctive ou dans l'espace de Ténon ?

Notre expérience personnelle nous a prouvé qu'il était absolument indifférent que l'injection fût faite dans l'espace ténonien ou simplement sous la conjonctive. La substance pénètre avec la même rapidité vers les milieux oculaires.

Comment n'en serait-il pas ainsi, puisqu'une simple instillation dans le cul-de-sac conjonctival amène déjà une

(1) C. Gallenga. *Atti reale Academia di medicina di Torino*, 1887.

absorption rapide de l'atropine que l'on retrouve dans le liquide de la chambre antérieure après quelques minutes seulement? C'est là un fait bien anciennement connu.

L'idée des injections sous-conjonctivales est, du reste, antérieure à Secondi. Rothmund (1) [de Munich] avait pratiqué des injections sous-conjonctivales d'eau salée pour tâcher de dissoudre, par imbibition, certains leucomes de la cornée. M. de Wecker a autrefois vanté les injections sous-conjonctivales d'eau salée pour guérir le décollement de la rétine. D'autres ont peut-être, avant ou après, fait des essais semblables, sans que leurs noms soient parvenus jusqu'à nous.

Nous ne revendiquons pas une priorité. Nous serons trop heureux si, par nos recherches obstinées, nous réussissons à faire comprendre les principales indications de la thérapeutique locale par les injections sous-conjonctivales de sublimé, dans beaucoup d'affections oculaires contre lesquelles on n'avait jusqu'ici d'autres ressources que les médications générales qui, souvent, dépassent le but et quelquefois ne l'atteignent pas ou trop tard.

Or la thérapeutique locale est indiquée toutes les fois qu'il faut agir avec promptitude et intensité.

Nous ne saurions trouver un exemple meilleur que celui de l'ophtalmie sympathique, dont l'unique thérapeutique consistait, jusqu'à ces derniers temps, dans l'énucléation et la cure mercurielle à saturation.

Quelle que soit la théorie que l'on accepte, si le traitement mercuriel général est efficace, son application locale le sera à plus forte raison ; et le fait est déjà reconnu et prouvé par de nombreuses observations rapportées par Gallenga (2), Secondi (3), Raymond (4), Abadie (5), Rogman (6), Coppez (7) et nous-même (8).

Les injections sous-conjonctivales n'eussent-elles fait que d'établir la curabilité de l'ophtalmie sympathique constitueraient déjà une conquête thérapeutique des plus précieuses.

Dans l'infection secondaire, tardive, traumatique ou postopératoire, se faisant à travers des cicatrices vicieuses, cicatrices filtrantes, les injections sous-conjonctivales nous ont donné des résultats que nous n'aurions jamais obtenus, avec autant de rapidité, par les traitements anciens. Nous avons publié de nombreux faits de ce genre qui viennent d'être confirmés à nouveau par Rogman (de Gand).

Si l'on fait abstraction des conjonctivites, contre lesquelles la thérapeutique locale a fait ses preuves, sans qu'on songe encore à attribuer à une médication générale quelconque une influence primordiale, l'infection la plus simple du globe oculaire lui-même est celle produite par une érosion cornéenne infectée.

La forme la plus ordinaire est l'ulcère infectieux de la cornée. Dans les cas nombreux que nous avons observés, nous avons toujours constaté que les injections sous-conjonctivales de sublimé pratiquées pendant plusieurs jours, tout autour de la cornée, produisaient l'antisepsie la plus sûre et la plus efficace. Et ce n'est pas le fait de notre seule expérience, Secondi (1) [de Turin], Dufour (2) [de Lausanne], Van Moll (3) [de Rotterdam], Gepner (4) [de Varsovie] ont obtenu par le même moyen des résultats admirables.

Avec le galvanocautère et les injections sous-conjonctivales de sublimé, tout ulcère infectieux de la cornée, pris à temps, sera promptement guéri ; ce qui n'était pas le cas par les traitements anciens.

IV

Ce que nous avons dit pour l'infection traumatique tardive est encore plus vrai pour les blessures septiques de l'œil, où le phlegmon oculaire est imminent.

Si la suppuration n'a pas déjà gagné les parties profondes de l'œil, les injections sous-conjonctivales de sublimé, pratiquées *larga manu* et coup sur coup, permettront souvent d'éviter l'énucléation.

Si nous envisageons les maladies essentielles des membranes profondes de l'œil : *iridochoroïdites*, *rétinites*, *névrites*, etc., nous serons surpris de voir que, même dans ces affections profondes, dont l'étiologie est souvent fort obscure, et où la syphilis, le rhumatisme et toutes les diathèses jouent un rôle important, les injections sous-conjonctivales ont, dans beaucoup de cas, donné des résultats que l'on peut sans crainte appeler surprenants.

Aussi avons-nous été heureux d'entendre, dans un des derniers Congrès d'ophtalmologie, M. le professeur Pflueger (de Berne) confirmer notre dire, en déclarant que, lui aussi, il avait constaté que les injections sous-conjonctivales avaient une action pour ainsi dire élective sur la choroïde.

Nous relatons, dans notre troisième travail (5), de nombreuses observations de choroïdites, où le traitement local s'est montré efficace, alors que tous les traitements généraux avaient échoué ou avaient épuisé leur effet.

Dans les choroïdites ou choriorétinites centrales récentes et pas trop profondes, on peut étudier, pour ainsi dire mathématiquement, l'action vraiment remarquable des injections sous-conjonctivales de sublimé. En effet, les échelles métriques nous permettent de contrôler exactement l'amélioration progressive de l'acuité visuelle, d'un autre côté l'ophtalmoscope nous montre avec précision comment évolue et rétrograde la lésion anatomique.

Nous sommes heureux d'avoir été le premier à établir ce fait d'une manière indiscutable : car nous l'avions prévu théoriquement. Physiologiquement, la chose est facilement explicable, par la communication intime qui existe entre les espaces lymphatiques choroïdiens et les espaces sous-conjonctivaux ou ténoniens.

Nous croyons qu'il doit en être de même pour les *maladies du nerf optique* : mais là des considérations anatomiques, qu'il serait trop long d'exposer ici, nous préviennent qu'on ne peut espérer la restitution *ad integrum* quand un certain nombre de fibres nerveuses ont été atrophiées. On ne pourra donc attendre un effet thérapeutique certain, que dans les

(1) Rothmund. *Klin. Monats. f Augenheilk.*, 1866.
(2) C. Gallenga. Loc. cit.
(3) Secondi. *Ann. di ottalmol.*, t. XX, fasc. III.
(4, 5 et 6) Raymond, Abadie, Rogman. Soc. franç. d'opht., 1890.
(7) Coppez. Soc. franç. d'opht., 1892.
(8) A. Darier. *Gaz. des hôpit.*, 10 oct. 1891.

(1) Secondi. *Giorn. della R. Acad di Med. di Torino*, 1889.
(2) Dufour. *Bull. de la Soc. franç. d'opht.*, 1892.
(3) Van Moll. *Klin. Monats. f. Augenheilk.*, 1892.
(4) Gepner. *Centralbl. f. Pract. Augenheilk.*, 1894.
(5) A. Darier. Des injections sous-conjonctivales dans les maladies de la choroïde et de la rétine, *Bull. et Mém. de la Soc. franç. d'opht.*, 1892.

cas où les fibres optiques ont été seulement comprimées ou parésiées momentanément, en un mot on ne pourra espérer une guérison que dans les cas où le processus inflammatoire infectieux sera de date récente, ou alors quand il aura terminé son évolution progressive sans avoir entraîné l'atrophie complète du nerf optique.

Nos recherches sur ce sujet ont été très longues et très pénibles. Après une série de succès que nous avons obtenus dans certaines névrites rétro-bulbaires infectieuses (1), nous avons recherché ce que l'on pourrait obtenir dans les différentes atrophies des nerfs optiques.

Dans les atrophies grises tabétiques les résultats ont été nuls.

Dans les atrophies blanches, suite d'anciens processus inflammatoires, souvent il nous est arrivé d'améliorer légèrement la vision, mais seulement dans une très faible mesure.

Dans les névrites optiques symptomatiques d'une affection intra-cranienne grave, l'effet des injections sous-conjonctivales de sublimé a été souvent très manifeste, mais presque toujours éphémère. Il eût fallu pouvoir supprimer la cause du mal pour en détruire l'effet.

V

Pour terminer la série des indications des injections sous-conjonctivales de sublimé, il nous reste à parler des maladies de l'iris et du corps ciliaire.

Nous avons vu que, dans les infections ectogènes, traumatiques, caractérisées par de l'iritis, de l'iridocyclite et même de l'iridochoroïdite, les effets obtenus par la thérapeutique locale étaient supérieurs à tout ce qu'avait pu nous offrir jusqu'à ce jour la thérapeutique générale de ces affections.

Nous n'oserions pas dire qu'il en sera de même dans toutes les infections d'origine endogène, relevant d'une diathèse ou plutôt d'une maladie infectieuse générale, telle que la syphilis, la tuberculose, le rhumatisme, etc., ou d'une infection répercutée, ou métastatique comme dans la blennorragie, dans certaines métrites, etc.

Nos études sur ce point délicat sont loin d'être terminées; mais nous pouvons déjà affirmer que, dans bon nombre de ces affections, les injections sous-conjonctivales de sublimé, si elles ne constituent pas à elles seules un traitement complet, sont le plus souvent un auxiliaire précieux de la thérapeutique générale.

Dans les diverses manifestations de la syphilis sur l'iris et le corps ciliaire, on serait en droit d'attendre des merveilles des injections sous-conjonctivales de sublimé.

Plusieurs iritis gommeuses que nous avons traitées par ce moyen ont guéri avec une grande rapidité, il en a été de même de certaines iridochoroïdites anciennes ayant résisté à un traitement général longtemps prolongé; mais pour l'iritis syphilitique aiguë franche et violente, nous devons reconnaître que le traitement général est de première indication.

Nous croyons, du reste, qu'il en est de même pour tous les processus inflammatoires aigus violents de l'iris et du cercle ciliaire, quelle que soit leur étiologie, syphilitique, rhumatismale ou autre.

Une observation clinique prolongée de faits de ce genre, venant contrecarrer nos premières idées, nous a amené à la conclusion que les injections sous-conjonctivales étaient contre-indiquées, *momentanément du moins*, toutes les fois qu'une stase circulatoire rendait difficile ou impossible l'absorption du médicament par les voies lymphatiques obstruées. Le sublimé injecté sous la conjonctive jouerait alors le rôle de corps irritant plus nuisible qu'utile, causant de vives douleurs et un chémosis intense.

Cette importante contre-indication une fois établie, nous avons pu fréquemment constater qu'en suivant avec soin les indications cliniques et en choisissant le moment opportun on pouvait non seulement éviter les ennuis ci-dessus, mais encore obtenir des résultats très favorables.

VI

En résumé, dans les affections oculaires où la médication mercurielle générale est indiquée, il faut donner la préférence aux injections hypodermiques de sels solubles, en général, et au cyanure de mercure en particulier. *Il faut employer des injections diluées abondantes*, répétées tous les deux jours ou tous les jours suivant l'urgence. Les avantages de ces injections sont : douleur presque nulle, induration consécutive insignifiante, grande rapidité d'action. Elles élèvent la pression sanguine, activent la circulation et provoquent une diurèse salutaire.

Quand il est impossible d'avoir le malade sous la main et qu'aucun médecin ne peut pratiquer les injections, les *frictions* sont indiquées et donnent de bons résultats si l'on a soin de bien donner au malade les indications nécessaires à une cure sérieuse.

Les injections massives de sels insolubles doivent être réservées aux cas qui ont déjà subi en partie une cure mercurielle et qui ont montré pour cette médication une tolérance parfaite.

Quant aux *injections intra-oculaires* elles sont surtout indiquées dans les affections graves du corps vitré, *infections traumatiques profondes*, *ophtalmie sympathique avancée*, affections syphilitiques graves *ayant résisté au traitement général* et aux injections sous-conjonctivales.

Les injections sous-conjonctivales ont des indications très multiples :

1° Elles agissent comme *le plus puissant et le plus prompt moyen* de pratiquer l'*antisepsie* dans les infections traumatiques ou opératoires, dans les ulcères infectieux et les abcès de la cornée avec hypopion.

2° Elles ont une puissante action résolutive sur la *kératite parenchymateuse torpide*, sur les *exsudats choroïdiens* et CERTAINES *iritis plastiques* quand il n'y a pas une stase veineuse trop marquée.

3° Comme *antisyphilitique* elles ont une action rapide et intense sur les manifestations oculaires de la syphilis à toutes ses périodes.

La principale contre-indication des injections sous-conjonctivales est celle où il existe un engorgement vasculaire du réseau péricornéen, la résorption se fait alors trop lentement et l'injection produit une violente irritation, plus effrayante, du reste, que vraiment grave.

---

(1) Grossmann (de Buda-Pesth) rapporte deux cas de névrite rétro-bulbants guéris par les injections sous-conjonctivales de sublimé (*Allg. Wien. Med. Zeit.*, 1894).

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique des maladies du foie (1), par L. Galliard.

Un nouveau volume vient de s'ajouter à l'utile collection de manuels de thérapeutique que publie la maison Doin. Consacré aux maladies du foie, il a pour auteur M. L. Galliard, médecin des hôpitaux de Paris. Il est bien divisé, l'exposition en est très claire ; les médecins le consulteront avec avantage. La pathologie du foie, s'appuyant sur l'anatomie et la physiologie pathologiques, a fait de réels progrès depuis quelque temps ; la thérapeutique n'est pas restée stationnaire. Les connaissances acquises ont amené quelques méthodes nouvelles de traitement : elles ont servi surtout à vérifier et à épurer les méthodes anciennes. Il suffit de parcourir l'excellent petit volume de M. Galliard pour constater le progrès réalisé.

Des anévrysmes et de leur traitement (2), par J.-B. Duplaix.

Nous signalons avec plaisir à l'attention des médecins et des chirurgiens, également intéressés dans la question, cette excellente monographie des anévrysmes. L'auteur y a exposé, d'une façon fort sobre et fort claire, l'étiologie, l'anatomie pathologique, la séméiologie et le traitement des anévrysmes.

La connaissance plus intime des lésions dues à l'artérite, la détermination exacte de la nature et du rôle réel des caillots sanguins dans le sac anévrysmal ont permis de désencombrer une description que surchargeaient des divisions arbitraires et des discussions oiseuses. On a fini par comprendre que les deux grands moyens d'attaquer les anévrysmes pour en favoriser la guérison sont d'agir sur la paroi ou d'agir sur le sang en circulation. L'usage de l'iodure de potassium à dose suffisante et suffisamment prolongée permet de modifier l'artérite, surtout lorsqu'elle est de nature syphilitique ; l'oblitération de l'artère malade ou le simple ralentissement de la circulation dans le sac favorisent la coagulation du sang et la cicatrisation de la poche : ce sont là les deux éléments possibles d'une intervention utile. Leur mise en œuvre varie forcément dans la pratique, suivant les cas particuliers.

Traitement de la goutte (3), par E. Lecorché.

On sait la compétence très grande de l'auteur en ce qui concerne la goutte : les médecins seront donc heureux de posséder, dans le format commode de la bibliothèque Charcot-Debove, un exposé de ses idées et de sa pratique relativement au traitement de cette maladie. Nous ne faisons que signaler ici l'apparition de cet ouvrage. Nous ne voulons pas en entreprendre l'analyse ; en faire l'éloge serait superflu : nous ferons mieux ; un de nos collaborateurs, prenant comme point de départ le récent travail de M. Lecorché, nous donnera prochainement une Revue générale sur le traitement de la goutte.

Le cancer (4), par D. Critzman.

Sous ce titre, M. Critzman publie une intéressante étude de pathologie générale sur la nature du cancer. Pour lui, le cancer est toujours d'origine épithéliale ; il est constitué par des cellules susceptibles de proliférer à l'excès, d'envahir et de détruire les tissus normaux, de se greffer à distance et de jouer, en somme, le rôle d'un organisme parasitaire. Ces amas de cellules secrètent à l'intérieur de l'organisme des substances toxiques qui produisent la cachexie cancéreuse.

L'auteur ne croit pas à l'existence des microbes caractéristiques du cancer : le véritable parasite, c'est la cellule cancéreuse elle-même, susceptible de s'implanter même sur un organisme étranger.

Mais d'où vient cette cellule ? L'auteur défend la théorie gémellaire qui ne manque pas tout au moins d'ingéniosité. Dans certaines familles, on voit se succéder et alterner le cancer et les jumeaux. Dans le cancer comme dans la gémelliparité, il y aurait évolution des deux ovules. Lorsque les deux ovules sont fécondés, il y a production de deux jumeaux. Lorsqu'un ovule non fécondé pénètre dans un ovule fécondé, il y aura plus tard cancer. Des amas épithéliaux venus du second ovule restent inclus dans les tissus, attendant l'occasion favorable pour se développer sous forme de cancer. Le cancer est donc, en somme, un fœtus dans un autre fœtus, *fœtus in fœtu*. Le cancer est le frère, plus tard fratricide, de celui qui le porte ; c'est le Caïn épithélial du malheureux Abel. On apporte donc en naissant les éléments du cancer, dont on mourra plus tard, lorsque le germe carcino-gémellaire se développera sous l'impulsion de causes occasionnelles. Si ce n'est pas vrai, c'est tout au moins ingénieux et amusant.

(1) In-18. Biblioth. de thérap. méd. et chirurg. Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

(2, 3) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(4) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

MINISTÈRE DE LA MARINE

Liste, par ordre alphabétique, des candidats à l'École principale de médecine navale de Bordeaux, reconnus admissibles aux épreuves orales à la suite des examens écrits.

1° *Médecine.* — MM. les étudiants Abadie-Bayro, Adam, Allard, André, Auffret, Barbe, Barat, Bellet, Beraud, Berthail, Bezier, Bigot, Bouillet, Briand, Brisemur, Brouillard, Builles, Cadet, Cannac, Cassé, Chabal, Chabaneix, Chapeyroux, Chaumanet, Chauvin, Colin, Constantin, Creignon, Damond, Dardenne, Delaune, Duval, Fargier, Gachet, Gaimard, Georges, Grandmaire, Guilbot, Guillemet, Haguet, Hemet, Honorat, Imbert, Izambart, Jeunet, Joly, Jouvenceau, Lamarque, Lasserre, Lassignardie, Lecœur, Lecarre, Le Gouaille, Le Groignec, L'Herminier, Lemasle, Lemerle, Lemesle, Le Moal, Lepinte, Letonturier, Lucas, Maille, Margain, Maury, Mias, Michel, Mielvaque, Monnier, Morin, Mouillac, Moulinier, Nédelec, Nouvat, Nuel, Pelofi, Perrot, Petit, Pujol, Ricaud, Robert, Rouault, Roubaud, Savignac, Santarel, Thomas-Derevoge, Thibault, Vallet, Venturini, Vivie, Westermann.

2° *Pharmacie.* — MM. les étudiants Boissière, Féret, Massion.

De l'hystérectomie vaginale, appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (opération de Péan). Étude basée sur les 200 premières observations du docteur Paul Segond, professeur agrégé, chirurgien de la Maison municipale de Santé, par le docteur Émile Baudron, ancien interne, lauréat des hôpitaux de Paris, avec une préface du docteur Paul Segond et 38 figures dont 12 hors texte. — Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

L'empoisonnement par l'oxyde de carbone.

Par H. RICHARDIÈRE,
Médecin des hôpitaux de Paris.

I

L'inhalation des gaz provenant de la combustion du charbon est la cause d'accidents souvent graves, mortels même, dans un grand nombre de circonstances.

L'acide carbonique et l'oxyde de carbone, produits par le charbon enflammé, sont les gaz qui donnent à ses vapeurs leur action délétère.

Le danger de ces gaz est loin d'être le même, l'influence qu'ils exercent sur l'organisme est dû à un mode d'action très différent.

L'acide carbonique asphyxie. Ce gaz est impropre à la respiration. Il n'a pas d'action spécifique sur les tissus. Sa présence en quantité suffisante dans l'air respiré s'oppose à l'oxygénation du sang. Mélangé à l'air, à dose considérable, il amène l'asphyxie par défaut d'oxygène. Les animaux, plongés dans une atmosphère d'acide carbonique, sont comme s'ils étaient dans le vide de la cloche de la machine pneumatique.

L'oxyde de carbone n'asphyxie pas. Il tue par intoxication. Ce gaz est un véritable poison, qui exerce une action spécifique sur les globules rouges du sang, en raison de sa grande affinité pour l'hémoglobine. L'oxyde de carbone n'empêche pas seulement l'oxygénation du sang. Cl. Bernard a démontré que la combinaison qu'il tend à former avec l'hémoglobine, l'hémoglobine oxycarbonée, est plus forte que la combinaison de l'hémoglobine avec l'oxygène (oxyhémoglobine). Il en résulte que l'oxyde de carbone peut déplacer l'oxygène volume à volume et sa combinaison avec l'hémoglobine, se substituer à lui et former un composé stable, dont la réduction est impossible.

La fixité du composé carboxyhémoglobine s'oppose à toute action ultérieure de l'oxygène sur le sang. Lorsque l'oxyde de carbone est fixé sur les globules rouges, l'hématose est supprimée d'une façon définitive, et la mort est inévitable, si l'action du gaz délétère a été assez prolongée pour s'exercer sur une partie notable de la masse du sang.

Les effets toxiques de l'oxyde de carbone se font sentir rapidement, car il lui faut un temps très court pour se fixer sur la majeure partie des globules. Les expériences de Gréhant ont établi que, sous l'influence des mouvements respiratoires, le sang absorbe ce gaz avec une vitesse considérable. Quand l'atmosphère respirée renferme 10 p. 100 d'oxyde de carbone, le sang en renferme déjà 4 p. 100 au bout de dix à vingt-cinq secondes. Après une minute un quart ou une minute et demie, le sang renferme de 18 à 19 p. 100 de gaz toxique. A ce moment, la mort devient inévitable.

L'oxyde de carbone ne borne pas son action à l'hémoglobine du sang. Il agit comme agent réducteur sur presque tous les tissus de l'économie. Il déplace l'oxygène dans les molécules albuminoïdes qui forment le protoplasma des cellules de l'organisme (Dreser).

II

CAUSES DE L'INTOXICATION PAR L'OXYDE DE CARBONE. — L'oxyde de carbone se forme partout où il existe du charbon en combustion. Sa formation est incessante : elle est liée avec les nécessités de la vie de l'homme. Les foyers où ce gaz se produit sont allumés dans toutes les maisons. A tout moment, il peut se répandre dans l'atmosphère que nous respirons et causer inopinément des accidents graves. Grâce à ses propriétés physiques, sa présence passe souvent inaperçue. En effet, il est dépourvu d'odeur et de couleur. Ses caractères physiques ne peuvent trahir sa présence dans l'air d'une chambre. Il peut s'accumuler dans l'atmosphère, au point de devenir nuisible, sans qu'on soit averti du danger autrement que par ses effets sur l'organisme.

Il suffit d'une faible proportion d'oxyde de carbone dans une atmosphère confinée, pour que son action délétère se produise. L'absorption du gaz par le sang se fait d'une façon appréciable, dès que l'air en contient 1 p. 5000 (Gréhant).

Avec cette dose, la huitième partie du sang peut être empoisonnée. Dans une atmosphère qui en contient 1 p. 1000, la moitié du sang est empoisonnée. Lorsque l'air en renferme un demi à 1 p. 100, la mort est inévitable (Euberberg et Paskowsky).

Les diverses espèces animales sont inégalement sensibles à l'action de l'oxyde de carbone. Les doses nécessaires pour causer la mort varient suivant les espèces entre 1/400 et 1/60 (Gréhant).

La dose d'oxyde de carbone contenue dans l'air n'est pas le seul élément à considérer pour expliquer l'empoisonnement. La durée du séjour dans l'air nuisible, le nombre des inhalations doivent être également pris en considération. M. Saint-Martin explique par la longueur du temps pendant lequel l'oxyde de carbone est respiré, la fréquence des empoisonnements qui se produisent pendant le sommeil, souvent plusieurs heures après que le sujet s'est endormi.

L'empoisonnement par l'oxyde de carbone est souvent le résultat d'une tentative de suicide. Ce genre de suicide est très usité en France, où il est le plus fréquent de tous les modes de suicide. Quetelet a établi que de 1835 à 1844, il y avait eu, dans notre pays, 1 886 suicides de ce genre. Depuis lors, la proportion des suicides a augmenté d'une façon appréciable, et le nombre des suicides par l'oxyde de carbone a augmenté pareillement. De 1876 à 1880, on a compté en moyenne, par année, 463 empoisonnements de suicide par ce gaz (Hugounenq).

L'empoisonnement volontaire par l'oxyde de carbone est surtout observé en France. En Allemagne, il est beaucoup plus rare. En Autriche-Hongrie, il est presque complètement inconnu (Hoffmann).

Le plus ordinairement, l'empoisonnement par l'oxyde de carbone est un empoisonnement accidentel, dont les causes fort nombreuses sont intéressantes à bien connaître.

Les modes de chauffage défectueux des appartements, les vices de construction des cheminées, lui donnent lieu dans la grande majorité des cas.

Quelquefois, le gaz toxique vient d'un foyer situé en dehors de la pièce où les accidents se produisent; il passe à travers les fissures d'une cheminée mal construite et filtre à travers les interstices des cloisons, pour pénétrer au niveau des joints des murs avec les planchers et les plafonds.

Si un même tuyau de cheminée est l'aboutissant commun de plusieurs foyers, le gaz peut descendre et pénétrer par les cheminées dans le voisinage.

Même sans ce vice de construction, qui fait aboutir plusieurs cheminées à un même tuyau, des cheminées bien construites peuvent donner naissance à des courants descendants, quand, avant d'y faire un feu suffisant, un autre corps de cheminée se trouve échauffé d'une manière quelconque (Brouardel).

Dans quelques faits curieux, des accidents se sont produits dans des chambres situées sous les toits, et munies de fenêtres à tabatières, ouvertes près des tuyaux de cheminée. Le vent avait fait rabattre l'oxyde de carbone, dégagé par les tuyaux de cheminée, dans les chambres, dont la fenêtre à tabatière était restée entr'ouverte.

L'oxyde de carbone provient parfois de la combustion lente de vieilles poutres, enflammées au contact d'une cheminée et brûlant lentement. Le gaz dû à cette combustion pénètre à travers des fissures des planchers et des plafonds dans l'intérieur des pièces.

Dans les faits que nous venons de mentionner, l'oxyde de carbone provenait d'un foyer situé en dehors de la chambre occupée par les victimes. Le plus souvent, l'oxyde de carbone se trouve dans la pièce même.

Les poêles en sont le mode de production le plus commun.

Le danger des poêles sans tuyaux et des braseros est bien connu. Une expérience de Gréhant a montré qu'un poêle sans tuyau, brûlant 2 kilogrammes de charbon dans une pièce de 45 mètres cubes, vicie l'atmosphère de telle manière qu'un chien enfermé dans cette pièce a la moitié de son sang empoisonné! Dans de semblables conditions, un homme endormi dans cette pièce y trouverait la mort. Fort heureusement, les poêles sans tuyau et les braseros sont fort peu répandus en France.

Les poêles fixes, munis de tuyaux, peuvent devenir dangereux lorsque, le tirage se faisant mal, la production de l'oxyde de carbone est augmentée dans le foyer. Une pratique très nuisible consiste à fermer la clef des poêles, pour en rendre la combustion plus lente. On active ainsi la formation de l'oxyde de carbone et on facilite la descente dans la pièce des gaz provenant de la combustion du charbon.

Les poêles mobiles, dont la vogue a été si grande, il y a quelques années, ont été la cause d'intoxications oxycarbonées nombreuses, signalées par MM. Beaumetz, Gréhant, Brouardel, Laborde, Lancereaux, Verneuil, etc. Une discussion de l'Académie de médecine en montrant les dangers de ces poêles a, fort à propos, mis le public en méfiance contre leur emploi, qui tendait à se généraliser.

Le danger des poêles mobiles est dans la faiblesse de leur tirage. On sait comment fonctionnent ces poêles. Ils sont formés d'un cylindre à double enveloppe concentrique. Le cylindre intérieur renferme le combustible (coke, anthracite, etc). La fumée produite par le combustible enflammé sort du premier cylindre pour se répandre dans le cylindre extérieur, et de là gagner le tuyau de dégagement; elle est ainsi obligée à une marche descendante, qui a pour effet et pour but de ralentir le tirage du foyer. Les gaz, avant de s'échapper, traversent toute la colonne du combustible et se transforment en grande partie en oxyde de carbone. Cette transformation est sans danger si l'appareil est bien clos et s'il n'y a pas refoulement des gaz dans la pièce. Mais si le refoulement des gaz a lieu, il est très dangereux, en raison de l'énorme proportion d'oxyde de carbone, contenue dans la fumée.

La grande proportion de ce gaz dans la fumée qui sort des poêles mobiles, la rend particulièrement redoutable quand elle passe par des cheminées mal construites ou présentant des fissures, d'où elle peut s'échapper, pour se répandre dans les appartements situés au-dessus de la pièce où le poêle est placé.

Le mode de fermeture peut encore donner lieu à un échappement, lorsque le sable sur lequel s'appuie le couvercle n'est plus en quantité suffisante pour obturer complètement l'appareil.

La mobilité du poêle est aussi à critiquer. A chaque changement de place, le tuyau dégage une fumée épaisse, fortement chargée de vapeurs toxiques, qui se dégagent dans les pièces et y séjournent, si les fenêtres ne sont pas largement ouvertes pendant le voyage qu'on fait exécuter au poêle.

Le chauffage des voitures par des briquettes de charbon de Paris, a été plusieurs fois la cause d'empoisonnement accidentel par l'oxyde de carbone. Ces briquettes en dégagent une quantité considérable.

D'après les analyses de M. Armand Gautier, leur combustion produit en une heure 18 litres d'oxyde de carbone, plus ou moins mélangé d'acide carbonique. On connaît le danger qu'il peut y avoir à respirer un pareil mélange dans un milieu clos, aussi restreint qu'une voiture. M. Gautier estime que ce mode de chauffage des voitures ne cause pas moins de 7 à 8 cas de mort par année à Paris. L'intoxication est souvent très rapide.

M. le professeur Brouardel a fait connaître récemment l'observation d'un médecin qui fut gravement intoxiqué après un court trajet en voiture, et qui eut tout juste la force d'ouvrir les glaces de la voiture pour éviter un accident mortel.

C'est à l'oxyde de carbone, qu'il renferme en quantité notable (de 6,8 p. 100 à 12,9 p. 100), que le gaz d'éclairage doit ses propriétés toxiques. Les expériences de Bruneau ont, en effet, démontré que les autres gaz qui entrent dans sa composition n'étaient pas toxiques et pouvaient être respirés impunément.

Malgré cette forte proportion d'oxyde de carbone, le gaz d'éclairage détermine rarement des phénomènes d'intoxication. Son odeur pénétrante, bienfaisante à ce point de vue, signale sa présence et fait rechercher les fuites.

Il est toutefois utile de savoir que cette odeur peut disparaître, quand le gaz d'éclairage provenant de la rupture d'un tuyau filtre à travers le sol avant de se répandre dans les maisons. Le passage du gaz à travers le sol lui enlève complètement son odeur (Vibert).

L'empoisonnement par l'oxyde de carbone est une cause de mort fréquente dans les incendies. Chez un grand nombre des victimes de l'Opéra-Comique, M. Brouardel a constaté, à l'examen du sang, la réaction spectroscopique, caractéristique de la présence de la carboxyhémoglobine.

Dans les explosions de grisou, qui dégagent une quantité énorme d'oxyde de carbone, l'intoxication par ce gaz est la principale cause de la mort des mineurs surpris par l'explosion.

Lorsque l'oxyde de carbone est respiré à petites doses, d'une manière plus ou moins prolongée, il détermine dans l'organisme des troubles variés, mal définis, qui constituent l'intoxication chronique par ce gaz.

Ces troubles sont particulièrement fréquents chez les enfants.

L'empoisonnement chronique a été observé chez les ouvriers qui travaillent dans les usines où l'oxyde de carbone se forme en grande abondance (hauts fourneaux, fours à coke, fours à plâtre et à tuiles, fonderies où l'on réduit les oxydes métalliques par le charbon). Il est fréquent chez les cuisinières et chez les personnes qui se servent habituellement de fourneaux à gaz.

Des troubles de la santé analogues ont été signalés chez les individus habitant les usines à gaz ou les maisons placées dans le voisinage de ces usines.

La fumée de tabac peut exposer à l'intoxication chronique. Une expérience instituée par M. Gréhant a démontré que lorsqu'un fumeur avale la fumée de son tabac, l'air qu'il expire contient une certaine proportion d'oxyde de carbone. Les fumeurs qui ont la mauvaise habitude de fumer dans une pièce close et d'avaler la fumée du tabac peuvent, en conséquence, présenter à la longue des symptômes en rapport avec l'absorption de l'oxyde de carbone.

On croit généralement que l'intoxication par l'oxyde de carbone ne peut avoir lieu que si le gaz toxique est respiré dans un endroit clos, dont l'air ne peut se renouveler. A l'air libre, le danger de l'intoxication disparaîtrait. On ne saurait trop s'élever contre cette idée. Les inhalations d'oxyde de carbone sont dangereuses et peuvent être mortelles, même lorsqu'elles se font en plein air. L'affinité de l'oxyde de carbone pour l'oxyhémoglobine, permet à ce gaz d'exercer son action sur le sang, même lorsque l'oxygène est en quantité suffisante et peut se renouveler à chaque instant. M. Brouardel a cité de nombreux exemples d'intoxications par l'oxyde de carbone, survenues chez des sujets endormis dans les champs, au-dessus de fours à chaux, dégageant de l'oxyde de carbone par les fissures du sol. Tous les ans, on a l'occasion de faire, à la Morgue de Paris, des autopsies d'individus trouvés morts, intoxiqués dans ces conditions par l'oxyde de carbone.

III

Symptômes de l'empoisonnement par l'oxyde de carbone. — *Intoxication aiguë.* — La plupart des empoisonnements par l'oxyde de carbone ont lieu pendant la nuit. Les victimes s'endorment dans une pièce, où l'air est vicié par la présence du gaz délétère. L'intoxication se fait pendant le sommeil. La mort arrive sans que le sujet endormi ait pu s'y soustraire. Comment les choses se passent-elles en pareil cas? Il est impossible de savoir s'il y a passage direct du sommeil à la mort, sans qu'aucune sensation avertisse du danger, ou si le réveil a lieu à ce moment, où l'engourdissement des facultés intellectuelles, l'impossibilité d'appeler au secours et de se précipiter vers une fenêtre rendent déjà impossible toute tentative d'échapper au danger. Si on en juge par les récits des personnes qui ont pu être secourues à temps, le réveil est probable. S'il n'est pas complet, il paraît suffisant pour qu'on ait le sentiment de la gravité de la situation. Malheureusement tout effort est rapidement impossible. L'empoisonnement poursuit son évolution. Après une période de coma, plus ou moins prolongée, la mort survient sans qu'on ait pu s'y soustraire.

La mort peut être extrêmement rapide. Elle est parfois presque foudroyante. La syncope est, en effet, la terminaison possible de l'intoxication par l'oxyde de carbone. D'après Marcacci, la syncope réflexe est le plus grand danger de l'action de l'oxyde de carbone. Elle est due à l'irritation des premières voies respiratoires, qui détermine par action réflexe l'arrêt du cœur et de la respiration.

Lorsque l'empoisonnement a lieu pendant la nuit, on apprend, par l'interrogatoire des victimes, quels sont les premiers symptômes en rapport avec l'intoxication. Des notes laissées par des malheureux qui ont voulu s'asphyxier par l'oxyde de carbone, nous ont renseignés minute par minute sur les symptômes éprouvés : ces symptômes varient peu.

Une des premières sensations éprouvées consiste dans une céphalalgie très pénible avec sensation de compression dans les tempes et de battements dans la tête. Des nausées, quelquefois des vomissements accompagnent cette céphalalgie.

Très rapidement, on voit survenir des bourdonnements d'oreilles, des éblouissements avec sensations vertigineuses. Des fourmillements dans les doigts et dans les orteils complètent cette série de symptômes, en rapport avec les troubles de la sensibilité. Il existe ordinairement une tendance invincible au sommeil.

La période d'excitation nerveuse générale fait bientôt place à une anesthésie générale qui débute par les extrémités et remonte rapidement pour gagner le tronc et la face.

Au bout de très peu de temps (quelques minutes), les membres s'engourdissent. Les jambes sont lourdes, impossibles à remuer. Si le sujet veut se lever et marcher, il

tombe lourdement. S'il est conscient du danger et cherche à y échapper, il a les plus grandes difficultés pour se traîner jusqu'à une fenêtre, ou jusqu'à la porte, par où l'air pur pénétrant dans la chambre pourra être le salut.

Quand l'intoxication est plus avancée, la résolution musculaire est complète. Tout mouvement cesse d'être possible. Très rapidement, la respiration devient lente et pénible, comme si les poumons se refusaient à laisser pénétrer un gaz impropre à la respiration. La circulation est profondément troublée. Le cœur accélère ses battements, tandis qu'à la périphérie, il y a arrêt du sang dans les capillaires. « La circulation capillaire est extrêmement ralentie et même tout à fait arrêtée à un degré même peu grave de l'asphyxie. C'est dans les parties les plus éloignées du cœur qu'elle cesse en premier, et de là remonte vers le haut » (Vance).

Les troubles de la circulation capillaire se manifestent au niveau de la peau par des plaques rouges plus ou moins étendues. Quelquefois, ils se manifestent par des traînées rougeâtres qui suivent le trajet des nerfs des membres.

Dans une dernière période de l'intoxication, les victimes tombent dans un coma profond qui se termine presque toujours par la mort.

Dans quelques cas heureux, malheureusement exceptionnels, si on intervient à temps par un traitement approprié, certains sujets peuvent être rappelés à la vie, même s'ils sont déjà dans le coma. Le coma se dissipe lentement. La connaissance revient. La circulation se régularise. L'hématose reprend donc ses conditions normales. Après quelques heures d'attentes anxieuses, quelques jours de troubles pénibles consistant en douleurs névralgiques dans les membres, de sensations de fatigue, de brisement des membres, la santé revient et tout phénomène d'intoxication disparaît. Assez souvent, on voit persister une céphalalgie pénible pendant un assez long temps.

Chez ces malades, heureusement rappelés à la vie, il ne persiste parfois aucun trouble en rapport avec l'intoxication.

Rarement, les choses se passent de cette manière. Le plus ordinairement les sujets rappelés à la vie présentent, pendant quelque temps, des symptômes en rapport avec l'intoxication, dont ils ont été victimes.

Une anémie profonde est une suite ordinaire de l'empoisonnement. Ce n'est souvent qu'au bout de plusieurs mois qu'on la voit disparaître complètement.

La glycosurie a été signalée par Ollivier. On voit quelquefois se développer, à la suite de l'intoxication aiguë par l'oxyde de carbone, des troubles trophiques singuliers, dont la cause est encore mal connue.

Dans un cas, Rendu a observé la présence, au niveau de la plante des pieds, de deux grosses ampoules du diamètre d'une pièce de 5 francs. Chez deux personnes intoxiquées par un poêle mobile, observées par Verneuil, le rétablissement fut lent. Pendant la convalescence, des eschares apparurent aux talons, à l'extrémité des gros orteils, à la face antérieure des avant-bras et à la pointe de la langue. Sur tous ces points, il y avait anesthésie presque complète. La chute des eschares laissa des plaies, qui mirent près de trois mois à se cicatriser. Des complications nerveuses, souvent graves, s'observent parfois chez les sujets rappelés à la vie.

Dolcher a cité six observations de ramollissement cérébral consécutif à cette intoxication. Laborde, dans la discussion qui eut lieu à l'Académie de médecine à propos des accidents d'intoxication oxycarbonée causée par les poêles mobiles, a rappelé que cette intoxication pouvait amener des lésions organiques persistantes, telles que le ramollissement cérébral et la démence. Le ramollissement cérébral ainsi produit serait dû pour Lancereaux à l'action du gaz toxique qui n'altère pas seulement les globules rouges au point de vue de la capacité respiratoire, mais qui modifie encore ces éléments de façon à obstruer les petits vaisseaux et à produire des désordres semblables à ceux des thromboses et des embolies artérielles.

La manie aiguë a été observée par Casper à la suite d'une intoxication oxycarbonée.

Les troubles de la mémoire, notamment l'amnésie rétrograde ont été signalés par différents auteurs.

Duponchel et Laveran ont publié un fait d'hémiplégie droite avec hémi-anesthésie après une tentative d'asphyxie par le charbon. Comme le sujet avait en même temps du rétrécissement du champ visuel, on peut penser qu'il s'est agi d'un cas d'hystérie et se demander si l'intoxication oxycarbonée, comme tant d'autres intoxications (plomb, mercure, sulfure de carbone), n'est pas susceptible de donner lieu aux accidents de l'hystérie toxique.

Certaines observations de chorée partielle consécutive à l'intoxication oxycarbonée (Leudet) rentrent probablement aussi dans l'hystérie toxique.

Les paralysies des nerfs périphériques ont été mentionnées par Bauriton, Vance, Leudet, Rendu, Comby. Elles ont été minutieusement étudiées par Brissaud, qui les attribue à la névrite périphérique.

Ces paralysies peuvent apparaître dès que le sujet sort du coma ou se montrer à une époque plus éloignée de l'accident, alors que la convalescence est complètement établie.

Elles débutent généralement par les muscles péroniers et par les extenseurs des orteils. Les muscles de l'avant-bras et les interosseux se prennent plus tard. Comme dans la paralysie saturnine, le long supinateur est ordinairement respecté. Les muscles de la cuisse et du bras conservent leurs mouvements.

La forme la plus commune est la paralysie des quatre membres avec prédominance sur les extenseurs. Larache et Comby ont observé la forme hémiplégique qui est souvent le reliquat de la paralysie totale. Comme localisations rares de la paralysie, il faut signaler la paralysie faciale, la paralysie des muscles moteurs de l'œil (Knapp).

Dans ces paralysies, la sensibilité est fréquemment altérée. L'anesthésie peut être complète aux pieds et aux mains. Les douleurs spontanées sont extrêmement rares.

Les paralysies par l'oxyde de carbone s'accompagnent de troubles trophiques nombreux (plaques œdémateuses sur le trajet des nerfs, formation d'eschares, éruptions herpétiformes, glossy-skin, hyperhydrose, etc., etc.). L'atrophie musculaire n'existe que dans les paralysies de longue durée.

La guérison est la règle ; mais la durée des paralysies est généralement longue. Les troubles de la sensibilité persistent souvent plusieurs mois, alors que la paralysie motrice est guérie depuis longtemps.

Les caractères de ces paralysies les font considérer comme liées à des névrites périphériques. La physiologie pathologique est telle qu'on l'observe dans les lésions des nerfs. Toutefois l'anatomie pathologique n'a pas dit son dernier mot. Il n'existe pas d'examen histologique des nerfs paralysés. Chez les animaux intoxiqués par l'oxyde de carbone, ces paralysies font complètement défaut (Cl. Bernard).

Empoisonnement chronique. — L'empoisonnement chronique par l'oxyde de carbone se manifeste chez les personnes qui séjournent dans un milieu où l'oxyde de carbone se trouve, pendant un temps variable, mélangé accidentellement à l'air dans de faibles proportions. Le gaz toxique est en trop petite quantité pour causer des accidents de l'intoxication aiguë. Mélangé à l'air, il pénètre cependant dans les poumons, et son absorption par le sang détermine une série de troubles morbides, dont il est souvent difficile de trouver la véritable cause.

Cet empoisonnement chronique existe chez les cuisinières, chez les personnes qui font usage d'un poêle à tirage défectueux, chez les individus qui séjournent dans des locaux éclairés par de nombreux becs de gaz constamment allumés et dont la ventilation est insuffisante.

L'anémie est le symptôme le plus longuement observé dans l'intoxication oxycarbonnée lente.

Les douleurs de tête pendant la nuit et au réveil, se dissipant après une sortie au grand air, sont aussi un signe révélateur de l'influence nuisible des foyers de chauffage dont le fonctionnement est défectueux.

Une toux trachéale rebelle a été observée par Aubert chez des enfants exposés aux inhalations des vapeurs de charbon. Parfois, des paralysies des membres inférieurs, survenant sans cause appréciable, ont permis à Lancereaux d'incriminer l'action nuisible de l'oxyde de carbone.

Souvent, l'origine des symptômes de l'intoxication chronique est malaisée à établir et le diagnostic étiologique reste incertain. Dans la plupart des cas il est indispensable de faire l'examen du sang qui permet de constater la présence de l'oxyde de carbone et ses réactions caractéristiques.

Lésions anatomiques. — Lorsqu'on fait l'autopsie d'un sujet qui a succombé à l'intoxication oxycarbonée, l'examen extérieur du cadavre fournit quelques renseignements utiles à recueillir. Ces cadavres se putréfient avec une lenteur extrême. Longtemps, la peau et les chairs conservent leur aspect normal. La peau a une coloration rosée remarquable. Il existe souvent à la surface du corps, particulièrement à la partie postérieure du tronc et des membres, au niveau des plis inguinaux, des plaques rosées plus ou moins étendues.

Le sang garde sa fluidité et présente une coloration rosée très accentuée.

Les lésions des organes sont insignifiantes. Aussi l'autopsie serait peu démonstrative, si l'examen du sang ne fournissait la preuve absolue de l'intoxication.

La réaction spectroscopique du sang oxycarboné est, en effet, absolument caractéristique.

Rappelons brièvement en quoi consiste cette réaction :

On sait que le sang normal présente, entre les deux raies D et E du spectre, deux bandes d'absorption l'une dans le jaune, l'autre dans le vert. Ces bandes sont connues sous le nom de bandes d'absorption de l'oxyhémoglobine. Lorsqu'on ajoute à une solution de sang normal quelques gouttes d'un agent réducteur, tel que le sulfhydrate d'ammoniaque, ces deux bandes d'absorption du sang normal fusionnent en une seule, qui est la bande d'absorption de l'oxyhémoglobine réduite.

Quand le sang a subi l'action de l'oxyde de carbone, il ne peut plus être influencé par les agents réducteurs. Examiné au spectroscope, il présente encore deux bandes d'absorption, situées un peu plus à droite du spectre, analogues à celles du sang oxygéné; mais les bandes d'absorption sont fixes. L'addition à la solution de sang du sulfhydrate d'ammoniaque n'a aucune action. La fusion de deux bandes en une bande unique ne se fait pas. Le spectre du sang oxycarboné est absolument fixe.

Pour constater cette réaction spectroscopique du sang oxycarboné, on admet généralement qu'il est nécessaire que la mort ait eu lieu dans l'atmosphère toxique ou tout au moins que l'individu, qui se rétablit, n'ait séjourné que peu de temps à l'air libre.

Ogar et Pouchet ont, cependant, constaté la réaction caractéristique de l'hémoglobine oxycarbonée soixante heures après que les victimes avaient été soustraites à l'influence de l'atmosphère toxique.

Lorsque la présence du poison ne peut plus être décelée dans le sang, on peut encore la retrouver dans les muscles (Valk).

IV

Traitement. — Lorsqu'on est appelé auprès d'un sujet intoxiqué par l'oxyde de carbone et plongé dans le coma, l'indication la plus urgente est de lui faire respirer de l'air pur. Pour cela, le sujet doit être exposé au grand air. La nécessité de faire pénétrer de l'oxygène dans les poumons est pressante. Si on a des ballons de ce gaz à sa disposition, il est utile de s'en servir.

Quand le sujet est dans le coma, la respiration artificielle est indiquée pour faciliter l'absorption de l'air respirable. Elle doit être longtemps prolongée, car souvent ses heureux effets ne se font sentir qu'après une série de mouvements. Dans quelques cas, ce n'est qu'au bout d'une demi-heure de respiration artificielle que les sujets ont commencé à sortir de leur torpeur.

Comme dans toutes les asphyxies le procédé des tractions rythmiques de la langue, imaginé par Laborde, doit être utilisé.

En même temps que la respiration artificielle, les révulsifs (sous forme de sinapismes), les frictions stimulantes, les injections d'éther et de caféine sont utiles pour combattre l'état comateux.

La transfusion sanguine, qui donne des résultats extrêmement favorables dans les expériences sur les animaux empoisonnés par l'oxyde de carbone, devrait être conseillée comme le traitement le plus efficace, si elle était plus facile à opérer dans les cas urgents et si elle n'exigeait plusieurs conditions souvent difficiles à réaliser.

L'eau oxygénée est un médicament à recommander. Spica et Manegarri en vantent l'efficacité. Employée à une dose variant de 1 à 6 grammes chez des lapins intoxiqués par l'oxyde de carbone, elle a permis la survie des animaux, qui se sont rétablis plus vite que les animaux témoins.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous recevons de l'Union des syndicats médicaux de France la communication de l'ordre du jour suivant :

« Le bureau de l'Union des syndicats médicaux de France, réuni en séance le 3 septembre 1894, après avoir pris connaissance des communications officielles des syndicats des médecins de l'arrondissement de Versailles, du Havre, etc., adressées au

président de l'Union, relatives à la condamnation qui a frappé le docteur Lafitte, condamnation que rien n'explique, ni les faits révélés par l'enquête, ni les débats; s'associant à cette démarche et aux démarches faites par le Syndicat de la presse médicale, partageant les sentiments exprimés par ces associations, a décidé d'user de tous les moyens en son pouvoir pour faire ressortir l'innocence d'un malheureux confrère et l'aider de toutes ses forces à obtenir sa réhabilitation. »

Ont signé : MM. les docteurs Porson (de Nantes), président; Albert Le Blond (de Paris); Pouliot (de Poitiers); Gellier (de Laval), vice-présidents; de Fourmestraux (de Versailles), ancien président de l'Union ; Maurat (de Chantilly), trésorier; Lécuyer (de Beaurieux), secrétaire général adjoint; Blaizot (de Nantes), secrétaire; Meugy (de Paris), secrétaire du Comité de rédaction.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Le personnel auxiliaire de la Faculté de médecine de Paris est composé, pour l'année scolaire 1894-1895, ainsi qu'il suit :

I. Travaux pratiques. — Chimie : MM. Hanriot, chef; Grolous, préparateur ; Hébert, Braun, Rabaut et Quillard, préparateurs adjoints.

Physique : MM. Weiss, agrégé, chef ; Sandoz et Mergier, préparateurs.

Histoire naturelle : MM. Faguet, chef; Artault, Meurisse et Gastinel, préparateurs; Duclos, préparateur stagiaire.

Histologie : MM. Rémy, chef; Launois et Chatellier, préparateurs; Girode, Moran, Martin-Dürr, Benoît, Thérèse, Vincent, Maugery, Gentilhomme, Bernard, Leclerc et Morin, aides-préparateurs.

Anatomie pathologique : MM. Brault, chef; Widal, préparateur ; Legry, Critzmann, Marie et Potier, moniteurs.

Physiologie : MM. Laborde, chef ; Rondeau, chef-adjoint ; Malbec, préparateur ; Weil, préparateur adjoint.

II. Laboratoires de recherches et enseignement. — Anatomie pathologique : MM. Chantemesse, agrégé, chef; Toupet, préparateur.

Histoire naturelle (botanique) : M. Heim, agrégé, préparateur.

Physiologie : MM. Langlois, chef; Héricourt, chef adjoint.

Thérapeutique et matière médicale : MM. Gilbert, agrégé, chef; Chassevant, préparateur.

Pathologie et thérapeutique générales : MM. Charrin, agrégé, chef ; Roger, agrégé, préparateur.

Médecine légale : MM. Descoust, chef des travaux ; Ogier, chef du laboratoire de chimie ; Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Histologie : M. Retterer, agrégé, préparateur.

Chimie : MM. Fiquet, chef des travaux de chimie biologique ; Streiff, préparateur adjoint.

Pathologie expérimentale et comparée : MM. Wurtz, chef; Sanchez-Tolédo, Mosny et Teissier, moniteurs.

Hygiène : MM. Netter, agrégé, chef ; Bourges, en remplacement de M. Lebreton, dont les fonctions sont expirées, préparateur.

Pharmacologie : MM. Héret, chef ; Pachon, préparateur.

III. Laboratoires des cliniques. — Clinique médicale (Charité) : MM. Springer, chef des travaux de physiologie pathologique; Drouin, chef des travaux de chimie ; Suchard, chef des travaux d'anatomie pathologique.

Clinique chirurgicale (Charité) : MM. Pilliet, chef du laboratoire de clinique chirurgicale (Pitié), en remplacement de M. Cazin, appelé à d'autres fonctions, chef; Dubar, aide.

Clinique médicale (Hôtel-Dieu) : MM. Lapicque, chef adjoint dudit laboratoire, en remplacement de M. Gley, dont les fonctions sont expirées, chef; Auscher, en remplacement de M. Lapicque, appelé à d'autres fonctions, chef adjoint; Pion, en remplacement de M. Marette, dont les fonctions sont expirées, aide.

Clinique chirurgicale (Hôtel-Dieu) : M. Cazin, chef du laboratoire de clinique chirurgicale (Charité), en remplacement de M. Caussade, dont les fonctions sont expirées, chef.

Clinique médicale (Pitié) : MM. Lesage, chef des travaux anatomiques; Achalme, chef des travaux chimiques.

Clinique médicale (Saint-Antoine) : MM. G. Lion, en remplacement de M. Parmentier, appelé à d'autres fonctions, chef des travaux d'anatomie pathologique ; Winter, chef des travaux chimiques.

Clinique chirurgicale (Necker) : MM. Fabre-Domergue, chef; Thélohan, préparateur.

Clinique d'accouchements (rue d'Assas) : MM. Galippe, chef; Létienne, aide.

Clinique d'accouchements (Baudelocque) : M. Bouffe de Saint-Blaise, chef.

Clinique des maladies mentales : MM. Klippel, chef; Sauvineau, chef des travaux ophtalmologiques (emploi d'aide transformé); Serveaux, aide.

Clinique des maladies cutanées et syphilitiques : MM. Darier, chef ; Cathelineau, chef adjoint.

Clinique ophtalmologique : M. Terson, chef adjoint.

Clinique des maladies des enfants : MM. Ledoux-Lebard, chef; Veillon, préparateur de chimie; Auclair, moniteur.

Clinique des maladies des voies urinaires : MM. Hallé, chef (section de bactériologie et d'histologie); Chabrié, chef (section de chimie).

IV. Préparateurs de cours. — MM. Cambours, histoire de la médecine; Tissier, accouchements (cours et conférences); Delanglade, pathologie externe ; Bruhl, pathologie interne; Journeault, en remplacement de M. Renon, dont les fonctions sont expirées, pathologie interne; Mussat, histoire naturelle (botanique); Deschamps, hygiène; Bordas, médecine légale; Broca, physique; Baudouin (Marcel); Hildt, chimie.

Cet arrêté aura son effet à partir du 1er novembre 1894.

— Sont maintenus pour un an, à dater du 1er novembre 1894, dans les fonctions de chef de clinique :

MM. Belin, médicale ; Demoulin, Brodier, Thiéry et Villemin, chirurgicale; Wallich et Demelin, obstétricale ; Rochon-Duvigneaud, ophtalmologique ; Wickham, maladies cutanées et syphilitiques ; Souques, maladies du système nerveux ; Legueu, maladies des voies urinaires.

— Sont institués pour un an, à partir du 1er novembre 1894, chefs de clinique à la Faculté de médecine de Paris, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Marquezy, en remplacement de M. Lyon, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Teissier, en remplacement de M. Vaquez, dont les fonctions sont expirées, médicale; Parmentier, en remplacement de M. Lion, dont les fonctions sont expirées, médicale ; Boulloche, en remplacement de M. Aviragnet, dont les fonctions sont expirées, maladies des enfants ; Toulouse, en remplacement de M. Pactet, dont les fonctions sont expirées, maladies mentales ; Roubinowitch, maladies mentales (emploi nouveau).

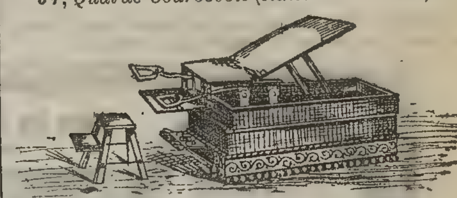
— Sont nommés pour un an, à dater du 1er novembre 1894, chefs adjoints de clinique à la Faculté de médecine de Paris, les docteurs en médecine dont les noms suivent :

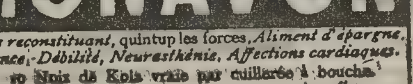
MM. Auscher, Lesage et Martin-Dürr, médicale; Renault, maladies des enfants.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Geoffroy est institué, pour trois ans, chef de clinique obstétricale, en remplacement de M. Vallois, dont les fonctions sont expirées.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.




Chlorure d'Ethyle

FARINE LACTÉE NESTLÉ

Cet aliment, **dont la base est le bon lait**, est le meilleur pour les enfants en bas âge : il supplée à l'insuffisance du lait maternel, facilite le sevrage.

En outre, pour les **adultes convalescents ou valétudinaires**, cet aliment constitue une nourriture à la fois légère et substantielle.

Christen frères, 16, rue du Parc-Royal, Paris, et dans toutes les Pharmacies.

PHTHISIE

BRONCHITES, TOUX, CATARRHES

CAPSULES CRÉOSOTÉES

Du Dr G. FOURNIER

Phien de 1re classe, Ex-interne des Hôpitaux

DOSE : De 8 à 12 par jour.

Seule Récompense à l'Exposit. Univ. Paris 1878

Ph. de la MADELEINE, 5, r. Chauveau-Lagarde, Paris

Médaille d'OR, Paris 1885

ÉPILEPSIE. HYSTÉRIE. NÉVROSES.

Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE POTASSIUM (exempt de chlorure et d'iodure), expérimenté avec tant de soin par les médecins des hospices spéciaux de Paris, a déterminé un nombre très considérable de guérisons. Les recueils scientifiques les plus autorisés en font foi.

Le succès immense de cette préparation bromurée en France, en Angleterre et en Amérique, tient à la pureté chimique absolue et au dosage mathématique du sel employé, ainsi qu'à l'incorporation du bromure dans un sirop aux écorces d'oranges amères d'une qualité très supérieure.

Chaque cuillerée du SIROP DE HENRY MURE contient 2 grammes de bromure de potassium.

Prix du flacon : CINQ FRANCS.

Nota. — Pour répondre à quelques indications spéciales, nous tenons à la disposition des praticiens, au même prix de CINQ FRANCS par flacon :

1° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE SODIUM ;

2° Le sirop POLYBROMURÉ *Henry Mure* ;

3° Le sirop de *Henry Mure* au BROMURE DE STRONTIUM.

Ces trois préparations nouvelles sont exécutées avec le soin qui a fait le succès du *Sirop Henry Mure au Bromure de potassium.*

DÉPÔT : à Paris, 10, rue Richelieu, pharmacie BRUNSCHWIK.

VENTE EN GROS. — S'adresser à M. Henry Mure, pharmacien-chimiste à Pont-Saint-Esprit (Gard).

Dans les Cas graves de CHLOROSE et d'ANÉMIE

REBELLES aux MOYENS THÉRAPEUTIQUES Ordinaires

LES PRÉPARATIONS

d'HEMOGLOBINE

SOLUBLE DE

V. DESCHIENS

ONT TOUJOURS DONNÉ LES RÉSULTATS LES PLUS SATISFAISANTS

Dans toutes les Pharmacies

Gros : Mon ADRIAN et Cie, Paris

ÉLIXIR — PRÉPARATION NOUVELLE. Liqueur très agréable à prendre. 1 petit Verre après chaque repas.

SIROP — Une cuillerée à soupe immédiatement avant ou après le repas, soit pur, soit dans 1/4 verre d'eau ordinaire ou gazeuse.

VIN — Un verre à madère immédiatement avant ou après chaque repas ; **un petit verre à liqueur pour les enfants.**

DRAGÉES — dosées à 25 milligr. d'HÉMOGLOBINE. 3 à 6 par jour au commencement des repas.

DRAGÉES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : 4 francs.

DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

PHOSPHO-GLYCÉRATE DE CHAUX PUR

NEUROSINE PRUNIER

Reconstituant général du système nerveux, Neurasthénie, Phosphaturie.

1° NEUROSINE - SIROP
2° NEUROSINE - GRANULÉE
3° NEUROSINE - CACHETS

Débilité générale, Migraines, Névralgies, Dépression du système nerveux.

Dépôt général : CHASSAING & Cie, Paris, 6, Avenue Victoria.

CRÉOSOTE SOLUBLE

VIZERN, pharmacien de 1re classe, Marseille.

Créosote de hêtre pure, rendue soluble à la faveur du savon médicinal. Nouvelle forme médicamenteuse rendant pratique l'emploi de la créosote en boissons et en lavements. Chaque cuillerée à soupe contient 1gr de créosote, la cuillerée à café en représente 0gr30cg. La dissolution dans l'eau ou la tisane est instantanée, quelle que soit la dose prescrite.

ÉMULSION SCOTT

Ses avantages sur l'huile de foie de morue simple.

L'huile de foie de morue est, de tous les agents médicaux, celui qui joue le plus grand rôle dans le traitement de la *scrofule*, le *rachitisme*, la *phtisie*, et en général de toutes les maladies débilitantes. Malheureusement, ses inconvénients sans nombre la rendent plus nuisible qu'utile. **L'Emulsion Scott**, à l'huile de foie de morue et aux hypophosphites de chaux et soude, les supprime tous et résout le problème de la digestion de l'huile. Elle se prend sans répugnance et même avec gourmandise, n'enlève pas l'appétit, se digère et s'assimile avec la plus grande facilité.

FORMULE PAR 30 GRAMMES

Huile de foie de morue.	15g
Hypophosphite de chaux.	0g30
— de soude.	0g15
Glycérine, gomme, essence.	14g55

J. DELOUCHE et Cie, pharmacien de première classe, 2, place Vendôme, Paris.

ICHTHYOL

PRODUITS SANITAIRES ET ANTISEPTIQUES — S F A — PARIS

s'emploie avec succès dans les *maladies des femmes* et la *chlorose*, dans la *gonorrhée*, dans les *maladies de la peau*, des *organes digestifs et circulatoires*, de la *gorge* et du *nez*, et dans les *affections inflammatoires* et *rhumatismales* de tout genre.

Les bons effets de l'**Ichthyol**, prouvés par des observations *expérimentales* et *cliniques*, sont dus en partie à ses qualités *résolutives*, *sédatives* et *antiparasitaires*, en partie à son action *stimulant la résorption* et *augmentant l'assimilation.*

LES MONOGRAPHIES SCIENTIFIQUES SONT ENVOYÉES GRATIS ET FRANCO SUR DEMANDE PAR LA

Société française de produits sanitaires et antiseptiques,

31, rue des Petites-Ecuries, Paris.



NOUVEAU BANDAGE

expérimenté dans les hôpitaux de Paris, accepté à la Société de chirurgie (Acad. de méd.). Il a obtenu les plus hautes récompenses : *2 Médailles d'Argent, 2 Médailles d'Or, 1 Diplôme d'Honneur.* Il est garanti supérieur à tous les autres systèmes de bandages, maintient les **HERNIES les plus rebelles**, se porte sans gêne, supprime le ressort du dos et le sous-cuisse.

ENVOI SUR TOUTES DEMANDES

MEYRIGNAC, bandagiste, 229, r. St-Honoré, Paris.

THERMES DE DAX

et Grand Hôtel des Thermes. — *Eaux et Boues minérales chaudes.* **Rhumatismes. Névroses. Névralgies.** — *Bains salés et d'eaux-mères.* **Anémie, lymphatisme. Affections utérines.**

VIN DE BUGEAUD

Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : 5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.

Employé dans les Hôpitaux.

APPLICATION FACILE sur tous les points saillants ou creux.

Effet Certain.

PROPRETÉ

VÉSICATOIRE LIQUIDE DE BIDET

Pas d'Accidents cantharidiens.

Fixité absolue, quels que soient les mouvements.

Gros : **11, Rue de la Perle, Paris.**

GOUT AGRÉABLE, DIGESTION FACILE



MARQUE DÉPOSÉE

ÉMULSION SAINT-ANDRÉ

CHLORURÉE SODIQUE

à l'**HUILE de FOIE de MORUE**

de **X. CODRON**, Pharmacien de 1re classe

52, boulevard Saint-Marcel, PARIS

Cette Emulsion, composée d'*Huile de foie de morue* à dose massive, de *sel marin*, de *jaune d'œuf*, est un médicament des plus énergiques, dans tous les cas où il y a lieu de prescrire l'*Huile de foie de morue.*

SE PREND FACILEMENT EN TOUTES SAISONS

DÉPÔT : **Phie Cle de France**, 7, r. de Jouy, PARIS

N° 105. — MARDI 11 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 11 SEPTEMBRE 1894. — N° 105.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOTEL-DIEU DE NANTES

Exposé du traitement de cent trente et un cas de fièvre typhoïde.

Par M. le docteur E. KIRCHBERG,

Médecin en chef des hôpitaux de Nantes, ancien professeur à l'École de médecine de cette ville.

L'exposé qui va suivre n'est pas une mise au point du traitement de la fièvre typhoïde. Il ne s'agit pas de la relation complète de tout ce qui se fait pour combattre cette redoutable maladie, mais seulement du compte rendu du traitement que j'ai adopté pour lutter contre cette infection.

Dès le début de ma carrière médicale, frappé de cette remarque que le tube digestif est certainement le foyer principal où se trouvent les matières septiques qui, résorbées, vont empoisonner l'économie tout entière, et faire de cette fièvre ce que Trousseau appelait si bien une maladie *totius substantiæ*, j'avais adopté les idées de Delarroque et fait de la médication évacuante la base de ma thérapeutique.

Un ou deux verres d'eau de Sedlitz chaque jour, quelquefois moins, quand les selles devenaient nombreuses, voilà ce que j'employais d'une manière à peu près habituelle. J'avais éprouvé de bonne heure le besoin de me restreindre dans les doses de ce purgatif répété, car j'avais remarqué qu'une bouteille entière donnée chaque jour, comme le faisait Delarroque, amenait quelquefois des superpurgations qui, en détergeant la surface intestinale, pouvaient cependant déprimer d'une manière inquiétante le malade. Je me hâte de dire que là n'était point toute ma thérapeutique, bien d'autres moyens étaient adjoints à ces évacuations, mais comme nous les retrouverons plus loin, je ne crois pas devoir en parler en ce moment. Pendant les longues années qui se sont écoulées depuis le début de ma carrière médicale jusqu'en 1891, je n'ai pas pris de note exacte sur le nombre des malades que j'ai traités pour la fièvre typhoïde; sur celui des décès et des guérisons. Cependant, en m'en rapportant à mes souvenirs, la mortalité était, en moyenne, d'un sixième. Par périodes, elle s'abaissait à un septième; d'autres fois, elle s'élevait à un cinquième. Toutefois, je le répète, il ne s'agit là que d'une approximation.

Il n'en a pas été de même depuis septembre 1891. A cette époque, une modification s'était faite dans ma thérapeutique. Séduit par l'idée de M. Bouchard, qu'il importe dans le traitement de la fièvre typhoïde de faire arriver dans l'intestin un antiseptique insoluble qui s'empare des microbes et de leurs toxines et empêche, ou du moins entrave leur introduction dans la circulation, j'ai adopté l'usage du naphtol β, comme une des bases de ma médication. Dès lors, j'ai fait une statistique que je me propose de faire connaître après avoir exposé l'ensemble de ma médication actuelle.

Dès que je crois reconnaître une fièvre typhoïde, je fais prendre au malade, si c'est un adulte, une dose de 3 grammes de naphtol β dans les vingt-quatre heures. Le médicament est, en général, ainsi formulé :

Naphtol β. . . . . } *āā* 3 grammes.
Sucre pulvérisé . . . . . }
Essence de bergamote. . . . . III gouttes.

Je divisais naguère cette dose en quatre paquets, que je faisais prendre dans les vingt-quatre heures. J'ai reconnu depuis qu'il est plus avantageux de la diviser en huit ou dix paquets, que le malade avale dans du pain azyme. S'il s'agit d'un enfant, la dose est naturellement diminuée, proportionnellement à l'âge du sujet, et prise délayée dans du lait. Ces paquets de naphtol sont donnés toutes les heures et demie ou toutes les deux heures, en même temps que le lait et le bouillon, que je fais prendre pendant tout le temps de la maladie. J'insiste surtout sur l'usage du lait bouilli et permets le bouillon pour éviter la satiété.

Dans les trois quarts d'heure ou l'heure qui s'écoule entre les paquets de naphtol, je fais prendre une cuillerée d'une potion ainsi formulée :

Hyposulfite de soude. . . . . . 4 grammes.
Sirop de fleurs d'oranger. . . . 30 —
Eau distillée de menthe. . . . 90 —

Mon but, en administrant cette potion à la fois laxative et antiseptique, est d'entraîner vers le rectum les matières désinfectées par le naphtol, et de les entraîner tout en continuant une action antiseptique locale ; de plus, vu la solubilité de l'hyposulfite, une portion du médicament absorbée est destinée à combattre, dans les profondeurs de l'organisme, les toxines absorbées à la surface de la muqueuse

intestinale. En même temps, je fais prendre au malade une tisane composée de 4 grammes d'acide borique dissous dans un litre d'eau bouillie sucrée. Chaque jour la bouche est lavée plusieurs fois dans une solution de 4 grammes de biborate de soude dissous dans 400 grammes d'eau bouillie. Le malade prend régulièrement un lavement tous les jours. Si les évacuations sont modérées, le lavement se compose de 3 grammes d'hyposulfite de soude, dans un demi-litre d'eau bouillie; si les évacuations sont abondantes, le lavement est ainsi formulé :

Teinture d'iode. . . . . . . 1 gramme.
Iodure de potassium . . . . 20 centigrammes.
Eau bouillie . . . . 500 grammes.

Ce dernier lavement, également antiseptique, aide à modérer les évacuations.

Il arrive quelquefois que le naphtol n'est pas toléré par l'estomac, il est vomi. J'ai l'habitude alors de le remplacer par le salol, que je donne généralement à la dose de 1 gr. chez l'adulte, suspendu dans 120 grammes de véhicule.

Le salol est généralement supporté. Cependant, je l'ai quelquefois vu lui-même rejeté par les vomissements. Dans ce cas, j'ai recours à la teinture d'iode, à la dose de xv gouttes dans 120 grammes de véhicule. Si, chose bien rare, la teinture d'iode elle-même n'est pas tolérée, j'ai recours à la vulgaire prescription de la glace et de la potion antiémétique de Rivière en deux fioles. Mais, dans ce cas, je ne me contente pas d'une médication aussi anodine, je combats l'infection au moyen d'injections hypodermiques de bichlorhydrate de quinine, à la dose de 20 centigrammes par jour.

J'arrive maintement au traitement d'une forme grave de la fièvre typhoïde, d'une forme que je trouve parfois décourageante; je veux dire la forme pectorale. Quand de nombreux râles secs ou humides se manifestent dans la poitrine, je remplace la potion à l'hyposulfite par une potion à l'ergotine, à la dose de 4 grammes dans 120 grammes de véhicule. Cette potion est donnée toutes les heures et demie ou toutes les deux heures. Le malade continue à prendre, dans les trois quarts d'heure ou l'heure d'intervalle, le naphtol ou le salol.

Mon but en employant l'ergotine est d'opérer une action astrictive sur les petits vaisseaux des bronches et du poumon, d'anémier relativement ces organes, d'empêcher le poumon de s'encombrer de bacilles et de phagocytes qui, en définitive, finissent par le spléniser et le rendre impropre à l'hématose.

D'ailleurs, s'il faut en croire Duboué (de Pau), l'ergotine aurait une action sur le principe même de la fièvre typhoïde. Ce serait donc une ennemie du bacille d'Eberth et de ses toxines. Il y aurait là une intéressante étude de bactériologie à faire *in vitro* pour juger la question. Quand le malade présente des symptômes d'adynamie, j'ajoute à la potion d'ergotine 3 ou 4 grammes d'extrait mou de quinquina jaune royal.

Dans cette forme pectorale, parfois si difficile à combattre, si le malade n'est pas un brightique ou un tabétique, je fais mettre un ou plusieurs vésicatoires successifs sur les parois de la poitrine. Je n'ai jamais vu, soit à l'Hôtel-Dieu, soit en ville, les vésicatoires placés sur les parois de la poitrine s'escharifier. Je m'en abstiens lorsque le milieu est encombré. Dans ce cas, j'ai recours à la teinture d'iode. Il m'est arrivé de voir, chez des malades de l'Hôtel-Dieu ou placés en ville, dans des chambres convenables, une eschare se développer à la région sacrée, alors que le vésicatoire de la poitrine guérissait sans accident. Quand un léger nuage d'albumine non rétractile se manifeste dans les urines, je ne me laisse pas intimider, j'ai recours à la révulsion cantharidienne mais avec ménagement, en recouvrant l'emplâtre d'une feuille de papier de soie huilée. Mais j'ai hâte d'ajouter que je m'arrête si l'albumine augmente. Je tiens à dire que je n'oserais, dans cette maladie, prescrire des vésicatoires aux jambes. Je me rappelle avoir vu, étant étudiant, à la suite de vésicatoires ulcérés, des tendons dénudés aux membres inférieurs. Cette différence entre la révulsion appliquée aux membres inférieurs ou aux parois de la poitrine, tiendrait-elle à ce que les téguments de la poitrine seraient plus richement nourris?

En même temps que j'ai recours aux vésicatoires, je tâche de décongestionner les poumons au moyen de ventouses sèches, appliquées en grand nombre sur les parois de la poitrine, en avant et en arrière et aux membres inférieurs.

Grâce à ces moyens, aidés parfois d'une infusion de feuilles de digitale, associée à l'ergotine quand la fièvre était vive et l'estomac tolérant, j'ai vu des fièvres typhoïdes à forme pectorale fort grave, se terminer par la guérison.

Je me rappellerai toujours, entre autres, une jeune fille placée à la salle 20, qui nous était arrivée toussant énormément, oppressée, ayant des râles sous-crépitants nombreux répandus dans les deux poumons et prédominant aux deux sommets, de la submatité prédominant aussi à ces deux régions. La courbe thermométrique indiquait la fièvre typhoïde, mais les phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques prédominaient tellement aux sommets, que je me demandais les premiers jours si je n'avais pas affaire à une granulie. Dans le second septénaire, l'apparition de taches rosées fit pencher le diagnostic du côté de la dothiénentérie. Cependant, les phénomènes pectoraux, fortement accentués, continuaient à prédominer aux sommets. Bientôt apparurent deux otites purulentes, la malade était sourde. Les phénomènes pectoraux commencèrent à s'amender, la résolution s'opéra aux deux sommets, il s'agissait donc d'une dothiénentérie à forme pectorale, sans association de bacilles de Koch. Le traitement avait consisté en potions à l'ergotine et à la digitale, en vésicatoires répétés sur les parois de la poitrine, en ventouses sèches. Le naphtol, la tisane boriquée avaient été prescrits comme à l'ordinaire. Les lavements à l'hyposulfite de soude ou à la teinture d'iode avaient été administrés, suivant que les évacuations étaient moins ou plus nombreuses. Les conduits auditifs avaient été baignés chaque jour avec une solution boratée laudanisée et tiède. L'oreille droite guérit sous l'influence de ces soins, mais à gauche l'infection s'étendit aux cellules mastoïdiennes. M. Heurteaux, voulant bien nous prêter son concours, incisa l'apophyse mastoïde et en évacua le pus. La guérison dès lors avança sans encombre; et quelque temps après la malade quitta la salle, n'ayant plus le moindre râle et ayant recouvré la plénitude de ses facultés auditives.

Mais il faut l'avouer, l'ergotine seule ou alliée à la digitale, les révulsifs, les ventouses n'ont pas toujours le même résultat, et parfois les accidents s'aggravent avec une opiniâtreté désespérante, et finissent par emporter le malade.

Le dernier typhoïde que j'ai perdu est mort de cette façon. C'était un jeune homme de vingt et un ans, entré le

18 mars 1894 et placé au n° 15 de la salle 9. Il nous présenta des symptômes bien caractérisés de fièvre typhoïde; mais ce qui dominait chez lui c'étaient les phénomènes stéthoscopiques et plessimétriques. Les phénomènes pectoraux portaient plutôt à accuser le bacille d'Eberth que celui de Koch, parce que les râles répandus dans toute l'étendue des deux poumons régnaient surtout aux bases. Les phénomènes abdominaux étaient nettement typhoïdes, mais modérés. Le malade, auquel j'appliquai le traitement qui m'avait réussi chez la jeune fille et chez bien d'autres sujets atteints de dothiénentérie à forme pectorale et terminée par la guérison, finit par succomber. Il succomba certainement à l'infection, mais certainement aussi à l'asphyxie; car, dans les derniers jours de sa vie, nous entendions une véritable tempête de râles sous-crépitants dans les deux poumons, et la figure était cyanosée.

A l'autopsie, nous trouvâmes les plaques de Peyer altérées, mais modérément; le foie, la rate étaient certainement malades, mais la lésion qui primait de beaucoup et correspondait parfaitement à l'effrayante quantité de râles que nous avions entendus, était celle des poumons. Ils étaient complètement splénisés.

En contemplant ces deux organes gorgés d'un sang noir et diffluent, d'un sang empoisonné certainement, mais dont l'infiltration dans le parenchyme et le tissu interstitiel avait certainement profondément gêné ou plutôt rendu presque impossible l'hématose, je me demandai si je n'aurais pas bien fait d'avoir recours à une émission sanguine. Cette déplétion n'aurait-elle pas été plus apte à faciliter l'hématose, que les ventouses sèches dont le malade avait été couvert, les vésicatoires, l'ergotine et la digitale? Il est vrai que l'émission sanguine aurait pu prostrer le sujet, mais on l'aurait faite modérée, et pour soutenir l'état général j'aurais pu donner, en même temps, une potion alcoolique.

Bouillaud a certainement abusé des émissions sanguines dans la fièvre typhoïde, mais je me demande si sa méthode n'a pas sauvé des malades atteints de la forme dothiénentérique dont je parle en ce moment. D'ailleurs, il serait utile de n'user que modérément de la saignée du bras. Il y aurait peut-être un juste milieu à prendre entre l'excès de hardiesse de nos prédécesseurs et notre excès de timidité.

Qu'il me soit permis, en face du fait malheureux que je viens de relater, de citer un autre cas.

Il y a bien longtemps, en juin 1848, regardant en curieux l'appareil militaire déployé à l'Hôtel de Ville de Nantes, au moment où l'émeute grondait à Paris, je vis se diriger vers moi un jeune soldat qui vint me remercier, en termes chaleureux, des soins que quelques mois auparavant j'avais, pour ma faible part, contribué à lui donner. Il était désormais rayonnant de santé.

Voici ce qui s'était passé. Simple élève de seconde année, je jouais, bien que modeste externe, le double rôle d'externe et d'interne dans une salle affectée aux militaires. Un jour mon chef de service, le docteur Maréchal, n'avait pu venir faire la visite. Il y avait un entrant, un jeune soldat malade depuis peu de jours, gêné dans sa respiration et présentant de nombreux râles sous-crépitants. Je crus au début d'une pneumonie et lui pratiquai une saignée. Mon chef de service, le lendemain, admit une fièvre typhoïde à forme pectorale, et la marche de la maladie lui donna raison. Mais cette saignée, due à une erreur de diagnostic du jeune étudiant, n'a-t-elle pas contribué à empêcher les désordres respiratoires de prendre de fâcheuses proportions? Je me le suis quelquefois demandé, notamment en face du cadavre dont j'ai parlé plus haut.

Dans les 131 cas dont je relate la thérapeutique, j'ai eu plusieurs cas d'hémorragie intestinale, un surtout chez un homme de la salle 9, et un autre dernièrement, chez une jeune fille de la salle 20. Dans ces cas, j'ai suspendu l'usage du naphtol et prescrit une potion de 4 grammes d'ergotine dans 120 grammes de véhicule, des lavements d'eau bouillie et pris à la température de la salle. Chez la jeune fille en question, dont les hémorragies se sont renouvelées trois fois, et dont une a été fort abondante, puisque la Sœur nous a montré un demi-vase de nuit ne paraissant contenir absolument que du sang, après avoir arrêté l'hémorragie avec l'ergotine, j'ai continué le traitement à l'aide du perchlorure de fer, à la dose de 1 à 2 grammes par jour, pour maintenir l'action hémostatique et combattre l'anémie qui s'était manifestée. J'ai eu encore recours à l'ergotine, chez une femme placée à la salle 20, qui a été prise de ménorragie considérable pendant une dothiénentérie de forte intensité. L'hémorragie s'est arrêtée et la malade est maintenant en pleine convalescence.

Parmi les malades que j'ai soignés depuis 1891, j'ai eu plusieurs fois à combattre des accidents cérébraux fort graves. Deux cas à la salle 9 ont nécessité l'emploi de la camisole, les malades ayant voulu, plusieurs fois, se jeter par la croisée. Ces deux malades ont eu la chance de guérir. Chez eux et chez d'autres, moins gravement, mais sérieusement atteints du côté du cerveau, j'ai eu recours aux ventouses sèches appliquées en grand nombre sur le tronc et les membres inférieurs, aux lavements laxatifs, aux lavements camphrés destinés à être gardés, au musc à la dose de 4 grammes de teinture, parfois à l'opium administré le soir. Enfin, quelquefois, je me suis bien trouvé d'un large vésicatoire appliqué sur le cuir chevelu préalablement rasé.

Quand il s'agissait de sujets alcooliques j'ai eu, en outre, recours à l'usage du vin.

L'érythème qui annonçait l'apparition d'une eschare était recouvert de collodion élastique, et le malade était alors placé sur un rond de caoutchouc, de manière que la surface érythémateuse se trouvât dans le vide; le décubitus était souvent changé. Quand, malgré ces soins, une eschare se formait, elle était lavée, soit avec de l'eau bouillie boriquée, soit avec de l'eau-de-vie camphrée, puis pansée, soit avec un mélange de poudre de charbon et de quinquina rouge, soit avec de l'iodoforme et recouverte d'une épaisse couche d'ouate.

Il est bien entendu que la vessie était soigneusement surveillée et que le malade était sondé quand la miction était entravée.

Je n'ai pas eu recours aux bains froids. Je considère ce moyen comme dangereux, dans une maladie où les bronches et les poumons sont si facilement atteints. Je sais bien que les partisans de l'eau froide assurent que c'est précisément un moyen d'éviter les complications pulmonaires, et que la mortalité est sensiblement abaissée par les bains. Mais on a soin d'ajouter que, pour la réussite de la méthode, il faut que son application ait lieu dans les trois ou quatre premiers jours de la maladie. Eh bien, je me demande quelle garantie d'exactitude de diagnostic on a dans les trois ou quatre premiers jours? Que de simples embarras gastriques fébriles ont dû être comptés au nombre de fièvres typhoïdes débutantes, et ont contribué à grossir sans

raison les succès de la médication! Mais aussi, je me permets de me demander si bien des pneumonies n'ont pas été aidées dans leur évolution par les bains froids.

Je suis loin d'avoir la même appréhension pour les bains tièdes. Mais il faudrait qu'ils fussent donnés près du lit du malade, condition difficile à réaliser à l'hôpital de Nantes, beaucoup plus facile dans la clientèle. Mais, dans la clientèle comme à l'hôpital, ce ne sera que bien rarement que l'on pourra obtenir les huit bains tièdes par vingt-quatre heures, réclamés par M. Bouchard.

Parmi les malades que j'ai soignés en ville, j'ai eu recours aux bains tièdes chez une jeune fille de vingt-quatre ans, atteinte d'accidents ataxiques. Cette jeune fille venait d'une ville voisine, où elle avait séjourné quelque temps dans une famille qui avait perdu un jeune homme de la fièvre typhoïde pendant que ma malade était dans la maison. Un domestique venait d'être frappé au moment où ma malade partait pour Nantes. Nous avons su, depuis, que ce domestique a succombé. Cette jeune fille en arrivant à Nantes fut prise de symptômes graves de fièvre typhoïde ataxique. J'employai chez elle le naphtol, la tisane à l'acide borique, l'hyposulfite de soude, la teinture de musc. Le délire se manifestait surtout la nuit et devenait très violent. Je demandai un bain tiède le soir. Le lendemain matin, la malade me remercia du bien-être qu'elle avait éprouvé dans ce bain. Le même moyen fut employé plusieurs jours de suite. Le délire avait notablement diminué, quand nous dûmes cesser les bains. C'était pendant l'hiver, malgré les plus grandes précautions, la malade trouva, au bout de quelques soirs, qu'elle ne pouvait se réchauffer au sortir du bain, puis elle commença à tousser. Nous continuâmes les bains, redoublant de précautions contre le refroidissement consécutif. Mais la toux augmenta, des râles apparurent. Je me décidai à faire cesser les bains. Quelques potions à l'ergotine, des badigeonnages iodés vinrent à bout de cette complication et la malade était complètement rétablie au bout de quelque temps. Qu'eussé-je produit à la poitrine si, au lieu de bains tièdes, j'avais plongé cette malade dans l'eau froide? Je suis persuadé qu'il en serait résulté une pneumonie.

A mon avis, l'idéal des conditions hygiéniques à réaliser pour le traitement de la fièvre typhoïde, serait d'avoir à la disposition du malade une chambre vaste, dans laquelle se trouveraient deux lits. Au déclin de la journée, le malade serait mis dans un bain tiède, au sortir duquel, en prenant de rigoureuses précautions, surtout l'hiver, on le changerait de lit, de draps, de linge de corps. Les matelas du lit qu'il viendrait de quitter seraient exposés vingt-quatre heures au grand air.

Je tiens à la ventilation, mais ne la veux point brutale.

En ville, la porte et la croisée de la chambre sont ouvertes ou fermées alternativement. Le devant de cheminée est complètement supprimé.

A l'hôpital, je fais ouvrir toutes les croisées de mes salles d'un côté, puis on ferme et l'on ouvre toutes celles du côté opposé. De cette façon, la ventilation est largement exercée et sans aucun danger pour les poitrines susceptibles.

Quant au régime, je laisse boire les malades à leur soif. Je crois qu'il y a avantage à faire passer par l'organisme une grande quantité d'eau purifiée par l'ébullition. C'est un moyen d'éliminer les toxines sécrétées par les microbes et les poisons provenant de la dénutrition de l'économie. Je nourris les malades pendant tout le temps de la fièvre, au moyen du lait bouilli, je tolère le bouillon pour éviter le dégoût du lait. Sauf chez les ivrognes, je suis sobre de boissons alcooliques, je ne permets généralement l'usage du vin que lorsque la céphalalgie des premiers jours s'est fortement amendée. Cependant, lorsque les malades tombent dans l'adynamie, je deviens beaucoup plus large dans l'usage du vin, j'ajoute au vin ordinaire l'usage du vin de quinium, que je donne à la dose de trois ou quatre cuillerées par jour. Parfois, je remplace ce dernier par une potion avec 4 grammes d'extrait mou de quinquina dans 120 grammes de véhicule. Dans ce cas, la potion à l'hyposulfite est remplacée par la potion au quinquina.

Dans la convalescence, l'alimentation est soigneusement graduée. Je commence naturellement par les potages, et les aliments solides ne sont d'abord donnés qu'en petite quantité et augmentés avec la plus grande précaution. J'ai l'habitude de ne permettre aux malades de quitter le lit que quand ils ont mangé pendant quatre ou cinq jours. A l'hôpital, par exemple, je ne permets le premier lever que quand ils ont mangé deux portions pendant deux ou trois jours. Mon but, en agissant ainsi, est de permettre au myocarde de réparer sa substance plus ou moins altérée avant que le malade fasse de grands mouvements et d'éviter cette syncope imprévue et mortelle qu'on a parfois signalée au début de la convalescence et que, Dieu merci, je n'ai jamais eu à déplorer.

Quel a été le résultat de cette médication?

J'ai commencé une statistique rigoureuse en septembre 1891. Depuis cette époque, jusqu'à ce jour, 24 juillet 1894, j'ai soigné, dans ma clientèle et dans mon service de l'Hôtel-Dieu, 131 cas de fièvre typhoïde. Une seule de ces malades se trouve encore à la salle 20, mais elle est en pleine convalescence. Elle mange trois portions depuis quinze jours.

Dans ces 131 cas, j'ai eu 14 décès.

Je tiens à dire que je n'ai compris, dans cette statistique, que des cas à diagnostic bien net. Je n'y ai admis que les malades ayant eu des taches rosées bien apparentes, la courbe thermométrique bien accentuée. J'ai rejeté tous les cas d'embarras gastrique fébrile, tous ceux que l'on nomme parfois typhus levissinus. Je ne nie pas la nature typhoïde de ces cas, mais je ne les ai pas comptés dans ma statistique, parce que j'ai tenu à n'y admettre que des faits précis; et, en adoptant la médication dont je viens de faire l'exposé, j'ai voulu m'en constituer plutôt le juge que l'avocat. Si j'avais voulu ajouter à ma liste les nombreux cas d'embarras gastrique fébrile ayant duré plus de dix jours, que j'ai soignés en même temps que ces fièvres typhoïdes, je serais certainement arrivé à un chiffre double de guérisons, mais je me hâte de revenir à une appréciation solide, et de me renfermer dans les chiffres que j'ai donnés plus haut. Parmi ces 131 cas, à part les 14 qui n'ont pu résister à l'infection, j'ai vu quelques cas légers, quoique bien accentués, mais aussi des cas fort graves, des températures à 40 et 41 degrés, des pouls à 120 et plus, des accidents pectoraux fort inquiétants, des délires effrayants chez des malades qui ont fini par guérir.

Pendant l'épidémie de choléra, plusieurs de mes typhoïdes m'ont gravement inquiété à cause de l'énorme quantité de leurs évacuations intestinales. Dans ces cas, je m'empressais de mettre de côté la potion à l'hyposulfite de soude et de la remplacer par une autre ainsi formulée :

Sous-nitrate de bismuth 15 à	20 grammes.
Sirop thébaïque.	30 —
Eau distillée de menthe . . .	170 —

Cette potion, généralement bien acceptée des malades, était prise dans les vingt-quatre heures. Un lavement d'amidon et de pavot était administré chaque jour, des badigeonnages de teinture d'iode étaient pratiqués sur l'abdomen. J'ai rarement vu cet excès de diarrhée résister plus de trois ou quatre jours à ce traitement. Les lieux d'aisance, les vases de nuit ont été soigneusement désinfectés.

Des médecins découragés ont dit parfois de la fièvre typhoïde, qu'elle est une des maladies qui sont l'opprobre de l'art. Je me permets de ne point partager cette pensée, je crois, au contraire, que, semblable à l'hygiène qui peut tant pour prévenir cette maladie, la thérapeutique de la fièvre typhoïde fait des progrès, en fera d'autres encore et qu'elle deviendra de plus en plus un honneur pour le travail et surtout pour l'esprit de recherche consacré au culte de la science et au soulagement de l'humanité.

— Depuis que ce travail est à l'impression, j'ai soigné 4 nouveaux cas de fièvre typhoïde, 1 en ville chez une petite fille de neuf ans; 3 à l'Hôtel-Dieu. L'enfant de la ville est guérie. Les 3 malades de l'Hôtel-Dieu sont en pleine convalescence. La statistique devient donc celle-ci : 135 cas dont 14 morts.

REVUE DE LA PRESSE

Xérophtalmie guérie par suture des paupières. — M. Roudine présente au Ve Congrès des médecins russes, une malade à laquelle il a fait, il y a trois ans, une suture bilatérale des paupières, à cause de xérosis des cornées ayant amené la cécité presque complète. Il a laissé un petit orifice à chaque fente palpébrale. Actuellement, les paupières sont désunies. La malade voit bien de son œil droit, et peut même introduire un fil dans une aiguille. Sur l'œil gauche est restée une taie centrale. L'auteur a eu des résultats satisfaisants par le même traitement encore dans deux cas.

Fistule vésico-vaginale et utéro-rectale; hématométrie. — M. Rimsch présente, à la Société de gynécologie et d'obstétrique de Saint-Pétersbourg, une malade âgée de vingt-six ans, particulièrement intéressante à plusieurs points de vue :

Cette femme a accouché (pour la première fois) il y a cinq ans; le travail était très laborieux et a duré cinq jours; la malade a accouché enfin d'un fœtus mort. Il n'y avait pas de lochies. Depuis cet accouchement, la malade fut obligée de garder le lit pendant deux ans, à cause de la fièvre, de l'état général très mauvais, amaigrissement considérable et impossibilité de se tenir debout ni assise; les règles ne sont pas revenues. A l'hypogastre existait une tumeur qui augmentait de volume de plus en plus, et occasionnait des douleurs lombaires et abdominales.

A la suite d'une douleur vive, ressentie brusquement un jour au niveau de la tumeur, la malade a perdu par le rectum une grande quantité de sang. La tumeur disparut et la femme entra en convalescence. Depuis cette époque les règles sont revenues, mais irrégulières et douloureuses; la tumeur abdominale réapparaissait souvent et disparaissait après évacuation de sang par le rectum. Depuis deux mois et demi, la malade n'a pas été réglée.

A l'examen, on trouve que le périnée est intact, mais que tout l'urèthre, sauf une petite portion de 1 centimètre environ, et le col de la vessie sont complètement détruits. La vessie est inversée et proémine par sa muqueuse dans le vagin, à la paroi postérieure duquel elle est adhérente; le vagin se trouve ainsi transformé en un cul-de-sac, se continuant en haut avec la cavité vésicale. Pas de culs-de-sac normaux; on ne sent pas le col de l'utérus. Par le toucher rectal et le spéculum ani on trouve un orifice qui fait communiquer le rectum avec l'utérus. Une sonde utérine, introduite par le rectum dans la cavité de l'utérus, détruit les adhérences vésico-vaginales; la cavité utérine mesurait 15 centimètres. A la palpation l'utérus remonte au-dessus du pubis, est dur et peu mobile; M. Rimsch a fait le diagnostic d'hématométrie. Les adhérences détruites, du sang noir s'est écoulé par le rectum et l'utérus a repris ses dimensions normales. (*Wratsch*, n° 2, 1894.)

Rétrécissement congénital du gros intestin. — Le docteur Alexandroff rapporte, à la Société de pédiatrie de Moscou, le cas d'un enfant de quatre jours atteint de vomissements de couleur brunâtre dès le deuxième jour après sa naissance, et n'ayant pas eu de selles, malgré des lavements; le ventre est ballonné. L'orifice anal est à sa place normale, mais le rectum semblait rétréci. On fit la laparotomie, dans le but de faire un anus contre nature, et on trouva que les anses intestinales, jusqu'au cæcum, étaient distendues par des gaz et que le côlon ascendant présentait à peine le volume d'une plume à écrire; il s'agissait donc d'un rétrécissement congénital ou d'un arrêt de développement; les parois intestinales étaient flasques et parétiques. L'enfant est mort quelques heures après.

A l'autopsie, on constata que le gros intestin avait sa lumière complètement oblitérée; le rectum et son méso présentaient, au voisinage de la partie rétrécie, un tractus charnu, peut-être le vestige d'une péritonite intra-utérine, ayant causé l'oblitération intestinale.

Peur nocturne et diurne. — Le docteur Tschernomor-Zadernowski a observé un cas intéressant de peur nocturne. Il s'agit d'un garçon de trois ans et demi, très bien développé, sans aucune maladie antérieure et n'ayant aucune tare nerveuse dans les antécédents; la mère n'a jamais observé de vers intestinaux dans les selles de l'enfant. Il y a un an l'enfant s'est éveillé brusquement, avec cris et agitation extrême et les yeux hagards, ne reconnaissant personne; après quelques minutes d'agitation il s'est endormi; un quart d'heure après nouvel accès, mais plus violent, avec hallucinations de l'ouïe; troisième accès à la fin de la nuit. Ensuite, les accès se répétaient presque chaque nuit, et bientôt même le jour; d'abord seulement pendant le sommeil, puis à l'état de veille. L'enfant, devenu excessivement peureux, avait le délire de persécution; une fois il a failli se jeter dans le feu, pour obéir aux voix qui lui ordonnaient de se tuer. Amené à l'hôpital, il fut traité par du bromure de sodium et des bains tièdes le soir; mais l'amélioration n'était que de courte durée et les accès revinrent, plus fréquents et plus violents. Le docteur Leplinski, médecin aliéniste, a examiné l'enfant et n'a trouvé aucun trouble psychique (en dehors des accès).

L'auteur attire particulièrement l'attention sur ce cas, à cause des hallucinations, non seulement de la vue, mais aussi de l'ouïe, et à cause de la manifestation de ces accès à l'état de veille; tout cela chez un enfant qui ne présentait aucun trouble nerveux antérieur, et issu de parents bien portants. (*Gaz. heb. méd. de la Russ. mérid.*, n° 8, 1894.)

Hypertrophie de la mamelle d'origine nerveuse. — M. Yordanski présente, à la Société gynécologique de Moscou, une malade de vingt-sept ans, avec surdimutité congénitale, entrée à l'hôpital avec une énorme hypertrophie de la mamelle gauche. La demi-circonférence verticale de cette mamelle était de 104 centimètres (20 centimètres seulement du côté sain). La demi-circonférence transversale était de 74 centimètres. A la palpation, certaines parties étaient indurées, d'autres ramollies. La peau ne formait pas de

plis. Sur le côté gauche du tronc un énorme pli pachydermique s'étendait du rachis à l'ombilic. Troubles de sensibilité dans les régions atteintes. Rien du côté des autres organes. D'après les parents l'affection est congénitale.

Amputation du sein hypertrophié. Son poids était de 16 livres environ.

L'auteur suppose que cette mammite hypertrophique est due à des troubles du système nerveux central, en faveur de quoi plaident : 1° les troubles de sensibilité ; 2° la surdimutité ; 3° le pli pachydermique énorme.

L'antidiphtérine de Klebs. — M. Grégorieff fait, à la Société de pédiatrie de Moscou, une communication sur ses recherches expérimentales et cliniques sur l'action bactéricide de l'antidiphtérine de Klebs. Il a traité, suivant le précepte de cet auteur, quatre malades atteints d'angine diphtéritique certaine, par le badigeonnage à l'antidiphtérine. Les fausses membranes augmentaient quand même, les phénomènes de suffocation se montrèrent, la température ne baissait pas ; deux de ces malades sont morts, les deux autres, chez lesquels on a interrompu ce traitement pour remplacer l'antidiphtérine par le sublimé à 1 p. 100, sont sortis complètement guéris.

Les expériences sur les cultures du bacille Klebs-Löfler, ne sont pas moins concluantes : l'antidiphtérine, restant en contact avec ces bacilles pendant vingt-quatre heures, n'entrave en rien leur développement, tandis que leur contact de deux minutes de durée avec le sublimé, l'arrête complètement.

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 septembre 1894. — Présidence de M. LARREY.

LECTURE

Mort subite en vélocipède. — M. L.-H. PETIT a observé trois cas de mort subite survenus chez des sujets atteints d'affection du cœur, à la suite de l'emploi du vélocipède.

Premier cas. — Un homme d'une soixantaine d'années mourait subitement, il y a quelques jours, sur son vélocipède. Cet homme, robuste, s'exerçait depuis un mois avec son professeur. Au cours d'une de ses leçons, se sentant mal à l'aise, il voulut descendre, appela son professeur et mourut immédiatement dans ses bras.

Deuxième cas. — Un de nos confrères de quarante-huit ans voulut faire disparaître son embonpoint par l'exercice en vélocipède. Il n'avait jamais eu de troubles cardiaques lorsque, au bout de plusieurs mois de cet exercice, il fut pris d'essoufflement, d'une douleur cardiaque excessive. Il descendit de sa machine, s'assit sur un banc où il mourut peu après.

Troisième cas. — Un clubman, âgé d'environ quarante ans, expira sur sa bicyclette dans une rue de Paris. Il avait une maladie du cœur.

La Préfecture de police a donné, du 1er janvier au 27 août, 32,996 permis de circulation. Comme beaucoup ne font leur déclaration qu'après contravention, on peut dire qu'il y a, à Paris, plus de 100,000 personnes s'adonnant à ce sport.

Il n'est pas exagéré de dire que, dans ce nombre, il y en a au moins 1/1000 qui a une affection cardiaque et il est bon d'attirer leur attention sur le danger qu'ils courent.

Il lui semble encore que la vieillesse, à elle seule, sans l'appoint d'une affection cardiaque, devrait être considérée comme une contre-indication à l'emploi de la bicyclette qui demande une attention, une souplesse et un déploiement de force qui sont des causes de surmenage qu'on ne peut guère permettre aux vieillards sans crainte d'accidents.

Donc, en résumé, les trois cas de mort subite rapportés ci-dessus démontrent que :

1° Les maladies du cœur constituent une contre-indication formelle à l'usage de la bicyclette ;

2° Qu'on peut considérer également la vieillesse comme une contre-indication à cet exercice ;

3° Que les cardiaques, que les vieillards qui s'y adonnent doivent s'attendre à des accidents graves pouvant être mortels.

RAPPORT

Mortalité des nouveau-nés. — M. CHARPENTIER lit un rapport sur un travail de M. Ledé, intitulé : « Comptabilité infantile et statistique. » Le rapporteur pense qu'il est inutile de perfectionner ce service de statistique : la mortalité des nouveau-nés est suffisamment connue, les efforts de l'administration doivent tendre à supprimer les causes de mortalité plutôt qu'à les enregistrer.

M. Ledé propose de créer un office spécial de nourrices dans les grands centres. M. Charpentier croit qu'on remédiera surtout aux abus inhérents aux bureaux de placement par l'iniative de nos confrères des campagnes, qui peuvent donner sur les nourrices, leurs familles, leurs enfants, leurs nourrissons antérieurs, des renseignements utiles.

La troisième proposition de M. Ledé serait de créer de nouveaux postes de médecins inspecteurs. Ce service, dit le rapporteur, fonctionne déjà, il suffirait, d'après lui, d'exiger une surveillance plus fréquente et d'exiger une application plus sévère de la loi Roussel ; mais exigeant plus d'efforts des médecins inspecteurs, il serait juste de les rémunérer plus équitablement.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

École des Hautes-Études. — M. le docteur H. Lamy est nommé préparateur du laboratoire de physiologie pathologique dirigé par M. François Franck (section des sciences naturelles).

— M. le docteur Meunier est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Pontoise.

— MM. les docteurs Lapoulle et Mondélet sont nommés membres du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque populaire de Saint-Sulpice-les-Feuilles (Haute-Vienne).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Burlet (de Meximieux), Bouveret (de Saint-Genis-l'Aoste), Chouippe (de Bédée), A. Froin (de Saint-Ciers-Lalande), Level (de Paris), Tavernier (de Lyon).

— *Avis.* — Toute demande de numéros doit être accompagnée de la somme de 20 centimes par numéro. — Par exception, le numéro du samedi, à cause de son supplément, coûte 30 centimes.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 106. — JEUDI 13 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 13 SEPTEMBRE 1894. — N° 106

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La bicyclette a fait hier son entrée à l'Académie. Disons de suite qu'elle n'y a pas été très bien reçue.

Notre sympathique collègue M. Hallopeau, doublement compétent dans la question, a fait un rapport sur un travail de M. Petit, travail dans lequel l'auteur insistait tout particulièrement sur les dangers de la vélocipédie chez les cardiaques, à propos de deux cas de mort subite qu'il a relevés chez des vélocipédistes.

Les conclusions par lesquelles M. Hallopeau terminait son rapport, et qui nous paraissaient fort sages et très justes, n'ont pas été adoptées par l'assemblée sans discussion, ni sans modifications. Il était de toute évidence que les objections qui ont été présentées à M. le rapporteur émanaient de membres, d'ailleurs fort honorables, mais n'ayant du sport à la mode aucune expérience personnelle. On sentait que l'Académie avait peur de se compromettre en semblant donner son adhésion à un exercice physique pour lequel, sauf de rares exceptions, elle se reconnaît, elle-même, peu d'aptitudes. M. Alphonse Guérin, qui présidait, a cependant rappelé que M. Lucas-Championnière, un vaillant champion de la pédale, en a étudié, en savant chirurgien qu'il est, les avantages et les inconvénients et qu'il a démontré que c'était, somme toute, un excellent exercice.

Il n'est cependant pas arrivé à convaincre MM. Verneuil, Larrey, Daremberg, Dumontpallier, Bergeron, Charpentier, etc., qui ont tour à tour accusé la bicyclette d'être pernicieuse pour les cardiaques, pour les tuberculeux, de prédisposer au mal de Pott, aux varices, aux affections urinaires. M. Cadet de Gassicourt, sans se montrer opposé à la vélocipédie pour les enfants, a sagement proposé qu'avant de la leur permettre, on les soumît à un examen médical.

Il est bien évident qu'il en est de la vélocipédie comme de tous les exercices physiques qui, s'ils sont fort utiles pour la grande majorité, peuvent être fort nuisibles dans certains cas. MM. Larrey, Alphonse Guérin, Verneuil, Dumontpallier, ont proposé de ne pas la conseiller aux vieillards. Nous en connaissons cependant plusieurs qui s'y sont mis avec ardeur et qui s'en trouvent très bien. Quoi qu'il en soit, comme la question est toute d'actualité, il est bon de faire connaître les conclusions de M. Hallopeau, telles qu'elles ont été votées par l'Académie :

1° L'Académie recommande aux personnes qui désireraient se livrer à l'exercice de la bicyclette de se soumettre d'abord à un examen médical;

2° Chez les sujets expérimentés et bien portants, l'usage modéré de cet instrument ne semble pas troubler les fonctions cardiaques;

3° Les efforts liés soit à l'apprentissage, soit à la course trop rapide, soit à l'ascension des côtes, doivent être considérés comme dangereux;

4° C'est surtout pour les malades atteints d'affections cardiaques ou pulmonaires que l'interdiction doit être absolue;

5° L'Académie accueillerait avec grande faveur tous les documents qui lui seraient fournis par les praticiens dans le but de jeter du jour sur cette question si controversée.

A la fin de la séance, la parole a été donnée à M. Galliard, pour la lecture d'un travail sur les indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire. Ce travail, renvoyé à une Commission composée de MM. Dujardin-Beaumetz et Terrier, sera certainement l'objet d'un rapport et nous aurons occasion d'y revenir.

MÉDECINE MILITAIRE

Les nouveaux moyens de transport des blessés.

Depuis quelques années, le matériel de campagne du service de santé a subi des perfectionnements considérables. Les médecins de la réserve et de l'armée territoriale en connaissent sans doute les modifications principales; mais nous pensons faire œuvre utile en leur remettant en mémoire certains appareils dont on ne trouve la description qu'en se reportant aux règlements officiels; nous parlerons accessoirement de certains autres qui, quoique n'étant pas admis dans notre armée, sont cependant ingénieux et, par suite, intéressants à connaître.

Tous les moyens de transport, quels qu'ils soient, ont pour but de rendre facile et rapide l'évacuation des blessés, surtout des blessés couchés sur les brancards. Le brancard est l'appareil utile par excellence; employé chaque jour en temps de paix, il est plus indispensable en temps de guerre; après chaque engagement, les blessés, après avoir été pansés provisoirement à l'aide du paquet individuel, sont

transportés au poste de secours sur les brancards régimentaires.

Pour les évacuations à grande distance, le brancard sert de couchette; tous les appareils inventés récemment sont destinés d'abord à rendre l'arrimage des brancards moins compliqué, ensuite à diminuer par une suspension mieux comprise la trépidation des véhicules (wagons ou voitures), pour qu'elle soit moins pénible aux blessés.

Nous étudierons successivement le brancard nouveau modèle, les modes de transport en terrain plat et en terrain accidenté, enfin les appareils de suspension système Bréchot-Desprez-Ameline.

I

Le brancard nouveau modèle, dit modèle 1890, ou encore modèle Franck-Pagenneville, est constitué par deux hampes en bois léger, dont les extrémités sont arrondies pour servir de poignées, de quatre pieds mobiles fixés près de chaque extrémité des hampes, les pieds du côté têtière du brancard se prolongeant au-dessus des hampes pour recevoir et maintenir surélevée l'extrémité mobile de la toile qu'on appelle extrémité têtière; d'une toile en tissu très fort, clouée sur le côté des hampes et laissée libre au dernier tiers de sa longueur pour lui permettre de former têtière et d'aller se fixer au prolongement des pieds; de deux traverses d'écartement en fer forgé, traverses articulées en leur milieu à la façon d'un compas et qui sont chacune fixées par leur extrémité libre sur une hampe par un boulon. L'extrémité têtière de la toile est faite de deux épaisseurs de tissu, de façon à former une poche que l'on garnit de foin ou de paille et qui sert d'oreiller. A chaque brancard sont annexées deux bretelles en toile forte qui permettent de porter plus facilement le brancard chargé et de le maintenir roulé une fois qu'il est démonté.

Le montage du brancard et son démontage sont rendus très faciles dans le modèle 1890; dans les modèles précédemment en usage, chaque traverse mobile était rigide, fixée d'un côté sur une hampe par un boulon et le brancardier devait assujettir l'autre extrémité sur la hampe opposée par un tourniquet de cuivre qui immobilisait la mortaise de la traverse. Pour peu qu'il n'y eût pas de simultanéité dans les mouvements des deux brancardiers, la manœuvre était peu commode, les hommes risquaient de se blesser, le montage était long à effectuer. Avec le modèle 1890, tous ces inconvénients disparaissent; pour tendre la toile et maintenir l'écartement des hampes, il suffit aux brancardiers d'ouvrir le brancard par un mouvement rapide et de tirer à eux, d'un mouvement brusque de la main droite, la traverse articulée, de façon qu'elle vienne se placer contre les pieds du brancard. Dans la manœuvre du démontage, le mouvement principal consiste, pour chaque brancardier, à repousser d'un coup de la main droite la traverse articulée, à prendre une hampe dans chaque main et à les rapprocher l'une de l'autre.

On a songé à perfectionner les brancards modèles 1890, de façon à les rendre utilisables pour les manœuvres de montagne. Ceux employés dans les corps alpins présentent les modifications suivantes : 1° les hampes sont articulées en leur milieu au moyen de solides charnières qui permettent, le brancard une fois démonté, de diminuer de moitié sa longueur totale; 2° le brancard démonté est glissé dans un fourreau en toile brune et ce fourreau est muni d'une courroie qui permet de porter en bandoulière l'ensemble de l'appareil rendu, de cette façon, aussi peu gênant que possible.

II

Le transport des blessés en terrain plat peut être effectué par les brancardiers, quand la distance à parcourir est peu considérable. Mais il ne faut pas oublier qu'en campagne, les brancardiers les plus vigoureux seront vite fatigués, à cause des nombreux blessés qu'ils auront à transporter. Dans le but de rendre les évacuations plus rapides et de ménager les brancardiers qui seraient trop rapidement surmenés, par conséquent inutiles, il a été constitué un approvisionnement de brancards roulants. Le brancard roulant ne peut être utilisé avec avantage que sur les routes bien entretenues; cet appareil se compose d'un brancard ordinaire fixé sur un châssis rectangulaire muni de roues; le châssis est formé de trois tiges en fer, une médiane et deux latérales, réunies à leur extrémité par deux traverses du même métal; sur les côtés des deux traverses latérales s'articulent les ressorts de suspension. Les roues sont fixées au châssis au moyen d'un dispositif spécial à charnière permettant de replier les roues sur le châssis, sans qu'il soit nécessaire de les démonter. A l'avant du châssis, on adapte un petit timon terminé par une traverse, de façon que les deux brancardiers puissent aisément effectuer la traction du brancard roulant.

Les brancards fermés sont transportés par des chariots du parc attelés de deux chevaux. Un chariot de parc transporte seize brancards roulants.

D'autres modèles ont été proposés en grand nombre, mais non adoptés; en effet, les brancards roulants doivent être à la fois commodes, légers et solides; il est très difficile de trouver ces qualités réunies à un degré suffisant dans les modèles expérimentés. Parmi ces derniers, il en est cependant qui peuvent rendre de grands services pour le transport des blessés dans les services de l'arrière ou dans les places en temps de paix; nous citerons notamment le chariot porte-brancard proposé par le service de l'artillerie de Vernon et le chariot ambulance système Gril.

Le chariot porte-brancard (modèle de l'artillerie) se compose d'un cadre sur lequel on dispose le brancard; le cadre, mobile, est suspendu par des ressorts à boudin au-dessous de la charpente de la voiture, de façon à rendre les cahots moins pénibles et la suspension plus douce. Dès que le brancard chargé a été placé sur le cadre mobile, le malade est recouvert par un capotage de toile rayée qui est destiné à le protéger contre les intempéries de la saison et à le soustraire à la curiosité du public; le capotage est maintenu en arrière par une courroie bouclée au cadre mobile et par deux embrasses en cuir prises dans les extrémités des hampes du brancard, il est fixé en avant par une longue courroie qui sert de soutien au prolongement du capotage et vient se fixer par une boucle au milieu d'un arceau de fer préalablement relevé.

Le chariot ambulance (système Gril) présente sur le modèle précédent l'avantage de pouvoir être chargé par l'arrière, ce qui rend moins pénible et plus simple la manœuvre du chargement. L'ambulance Gril peut être traînée par un seul homme; les pièces constitutives du chariot sont : un cadre fixe formé de quatre traverses perpendiculaires deux à deux; ce cadre présente les dimen-

sions un peu amplifiées d'un brancard déployé, il est fixé sur un essieu au moyen de ressorts. Les deux traverses longitudinales présentent à leur face interne une rainure dans laquelle est maintenue à frottement doux une sorte de glissière constituée par deux barres de fer distantes de 10 centimètres l'une de l'autre et fixées par leurs extrémités à deux pièces de fer légèrement arrondies. Cet ajutage glisse d'une façon parfaite de l'avant à l'arrière du cadre du chariot. A chacun des angles du cadre est disposé un gros ressort en fer recourbé, terminé par une anse de cuir où doit être engagée l'extrémité de chaque hampe du brancard chargé. Enfin le chariot est recouvert d'une bâche en toile supportée par deux cerceaux en bois. Pour charger un brancard sur le chariot Gril, on amène à l'arrière la glissière mobile, on soulève le brancard de façon à introduire les pieds du côté têtière entre les deux barres en fer de la glissière et on le pousse à fond horizontalement, puis on engage les extrémités des hampes dans les anses en cuir.

III

Dans les terrains accidentés, il devient très difficile d'assurer le transport des blessés, sans que celui-ci soit fort pénible. Les litières et cacolets, bien connus de tous, sont utilisés pour les transports à grande distance et, à l'heure actuelle, on n'a encore rien inventé de mieux.

Mais il est des cas où l'on se trouve dans l'impossibilité d'employer même ces moyens de transport. C'est ainsi que « tous les médecins militaires, qui ont suivi les groupes alpins dans leurs marches en montagne, ont parfois éprouvé des difficultés extrêmes pour le transport et l'évacuation de leurs blessés » (1). Un de nos confrères de l'armée, M. le docteur Ramally, aide-major, s'est tout récemment occupé du transport des blessés en terrain accidenté ; pour lui, le brancard reste le meilleur mode que le médecin ait, en montagne, à sa disposition. Des études avaient été déjà entreprises dans le même ordre d'idées par M. le docteur Donion, médecin-major du 96e de ligne, et ses conclusions étaient identiques.

M. Donion a imaginé un brancard de montagne destiné à être porté comme un palanquin, au moyen d'une tige de bambou reposant par chacune de ses extrémités sur l'épaule d'un brancardier. Les hommes porteurs conservent ainsi la liberté de leurs mains. L'horizontalité s'obtient à tout instant au moyen d'une chaînette que l'un des brancardiers doit raccourcir plus ou moins suivant la pente.

M. Ramally a imaginé un autre dispositif : au lieu de suspendre les extrémités du brancard, chacune par deux liens se réunissant à angle aigu sur la tige support, il procède de la façon suivante : l'appareil, en bois de frêne ou mieux de bambou, est constitué par un châssis présentant en son milieu une traverse horizontale dite traverse porteuse, au milieu de laquelle est ajusté un crochet à douille mobile où se fixent les quatre cordages sustenteurs des hampes. Les parties transversales destinées à compléter le châssis aux extrémités sont constituées par un ensemble de pièces en bois disposées en un cadre dans lequel se met le brancardier qui se sert de deux d'entre elles en guise de poignées. En résumé : 1° le cadre qui comprend les poignées d'enlèvement est à rotation mobile par rapport aux deux pièces longitudinales du châssis ; 2° la traverse porteuse est aussi à rotation et mobile par rapport à ces mêmes pièces longitudinales ; 3° la traverse porteuse est munie d'un crochet à douille, non seulement en son milieu mais encore à ses extrémités, au cas où l'on voudrait substituer la suspension à deux crochets au mode de suspension à un crochet.

(1) Dr Ramally. *Arch. de méd. milit.*, 1894, p. 242.

IV

L'appareil de suspension de brancards à trois étages modèle 1891 est encore appelé système Bréchot-Desprez-Ameline. Cet appareil se compose d'une cage en fer de 1m83 × 93 centimètres, sur 1m83 de haut, destinée à recevoir trois brancards superposés. Cette cage est formée par deux montants à entretoises, reliés entre eux par quatre grandes traverses d'assemblage fixées au moyen d'écrous à béquille. Chaque montant est composé de deux colonnes, dont l'extrémité inférieure porte un sabot devant reposer sur le sol ; les deux colonnes d'un même montant sont reliées entre elles au moyen de trois entretoises cintrées aux extrémités. Chacune de ces colonnes est percée de part en part de deux trous, l'un en haut, l'autre en bas, destinés à recevoir la partie taraudée des grandes traverses d'assemblage. Par l'assemblage de ces quatre traverses aux deux montants, au moyen d'écrous à béquille, la cage de l'appareil se trouve constituée. Tous les montants, de même que les traverses d'assemblage et leurs écrous, sont identiques et interchangeables.

La partie essentielle de l'appareil, modèle 1891, est constituée par douze ressorts à boudin, d'un dispositif spécial à compensation, ayant pour effet d'amortir la violence des chocs dans tous les sens. Ces ressorts sont, par une de leurs extrémités, fixés à demeure aux colonnes un peu au-dessus des entretoises ; par l'autre extrémité, ils sont reliés deux à deux à une traverse porte-brancard. Ces traverses sont mobiles ; elles permettent de laisser accomplir au brancard qu'elles supportent un mouvement de va et vient modéré par les ressorts.

Les appareils, modèle 1891, ont été, avec juste raison, immédiatement adoptés par le service de santé de l'armée. Ils sont très faciles à monter et à démonter ; ils peuvent être placés dans les wagons de marchandises, sans qu'on ait, comme pour les appareils Bry-Ameline, à les fixer aux parois des wagons, ce qui entraînait une détérioration du matériel roulant des compagnies. Ils permettent le transport d'un plus grand nombre de blessés, puisque dans chaque wagon on peut monter quatre appareils en long et un cinquième perpendiculairement. Ces appareils ne devant pas être fixés aux parois des wagons, il en résulte une plus grande commodité pour les soins à donner aux malades et blessés, puisqu'il est possible de faire le tour de chaque brancard.

Un autre avantage, et des plus appréciables, consiste dans la possibilité où l'on se trouve d'utiliser les appareils, modèle 1891, non seulement dans les trains sanitaires improvisés, mais aussi dans les bateaux (1), pour l'évacuation par canaux et rivières navigables, et dans les gares, pour

(1) Les bateaux destinés à suppléer à l'insuffisance des transports par voie de terre peuvent recevoir chacun trente à trente-trois de ces appareils et transporter ainsi environ 100 blessés, tandis qu'avec des couchettes ou des lits improvisés 30 blessés seulement peuvent trouver place.

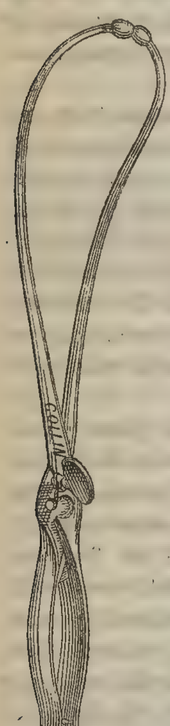
l'installation des infirmeries de gare. Les appareils Bry-Ameline n'étaient, au contraire, susceptibles d'être employés que dans les trains improvisés ; ajoutons à cela qu'ils étaient très encombrants et que le montage ne pouvait en être fait que par un personnel exercé, tous inconvénients qui se trouvent supprimés dans l'appareil Bréchot-Desprez-Ameline, dont on cherche, avec raison, à généraliser l'emploi.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Double crochet destiné à être appliqué sur le siège décomplété mode des fesses; variété SA.

Par J.-D. Tsakiris.

Dans les présentations du siège décomplété mode des fesses, on peut avoir recours au forceps (Tarnier), aux lacs ou au crochet, suivant certaines règles bien établies par M. Ollivier (1). De ces trois moyens, le forceps et les lacs se sont partagé surtout la faveur des accoucheurs; quant au crochet, malgré deux avantages incontestables : facile introduction et traction sûre, il était, le plus souvent, banni de la pratique, car très souvent, par sa grande courbure et par son extrémité, il amenait des désordres sérieux du côté du fœtus (décollement des épiphyses, blessure de l'artère



fémorale ou des organes génitaux, excoriations, etc.). De l'avis de quelques accoucheurs, pour des fœtus ayant déjà succombé, il n'y aurait pas de meilleur instrument. Mais ne pouvait-on pas éviter les inconvénients du crochet simple, en employant deux crochets, d'une courbure beaucoup moindre, recouverts de caoutchouc, et simulant, après articulation, deux index fléchis modérément, et se regardant par leur concavité? En appliquant successivement un de ces crochets (à la façon des deux branches d'un forceps) sur l'un des plis de l'aîne, et l'autre sur celui du côté opposé, on éviterait les inconvénients du crochet considéré isolément, et en tirant en même temps sur les deux plis de l'aîne, on décomposerait la force que l'on était obligé d'appliquer entière sur un pli de l'aîne, lorsqu'on se servait d'un crochet simple. En dédoublant la force, on dédoublerait et on diminuerait forcément les dangers inhérents au crochet simple. Puis, conséquence inévitable, grâce à la petite courbure des crochets, la traction, au lieu de s'exercer au-dessous de l'arcade fémorale, comme avec le crochet de Smellie (d'où souvent fracture du fémur, etc.), s'exercerait juste à son niveau, et même un peu plus haut (par conséquent, pas de blessure des organes génitaux, pas de fractures du fémur). En partant de ces principes, nous avons fait construire chez M. Collin deux crochets de 1 centimètre de diamètre environ, terminés par une olive métallique et recouverts de caoutchouc. La longueur totale de chaque crochet est de 37 centimètres. Leur longueur jusqu'à l'articulation est de 25 centimètres. L'articulation double est à pivot. Les deux crochets, articulés et placés sur un plan horizontal, présentent une courbure analogue à celle du forceps Tarnier. L'écartement minimum des deux crochets est de 8 centimètres et demi à 7 centimètres et demi, suivant l'articulation. Par un double système à pivot, chaque crochet gagne sur l'autre 1 centimètre et plus. Cet allongement à volonté nous a paru nécessaire, car le plus souvent les fesses étant inégalement engagées, un des crochets devra nécessairement s'enfoncer davantage pour atteindre le pli de l'aine le moins engagé.

Dans les expériences que nous avons faites à la Clinique sur le mannequin avec un fœtus mort, nous avons commencé par introduire le crochet gauche d'abord, puis le crochet droit, absolument comme les deux branches de forceps. Après articulation, nous avons exercé des tractions avec une certaine force, nous n'y avons constaté la moindre lésion du côté du fœtus.

La question du double crochet nous ayant paru présenter quelque intérêt, nous avons fait quelques recherches historiques, et nous n'avons pas eu de peine à trouver, dans la littérature médicale, toute une série d'instruments destinés à faciliter l'accouchement par le siège. Ces instruments inventés surtout en Allemagne sont aujourd'hui, pour de bonnes raisons, complètement tombés en désuétude. Signalons pour mémoire :

L'instrument de Steidele (1), véritable pince fessière. Leur forte courbure, avec articulation à la Levret, très dangereuse pour l'enfant, les a fait condamner.

Après Steidele, Gergens (2) fit un double crochet destiné à être appliqué obliquement. L'aplatissement de deux crochets devait faciliter leur mise en place, il nuisait, par contre, à la solidité de la prise, et n'était pas sans danger pour les parties molles de l'enfant.

Kilian (3) tenta de perfectionner les pinces de Gergens.

Ruhstat (4) transforma les crochets en véritables cuillers.

Tous ces instruments pèchent en ce point-ci : l'inamovibilité de l'articulation; nous avons déjà insisté dans la description de notre instrument sur ce point intéressant.

Iltgen (5) s'est efforcé de corriger la pince fessière dans ce sens, mais son articulation est tellement compliquée, qu'elle a réussi à faire condamner non seulement sa propre invention, mais encore le principe du double crochet lui-même.

Nous pensons que ce principe est hors de cause, c'est pourquoi nous avons, à notre tour, fait un nouvel essai que nous présentons aujourd'hui. Le dessin ci-contre fait bien voir le mécanisme si simplifié de l'articulation, sur lequel nous tenons à insister; il fait également toucher du doigt les différentes courbures s'adaptant exactement, soit au bassin, soit à l'enfant, dans les présentations du siège décomplété mode des fesses (variété SA).

(1) Ollivier. *Présentation de l'extrémité pelvienne décomplété mode des fesses. Conduite à tenir*, Th. de Paris, 1882.

(1) Steidele. *Wien*, 1774, in-8°.

(2) V. Kilian. in *Armament. Lucinæ novum*, Bonn 1856.

(3) Kilian. Loc. cit.

(4) Ruhstat. *Monatschrift f. geb.*, 1869, t. XXXIII, p. 16.

(5) Iltgen. Communication à la Société obstétricale de Berlin, 12 juillet 1870.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 11 septembre 1894. — Présidence de M. Guérin.

RAPPORT

Saturnisme. — M. A. Riche lit un rapport sur un travail de M. Foveau de Commeilles, relatif à huit cas d'intoxication saturnine provoquée par l'usage de cidre mesuré dans des vases d'étain renfermant 80 p. 100 de plomb. L'ingestion de la boisson incriminée avait eu lieu pendant plusieurs mois et le séjour du cidre dans les vases avait duré une heure ou deux au plus chaque jour. L'un des intoxiqués succomba.

Ces faits ne sont pas nouveaux, mais ils montrent que, malgré la réglementation édictée par l'autorité publique à l'instigation des conseils d'hygiène, on continue à ne pas faire usage, comme le voudrait l'article 12 de l'ordonnance du 28 février 1853, « d'étamages à l'étain fin et maintenu constamment en bon état ». Le conseil d'hygiène de la Seine a spécifié que l'étain fin était celui qui renferme au moins 995 millièmes d'étain pur, mais, en raison du prix du plomb (25 centimes le kilo, contre 1 fr. 80, prix du kilo d'étain), les industriels résistent à cette mesure, sous prétexte que les soudures deviennent alors impossibles. Cependant, le ministère de la guerre est parvenu à obtenir que les objets et ustensiles destinés, dans l'armée, à contenir des aliments solides et liquides, soient composés de 95 p. 100 d'étain contre 5 p. 100 de plomb.

Il est regrettable que l'administration civile n'ait pas adopté cette dernière formule, qui satisfait tout à la fois aux exigences de la pratique et de l'hygiène. On espère, il est vrai, arriver à trouver un alliage d'étain non plombifère; ces alliages, qui résistent assez bien aux liqueurs acidulées, sont rapidement attaqués par les eaux additionnées de 10 gr. de bicarbonate de soude par litre, même par l'eau salée, et à la longue, ils deviennent cassants à l'air. M. Riche poursuit des expériences à ce sujet, avec de l'étain durci par de petites quantités d'autres métaux.

Il importe donc d'appeler de nouveau l'attention des pouvoirs publics sur la nécessité d'exiger l'application de la réglementation qui prescrit l'usage de plomb en trop grande quantité dans les vases destinés à recevoir des liquides alimentaires.

LECTURE

Les indications de la cure chirurgicale dans la lithiase biliaire. — M. GALLIARD divise les cholélithiasiques opérables en deux catégories : celle des fébricitants et celle des apyrétiques.

Chez les fébricitants, deux cas sont à considérer :

1° Il y a tumeur avec ou sans ictère. Dans ce cas, l'intervention rapide s'impose; quelques contre-indications opératoires sont cependant à signaler, telles que la péritonite aiguë généralisée, la pyléphlébite, les déterminations multiples de la septicémie, l'endocardite, la péricardite, la bronchopneumonie, etc.

Le meilleur mode d'intervention consistera à ouvrir la vésicule et à y placer un drain. La cholécystectomie ne sera pratiquée que si l'on est assuré de la perméabilité du canal cholédoque.

2° Il y a ictère infectieux sans tumeur. Contre l'angiocholite infectieuse, la chirurgie ne peut rien; on ne serait autorisé à opérer que si l'obstruction du cholédoque était certaine.

Chez les apyrétiques, l'intervention n'est pas urgente; elle n'est indiquée que si les douleurs sont intolérables ou la cachexie menaçante. S'il n'y a pas obstruction du canal cholédoque, on pratiquera la cholécystotomie ou la cholécystectomie, suivant l'état de la vésicule. Si, au contraire, le canal cholédoque est obstrué, on s'efforcera, après incision, d'en extraire les calculs (cholédolithectomie), puis de suturer la plaie cholédocienne.

L'opération étant effectuée, il faut s'assurer sans violence de la perméabilité du canal. Supposons un rétrécissement infranchissable au-dessus duquel le cholédoque serait dilaté; on pourrait faire la cholédocoduodénostomie, mais c'est là une opération difficile. Plus aisément on s'adressera à la vésicule et on pratiquera, soit la cholécystostomie, soit la cholécystentérostomie. C'est à la première de ces opérations que M. Galliard donne la préférence, car elle permet de conserver longtemps le tube de sûreté qui livre passage aux calculs restés en arrière, ainsi qu'aux matières excrémentitielles éliminées par le foie.

Pour conjurer les effets fâcheux de la suppression du flux biliaire intra-intestinal, il conseille d'administrer aux opérés des doses suffisantes d'extrait de fiel de bœuf, sous forme de bols enrobés dans du salol.

Les contre-indications opératoires sont la grossesse, l'hypertrophie énorme du foie et de la rate, l'hypothermie qui révèle la déchéance profonde du foie et qui s'associe à l'ictère grave, la cachexie tuberculeuse, cardiaque, etc. Lorsque à la rétention biliaire s'unit l'ascite, on diagnostiquera un cancer de la tête du pancréas.

RAPPORT

Dangers de la vélocipédie. — M. HALLOPEAU lit un rapport sur le travail de M. L.-H. Petit, relatif à trois cas de mort subite en vélocipède (voyez *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 978).

Il ne nie pas que l'abus du vélocipède, surtout l'entraînement exagéré, ne puisse entraîner des dangers.

M. Petit ayant constaté trois cas de mort en bicyclette en conclut qu'elle doit être interdite aux cardiaques et aux vieillards. Ses conclusions semblent exagérées à M. Hallopeau.

Il est vraisemblable que les cas de M. Petit sont de simples coïncidences où la bicyclette a été seulement la cause occasionnelle.

La bicyclette semble être surtout dangereuse quand elle exige des efforts violents : elle n'en exige que pour les commençants, ou encore quand l'on fait l'ascension d'une côte ou une course à grande vitesse. C'est dans des circonstances semblables que les morts signalées par M. Petit se sont produites.

Quant aux troubles respiratoires, M. Hallopeau a pu constater sur lui-même qu'une course en bicyclette n'augmentait que légèrement le nombre des respirations (25 au lieu de 20); avec une marche rapide, l'augmentation a été bien plus grande (30 au lieu de 20).

M. Petit signale comme très dangereuses, au point de vue de la mort subite, les émotions morales telles que la crainte d'écraser une personne ou d'être mordu par un chien. Ces émotions sont tout à fait négligeables.

Pour ce qui est des vieillards, M. Hallopeau ne voit pas pourquoi M. Petit les englobe dans la proscription qu'il inflige aux cardiaques. De nombreux exemples prouvent qu'on peut devenir veloceman à tout âge et s'en bien trouver. M. Hallopeau propose donc à l'Académie de voter les conclusions suivantes :

1° Chez un sujet ayant l'expérience de la bicyclette, l'usage modéré de cet instrument ne trouble en aucune mesure les fonctions cardiaques; il constitue, au contraire, une utile gymnastique respiratoire ;

2° Le rôle de cet usage modéré dans la production des morts subites ne peut être que celui d'une cause occasionnelle d'importance secondaire ;

3° Les efforts liés, soit à l'apprentissage où il faut exercer et mettre en jeu des muscles qui n'interviennent que peu ou point dans la marche pédestre, soit à la course trop rapide, soit à l'ascension des côtes, doivent être seuls considérés comme dangereux ;

4° C'est surtout pour les malades atteints d'insuffisance aortique ou d'affection mitrale non compensée que l'interdiction doit être absolue ;

5° Aucune raison valable ne peut être invoquée en faveur de l'opinion qui considère comme dangereux pour les vieillards l'usage prudent du vélocipède ; cet exercice, en dehors de son grand agrément, a, au contraire, l'avantage de favoriser puissamment les fonctions de la peau et des poumons, d'exercer les muscles, d'augmenter l'appétit, de

faciliter la digestion et de stimuler la nutrition générale.

M. DAREMBERG signale les dangers de la bicyclette non seulement chez les aortiques, mais chez tous les cardiaques et surtout chez les tuberculeux. Pour ces derniers, il a constaté que l'exercice du vélocipède ramenait facilement des hémoptysies et des rechutes de tuberculoses.

M. VERNEUIL déclare que la position courbée que prennent les vélocipédistes ne peut être que très mauvaise, et il cite l'exemple d'un enfant qui, à la suite d'une pratique exagérée de la bicyclette, a été atteint d'un mal de Pott. Il s'agissait d'un enfant héréditairement tuberculeux.

M. CADET DE GASSICOURT propose qu'avant de permettre la vélocipédie aux enfants, on les soumette à un examen médical approfondi.

M. HALLOPEAU répond à M. Daremberg qu'il a observé des jeunes gens qui ont pu faire de la bicyclette avec un souffle mitral bien compensé. Toutefois, il accorde à M. Daremberg que les cardiaques feront mieux de s'abstenir. Il demeure sceptique pour les tuberculeux, et le cas cité par M. Daremberg ne lui semble pas probant.

Quant au fait de M. Verneuil, il ne voit pas que la position du bicycliste fatigue spécialement la colonne lombaire, et il croit qu'il s'agit encore en ce cas d'une coïncidence.

M. LARREY dit que la question lui semble particulièrement importante et difficile; mais nous n'avons pas ici, dit-il, la compétence voulue pour la résoudre. Il faut faire appel aux praticiens et leur demander de communiquer leurs observations.

M. DUMONTPALLIER n'a pas une grande expérience pratique de la vélocipédie, il admet avec M. Hallopeau que cet exercice, modéré, n'a pas sur le cœur les inconvénients qu'on lui reproche. Mais il ne peut accepter les mots de « descente involontaire » par lesquels il caractérise des chutes qui souvent brisent les os.

D'ailleurs, l'étude de la question est loin d'être suffisante pour permettre d'avoir une opinion. C'est ainsi que personne, jusqu'à présent, n'a étudié l'état de la respiration diaphragmatique, ce qui a bien son importance, lorsqu'il s'agit d'apprécier des modifications de la respiration en général.

Comme un vote en faveur du vélocipède serait un encouragement considérable pour ce genre de sport, M. Dumontpallier estime que l'Académie ne saurait être trop réservée dans l'adoption des conclusions du rapport.

M. GUÉRIN croit qu'il ne faut cependant pas se désintéresser absolument de la question. Il a entendu récemment une conférence sur la vélocipédie par un chirurgien, M. Lucas-Championnière, et son opinion était bien éloignée de celle qui paraît devoir être adoptée par l'Académie.

M. LE PRÉSIDENT, en présence des opinions diverses exprimées sur la vélocipédie, propose de voter successivement sur les différentes propositions de M. Hallopeau.

Après une nouvelle discussion à laquelle prennent part MM. Verneuil, Bergeron, Dumontpallier, l'Académie adopte les conclusions suivantes. (Voir au Premier-Paris.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 10 septembre 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Nogier, pour la direction du service de santé du gouvernement militaire de Lyon et du 14e corps d'armée; Morisson, pour l'hôpital militaire de Vincennes (médecin-chef); Laveran, pour la place et l'hôpital militaire de Lille (médecin-chef).

MM. les médecins principaux de deuxième classe Oberlin, pour être adjoint au directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris; Desmonceaux, pour l'École spéciale militaire de Saint-Cyr (médecin-chef); Benoît, pour l'hôpital militaire de Versailles.

MM. les médecins-majors de première classe Bros, pour la place et les prisons militaires de Lyon; Billet, pour les salles militaires de l'hospice mixte d'Angers (médecin-chef); Davignon, pour l'hôpital militaire Saint-Martin à Paris; Linon, pour l'hôpital militaire de Bourges (médecin-chef); Gross, pour l'hôpital militaire du camp de Châlons.

M. Pauzat, médecin-major de deuxième classe, pour la direction du service de santé au ministère de la Guerre.

M. Bessan, médecin aide-major de deuxième classe pour l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis.

— La première session du Congrès français de médecine interne s'ouvrira le jeudi 25 octobre, à neuf heures du matin, à la Faculté de médecine de Lyon, et siégera du 25 au 29 octobre inclus.

Le français est la seule langue du Congrès.

Le Congrès se composera de tous les médecins qui se seront fait inscrire comme membres et auront acquitté la cotisation fixée à 20 francs. Les étudiants en médecine pourront être admis comme membres associés en payant une cotisation de 10 francs.

La lecture ou l'exposé des communications ne devra pas dépasser quinze minutes, les observations présentées au cours des discussions ne devront pas dépasser dix minutes. Les membres du Congrès pourront se faire inscrire à l'avance pour prendre la parole sur les questions proposées.

Le texte des communications ou des observations présentées au cours de la discussion devra être remis aux secrétaires, à la fin de la séance.

Le titre des communications à faire devra être adressé le plus tôt possible au secrétaire général et lui parvenir au plus tard le 10 octobre. Les communications annoncées après cette date seront placées à la suite de l'ordre du jour et ne figureront pas sur les programmes imprimés.

Les communications seront inscrites dans l'ordre de leur réception; toutefois celles qui se rattachent à l'une des questions proposées par le Comité seront mises à l'ordre du jour de la séance où cette question sera discutée.

Le Comité se réserve le droit de grouper dans l'ordre du jour les autres communications, suivant la similitude de leurs objets. S'il en était besoin pour épuiser l'ordre du jour, plusieurs séances pourraient avoir lieu parallèlement dans les locaux voisins.

Le Comité d'organisation se tiendra à la disposition des membres du Congrès étrangers à la ville, pour leur obtenir à l'avance tous les renseignements qui pourront leur être utiles pour leur séjour.

Trois questions ont été mises à l'ordre du jour de cette première session : 1° étiologie et pathogénie du diabète; 2° de la valeur clinique du chimisme stomacal; 3° des aphasies.

Les adhésions au Congrès, les inscriptions de communications à faire sont reçues, dès à présent, par tous les membres du Comité. On est prié d'adresser de préférence les cotisations au trésorier et les titres des communications au secrétaire général, M. le docteur Bard, rue de la République, 30, à Lyon.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 107. — SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE SAMEDI 15 SEPTEMBRE 1894. — N° 107.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. » — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.
Prix du Numéro : **20** c. — Avec Supplément : **30** c.

REVUE GÉNÉRALE

Bactériologie clinique de la conjonctive.

Par le docteur A. CUÉNOD.

(*Travail du laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu.*)

On n'a pas oublié le rapport qu'en 1891, M. Chibret présentait au Congrès d'ophtalmologie de Paris, sur la pathogénie des affections de la conjonctive. Ce travail, très intéressant, mettait au point les données acquises alors sur la bactériologie conjonctivale et en établissait nettement l'importance.

Aujourd'hui de nouvelles recherches ont précisé nos connaissances dans ce domaine ; il nous a paru qu'une étude d'ensemble embrassant, dans les limites d'une Revue générale, les faits nouveaux, ne serait pas sans intérêt ; nous l'avons entreprise d'après les conseils et avec le concours de M. le docteur A. Terson, chef du laboratoire d'ophtalmologie de l'Hôtel-Dieu.

Si la connaissance des microbes pathogènes de la conjonctive a fait quelque progrès, celle beaucoup plus complexe du *terrain* est restée à peu près stationnaire et l'on pourrait rééditer aujourd'hui ces discussions, où la prépondérance du germe et celle du terrain furent tour à tour défendues ; aussi bien, cette question ne peut-elle être tranchée d'une manière définitive.

Il est des cas où la virulence est de telle nature (bacille de Weeks) que l'inoculation sur la conjonctive la plus saine de l'individu le plus robuste détermine presque fatalement le développement d'une conjonctivite. Il en est d'autres, et ce sont certainement les plus fréquents, où le microbe n'est capable de produire un désordre qu'à la faveur de certains points faibles locaux (stagnation des larmes, éraillure de la muqueuse, etc.) ou généraux (conjonctivites des fièvres, des scrofuleux, des rhumatisants, etc.).

Dans le même ordre d'idées, il faut noter, sans pouvoir les expliquer d'une manière satisfaisante, la gravité de certaines conjonctivites chez l'adulte (conjonctivite à gonocoques) ou l'inverse (conjonctivite diphtéritique).

Mais c'est surtout dans le domaine de la pathologie comparée de l'homme et des animaux que le rôle du terrain apparaît prédominant : ce même bacille de Weeks, mal supporté par la conjonctive humaine, déposé sur celle dn lapin, du cobaye, du chien, du singe, de la poule, ne détermine aucun trouble quelconque, pas même après éraillure préalable [Morax (1)]. Et l'on sait qu'il en est de même pour le gonocoque. Peut-être trouverait-on quelques explications dans l'étude minutieuse de la conjonctive examinée aux divers âges chez l'homme et chez les animaux [Panas (2)]. Il y aurait à faire dans ce domaine une étude qui ne manquerait pas d'intérêt, en mettant en rapport les conditions anatomo-physiologiques de la conjonctive avec les exigences biologiques de certaines bactéries. Il n'en est pas moins vrai qu'à côté des différences de terrain local qui peuvent exister et qui existent sûrement, il y a des microbes, tels que celui de la diphtérie, qui ont une action pathogène sensiblement la même chez l'homme et chez l'animal, dans certaines conditions d'âge.

D'une façon générale, rappelons seulement ici que la muqueuse conjonctivale, par ses conditions de température, d'humidité, d'alcalinité légère, paraît éminemment favorable au développement des micro-organismes ; on s'est même demandé pourquoi l'infection n'est pas plus fréquente. La réponse à cette question se trouve dans les processus variés qui réalisent ce qu'on pourrait appeler l'*antisepsie physiologique de la conjonctive* (A. Terson).

A côté de leur rôle de lubréfaction des surfaces, les larmes ont un rôle de nettoiement très évident ; il n'est pas nécessaire d'invoquer, pour cela, une valeur bactéricide [Bernheim (3), Marthen (4)] du liquide lacrymal, valeur d'ailleurs douteuse (Chibret, Morax la nient) ; il suffit de constater à l'état normal l'écoulement régulier et continu du liquide qui, partant du cul-de-sac supérieur dans toute son étendue [glande lacrymale orbitaire, palpébrale et glandes du cul-de-sac supérieur (5)], va baigner la conjonctive et entraîne constamment les détritus vers la caroncule et les points lacrymaux. On sait, en outre, qu'à la moindre excitation, au moindre attouchement, le flux lacrymal se renforce et, ne trouvant plus d'issue suffisante, coule tout simplement par-dessus le rebord palpébral. Ces faits sont

(1) MORAX. *Recherches bactériologiques sur l'étiologie des conjonctivites aiguës*, Th. de Paris, 1894.
(2) PANAS. *Bull. et Mém. de la Soc. d'opht.*, 1891, p. 266.
(3) BERNHEIM. *Beitr. z. Aug.*, janv. 1893.
(4) MARTHEN. *Beitr. z. Aug.*, XII.
(5) A. TERSON. *Les glandes lacrymales conjonctivales*, Th. de Paris, 1892.

d'observation banale, mais il en est dont le mécanisme est plus intime. Signalons d'abord l'enrobement habituel des poussières, microbes, etc., dans une sorte de produit gélatineux (cellules desquamées) empêchant, dans une large mesure, les érosions épithéliales. Insistons enfin sur la présence dans la muqueuse d'une véritable infiltration lymphatique. On pourrait donner à cet ensemble presque folliculaire le terme physiologique d'*amygdale conjonctivale* (A. Terson). Si les amygdales pharyngées peuvent devenir dangereuses par l'abondance des micro-organismes qu'elles recèlent dans leurs cryptes, elles n'en jouent pas moins, à l'entrée des voies aériennes et digestives, un rôle désinfecteur de premier ordre ; l'amygdale conjonctivale remplit certainement dans la conjonctive un rôle fort analogue et Widmark (1) avait déjà pensé qu'il y avait un rapport entre la gravité de certaines conjonctivites et le développement de cette infiltration lymphatique. C'est à coup sûr là que la phagocytose s'exerce, et quant à savoir pourquoi chez l'adulte, où l'infiltration est pourtant plus développée que chez l'enfant, la conjonctivite blennorragique est plus grave, il faut se borner aux suppositions ; c'est peut-être que, le champ de bataille étant plus vaste, l'ensemble des résultats et des symptômes est plus considérable.

Si, après avoir effleuré cette question du terrain et signalé les principaux points dont l'étude serait utile, nous passons maintenant aux microbes eux-mêmes : une première question se pose, celle de leur origine et de l'*apport microbien*. Pour les microbes normaux de la conjonctive, l'origine aérienne immédiate ou par l'intermédiaire du bord ciliaire est indiscutable. Fick (2) avait déjà démontré que le petit bacille du xérosis et de la conjonctive normale n'était que le « luftstäbschen » bien connu dans son laboratoire. Gombert (3) insiste sur le fait que les individus qui vivent dans les mêmes lieux (hôpitaux, laboratoires) présentent aux mêmes époques les mêmes bactéries dans leurs culs-de-sac conjonctivaux. Pour les microbes pathogènes, la question d'origine présente un vif intérêt, elle est à peu près résolue pour le gonocoque dont l'origine génitale est incontestée. A côté de l'origine génitale, signalons l'origine lacrymale pour le streptocoque (Widmark, Morax), l'origine nasale pour le microbe des ozéneux [A. Terson et Gabrielidès (4)], l'origine palpébrale pour le staphylocoque virulent [Cuénod (5)], l'origine pharyngienne pour certains cas de diphtérie, l'origine faciale en général (éruptions de la face, lupus, etc.). Le praticien devra songer à toutes ces origines et s'il fait l'examen microbien de la conjonctive, le compléter par celui des régions voisines ; il recueillera ainsi pour le traitement les indications les plus précieuses.

Cet examen bactériologique clinique des culs-de-sac trouvera son *indication* dans certaines circonstances spéciales. Chez les lacrymaux, notamment, il y aura intérêt à le pratiquer avant une opération grave (recherche du streptocoque virulent, du microbe de l'ozène, etc.). Au début de certaines conjonctivites, la découverte du gonocoque est une révélation ; celle du bacille de Lœffler vrai influera sur le traitement, celle du bacille de Weeks rassurera d'emblée, etc.

(1) WIDMARK. *Beitr. z. Opht.*, Leipsick 1891.

(2) FICK. *Uber Microorganismen in Conjunctivalsack*, Wiesbaden 1887.

(3) GOMBERT. *Recherches expérimentales sur les microbes des conjonctives à l'état normal*, Th. de Montpellier, 1889.

(4) A. TERSON et GABRIELIDÈS. *Arch. d'opht.*, août 1894.

(5) A. CUÉNOD. *Bactériologie clinique des paupières*, Th. de Paris, 1894.

Enfin, dans certaines affections du segment antérieur, sur l'origine desquelles on est mal renseigné, il y aura un intérêt scientifique très grand à s'enquérir de la teneur microbienne des culs-de-sac. Il est possible que, dans certains cas d'iritis inexpliquée, la diffusion à travers les épithéliums, même normaux, de certaines toxines sécrétées par les microbes conjonctivaux devenus virulents sans beaucoup de réaction conjonctivale apparente, provoque ces iritis (A. Terson) ; tout comme l'atropine et les alcaloïdes transsudent jusqu'à l'iris.

Ce mécanisme, en tout cas, est indéniable dans les complications iriennes de beaucoup de conjonctivites avec érosion cornéenne.

Disons maintenant quelques mots du *mode pratique d'examen* ; nous supposons, bien entendu, les méthodes générales connues et nous renvoyons pour elles aux excellentes publications pratiques de Wurtz (1), de Nicolle et Morax (2) ; indiquons seulement ici rapidement comment on s'y prend pour faire un examen bactériologique au niveau de la conjonctive et quels sont les réactifs et les milieux de culture indispensables ?

Lorsqu'il s'agit d'une conjonctivite intense, on a déjà souvent des renseignements très précis par la simple inspection des lamelles. Les lamelles sont recouvertes d'une très légère couche de sécrétion conjonctivale recueillie au moyen du fil de platine stérilisé, plongé dans le cul-de-sac inférieur, tandis que la paupière correspondante est légèrement éversée. Après avoir passé la lamelle à la flamme pour fixer le dépôt, on la colore ; voici le procédé général que nous employons de préférence : coloration préalable au Gram, laquelle doit être pratiquée suivant des règles très précises ; violet d'Ehrlich versé directement sur la lamelle : une minute ; solution iodée de Lugol versée directement sur lamelle sans lavage préalable : quelques secondes ; lavez à l'eau distillée ; enfin, décoloration à l'alcool absolu : trente secondes. La lamelle ainsi traitée est dite passée au Gram, nous la recolorons immédiatement en déposant 1 goutte de solution *faible* hydro-alcoolique de fuchsine et en lavant à l'eau.

Les microbes qui prennent le Gram sont colorés en violet foncé, les leucocytes et les microbes qui ne le prennent pas sont colorés en rose. Dans les conjonctivites intenses, on ne trouvera généralement qu'une seule espèce de bactérie, ce qui est en faveur de la spécificité de l'affection, mais il arrive souvent qu'au milieu des leucocytes abondants on ne décèle aucune bactérie quelconque.

En même temps que l'on a déposé de la sécrétion conjonctivale sur lamelles, on a ensemencé un ou plusieurs *tubes de culture* ; la prise se fait simplement avec l'anse du fil de platine ; on s'est servi de petits tampons d'ouate, mais ce procédé n'est sûr qu'entre des mains très exercées, l'on s'expose facilement à la contamination par le bord ciliaire. Pour la bactériologie conjonctivale, des tubes de gélose suffisent dans la majorité des cas, il faut toutefois avoir des tubes de bouillon à sa disposition (streptocoque) et des tubes de sérum pour toutes les conjonctivites à fausses membranes.

Pour la *recherche de la virulence* des microbes pyogènes,

(1) WURTZ. *Technique bactériologique*, Manuel de la collection Léauté, Paris 1893.

(2) NICOLLE et MORAX. « Supplément pour 1893 » du *Guide pratique des sciences médicales*, 1894.

l'animal indispensable est le lapin, les inoculations avec les cultures pures et récentes se font de préférence entre les lames de la cornée, on obtient un abcès dont l'intensité correspond à la virulence du microbe inoculé. Ce mode d'examen de la virulence des microbes pyogènes a été critiqué. Widmark (1) avait déjà remarqué la susceptibilité individuelle variable des lapins et le fait que, tandis que l'inoculation expérimentale n'est, en général, pratiquée qu'une seule fois pour toutes, l'inoculation clinique, elle, se reproduit en quelque sorte d'une façon permanente.

D'autres auteurs ont, au contraire, insisté sur la brutalité d'une inoculation en masse d'une culture entre les lames de la cornée ; il est certain que ce procédé exagère ce qui se produit dans l'infection opératoire ; mais l'une des critiques nous paraît atténuer l'autre. Aussi malgré tout, et étant donné les degrés si cliniques et si palpables (taie, abcès à hypopion, panophtalmie) de l'inoculation cornéenne, nous pensons qu'elle reste toujours le procédé le plus pratique. Il va sans dire que, dans certains cas (diphtérie, pneumocoque, tuberculose, etc.), on devra avoir recours à d'autres moyens ; nous y reviendrons plus loin.

I

BACTÉRIOLOGIE NORMALE

Avant d'examiner quels sont les microbes autochtones de la conjonctive, jetons un rapide coup d'œil sur les travaux qu'ils ont provoqués.

Tout au début de l'antisepsie (1881), les auteurs (Horner, Pagenstecher) supposent la présence des micro-organismes plus qu'ils ne les connaissent. A cette *première période*, appartiennent encore les recherches de Gifford (1886), de Gallenga (1886) et de Gayet (1887).

Puis viennent les études de Weeks (1887), de Leber, de Sattler et surtout les travaux importants de Fick (2) et de M. Gombert (3) qui constituent une *seconde période* essentiellement descriptive, où l'on s'occupe de déterminer les caractères spéciaux de chacun des micro-organismes rencontrés, où chaque auteur dresse son catalogue provisoire, se bornant à désigner bacilles et cocci par des numéros d'ordre. A côté de ces travaux, mentionnons ceux de Hildebrandt, de Bernheim, de Marthen (4), ayant surtout trait à la valeur bactéricide des larmes et s'occupant forcément des microbes soumis à leur action ; enfin la thèse remarquable de Morax (5), le travail le plus récent et le plus intéressant à cause du point de vue auquel il se place : fournir des documents précis et pratiques à la clinique et à la chirurgie oculaire.

En clinique, la connaissance des microbes normaux des culs-de-sac est appelée à rendre des services dans les deux circonstances précises sur lesquelles nous allons insister.

Premièrement, *dans les conjonctivites* de toute nature, elle doit permettre un diagnostic différentiel précis entre les microbes qui jouent un rôle actif, spécifique même, et ceux qui, pratiquement et expérimentalement, se sont toujours montrés inoffensifs (point de départ des recherches de Gifford, de Gallenga, de Weeks, de Fick, etc.).

En second lieu, *dans les opérations*, elle tend à résoudre, une fois pour toutes, la question de savoir dans quelle mesure on doit redouter une infection venant des culs-de-sac (point de départ des recherches de Gayet, de Franke, de Marthen, de Morax).

Du même coup, cette connaissance éclairera la pathogénie des *ulcères cornéens*, point fort intéressant et se rattachant aux deux précédents, mais que nous n'aborderons ici qu'en passant.

D'une façon générale, il résulte des diverses recherches entreprises : 1° que dans un cul-de-sac tout à fait normal, le nombre absolu des microbes, en tant qu'*individus*, existant à un moment donné, est relativement restreint ; 2° que le nombre des diverses *espèces* ou variétés, que l'on peut rencontrer dans le même cul-de-sac à diverses époques, est assez élevé (Gombert, Morax).

En somme, il s'agit d'une flore assez riche pour un chercheur persévérant, assez pauvre, au contraire, pour qui se borne à des explorations non répétées.

Rapport des microbes normaux des culs-de-sac avec les conjonctivites. — La conjonctive palpébrale présentant, avec la plus extrême facilité, un certain degré d'hyperhémie (certaines constitutions, vieillards), il est difficile de prononcer où commencent les cas pathologiques. Aussi quelques auteurs (Fick entre autres) ont-ils englobé non sans raison, dans leur étude des culs-de-sac normaux, celle des culs-de-sac chroniquement hyperhémiés. Nous les suivrons partiellement dans cette voie. Ceci dit, posons nettement la question soulevée tout à l'heure. Est-il possible de donner une liste avec caractères différentiels précis de tous les microbes que les cultures ou un premier examen révèlent dans les culs-de-sac ? Est-il possible de dresser cette liste de telle sorte que, étant donné un microbe suspect, on puisse d'emblée le classer parmi les espèces dont la présence indiffère ou parmi celles à redouter ? Il faudrait être bien novice en bactériologie pour oser répondre par l'affirmative à la question ainsi posée. D'une part, en effet, en dépit de recherches nombreuses et consciencieuses, les connaissances, en fait de bactériologie normale, sont encore incomplètes. D'autre part, le facteur de la variabilité des virulences intervient et se combine avec celui de la susceptibilité plus ou moins grande du terrain. Notions mal déterminées jusqu'ici, comme nous l'avons vu, et qui, longtemps encore, obligeront à une prudente réserve dans les classifications de cette nature.

Mais si l'on ne peut dresser de liste utile à l'heure actuelle, on peut tout au moins tenter des rapprochements et préciser des différences.

Nous plaçant toujours au point de vue clinique, disons tout d'abord que les trois bactéries qui commencent à être bien connues aujourd'hui et qui déterminent les conjonctivites les plus nettement caractérisées, le *gonocoque*, le *bacille de Klebs* et *celui de Weeks*, n'ont jamais été rencontrées, *avec tous leurs caractères*, sur des conjonctives saines. Voyons toutefois rapidement si certaines espèces voisines pourraient donner le change à l'examinateur.

Un des caractères importants du *gonocoque* est, comme l'on sait, de se décolorer au Gram. Marthen paraît avoir rencontré sur les conjonctives diverses variétés de cocci décolorables, mais des doutes ont été élevés sur sa technique ; en outre, il s'agit de microbes en cultures abondantes sur les milieux ordinaires, ce qui suffit, à l'heure actuelle, à écarter toute idée de gonocoque.

(1) Widmark. Loc. cit.
(2) Fick. Loc. cit.
(3) Gombert. Loc. cit.
(4) Marthen. Loc. cit.
(5) Morax. Loc. cit.

Pour le *bacille diphtéritique*, la question est moins simple, on sait le polymorphisme de ce microbe ; dans les cultures, ses bâtonnets ont une tendance marquée à se renfler à ses extrémités (massue, point d'exclamation). Or il existe d'une façon à peu près constante, comme nous avons pu nous en rendre compte nous-même, à la surface de la conjonctive normale, un bâtonnet de dimensions analogues présentant, sur gélose, ces mêmes renflements (forme d'involution d'un certain nombre de bacilles). Ce bacille qui existe non seulement sur les conjonctives saines (Morax), mais qui se retrouve dans la plupart des affections conjonctivales : xérosis (Fick, Cirincione), conjonctivite catarrhale aiguë contagieuse (Weeks, Morax) et même coexiste à côté du bacille diphtéritique vrai dans les conjonctivites pseudo-membraneuses [Moritz (1), A. Terson (2)], a donné lieu, en Italie et en Allemagne, notamment à un grand nombre de travaux, sur lesquels nous aurons à revenir plus loin, à propos du xérosis.

C'est un véritable autochtone des culs-de-sac. Il doit être identifié, selon toute probabilité, au *bacille pseudo-diphtéritique*. Il prend le Gram, croît sur gélose en formant de petites colonies rappelant celles du streptocoque. Sur sérum, il prolifère abondamment et rapidement comme le diphtéritique vrai. On voit donc combien il faudra être réservé avant d'affirmer, sur la conjonctive, la présence de son homonyme virulent. D'après nos recherches, nous l'avons trouvé 9 fois sur 10, sur la conjonctive normale, au premier examen, notamment d'une façon constante dans nos propres culs-de-sac.

Quant au petit *bacille de Weeks*, spécifique de la conjonctivite catarrhale aiguë contagieuse, bien qu'il ne soit connu que depuis peu, il paraît néanmoins posséder des caractères morphologiques, que nous étudierons plus loin, le distinguant nettement de tous les microbes rencontrés jusqu'ici dans les culs-de-sac normaux.

A côté du gonocoque, du bacille de Lœffler et du bacille de Weeks, les trois bactéries par excellence des conjonctivites aiguës, on commence à savoir aujourd'hui que le *staphylocoque*, le *streptocoque* et le *pneumocoque* ne sont pas innocents de certaines conjonctivites. Des formes atténuées ou voisines de ces trois microbes se rencontrent dans les culs-de-sac, d'une façon constante pour le staphylocoque et dans des circonstances bien déterminées pour le streptocoque et peut-être aussi pour le pneumocoque.

On ne sait pas encore exactement aujourd'hui quels sont les rapports de parenté entre le *staphylocoque doré* pyogène type et les innombrables variétés de microcoques très généralement inoffensifs, signalées par les auteurs, et dont, au niveau de la conjonctive, Marthen ne décrit pas moins de douze espèces (Gombert en avait décrit six). Cette multiplication excessive des espèces, ne différant les unes des autres que par des caractères accessoires, est inutile dans la pratique. Ce sont les données primitives de Fick qui paraissent encore aujourd'hui les plus utilisables. Outre le staphylocoque pyogène (cocci petits, 0,5 μ, cultures flavescentes et liquéfiant la gélatine), ne se rencontrant qu'accidentellement sur la conjonctive saine, toutes les variétés signalées peuvent se grouper soit autour du type *sarcine* (cocci généralement volumineux, 1 μ à 1,5 μ, tendance à formation de tétrade, apyogènes), soit autour du type *candicans* (cocci moyens, 0,8 à 1 μ, groupement irrégulier, culture blanche très exceptionnellement pyogène). C'est dans ce dernier groupe que doit rentrer le *staphylococcus epidermitis* de Welsch, Tavel et autres auteurs, qui se rencontre à peu près sans exception dans les culs-de-sac normaux, que nous avons retrouvé nous-même en abondance sur tous les bords ciliaires sains et que Morax considère comme une variété de staphylocoque passée à l'état saprophytique ; c'est le microbe banal par excellence, croissant sur tous les milieux de culture.

(1) Moritz. *Beitr. z. Aug.*, t. IX, 1893.
(2) A. Terson. *Bull. de la Soc. méd. de Toulouse*, 1894.

Le *streptocoque* n'a jamais été rencontré sur les conjonctives à l'état normal, c'est-à-dire sur les conjonctives saines d'individus sains. Ni Gombert, ni Marthen, ni Morax, qui l'ont recherché soigneusement, n'ont pu le déceler. En revanche, il a été rencontré et nous l'avons rencontré nous-même, sur des conjonctives encore saines d'aspect ou faiblement hyperhémiées, alors qu'il existait une affection du voisinage (sac, voies lacrymales). C'est ce qui explique les données contradictoires des auteurs [Weeks, Fick et, récemment, MM. Trousseau et Dubief (1)] comptant le streptocoque au nombre des hôtes normaux des culs-de-sac.

Le *pneumocoque* tend, depuis les recherches de Morelli (2), de Gasparini (3), de Basso (4) et la thèse de Morax à prendre une certaine place dans l'étiologie des affections oculaires ; il aurait été noté par Basso dans les culs-de-sac normaux ; dès 1885 Sattler (5) le signalait dans les affections du sac. La recherche de ce microbe étant un peu délicate, il n'est pas impossible qu'il ait passé inaperçu et que, de même que le streptocoque, il ne se rencontre dans les culs-de-sac normaux d'aspect dans des conditions bien déterminées. Nos propres recherches ne nous ont pas donné jusqu'ici, à cet égard, des données satisfaisantes.

Si nous résumons ce que nous venons de voir jusqu'à présent, à propos des rapports entre les conjonctivites et la bactériologie normale des culs-de-sac, nous arrivons aux résultats suivants :

1° *Les microbes caractéristiques des trois principales conjonctivites aiguës (blennorragique, diphtéritique, catarrhale contagieuse) n'ont pas été rencontrés* AVEC TOUS LEURS CARACTÈRES *dans les culs-de-sac normaux* ;

2° *Les microbes qui se rencontrent dans certains états catarrhaux de la conjonctive (staphylocoque, streptocoque, pneumocoque) existent à titre exceptionnel sur des conjonctives saines. On aura d'autant plus de chance de les trouver que les régions voisines, nez, sac lacrymal et paupières présenteront des lésions inflammatoires* ;

3° *Les deux microbes les plus constants des culs-de-sac normaux présentent : l'un, le bacille* PSEUDO-DIPHTÉRITIQUE, *de grandes analogies avec le bacille de Klebs-Loeffler ; l'autre, le* MICROCOCCUS EPIDERMITIS ALBUS, *des rapports morphologiques non moins grands avec les staphylocoques pyogènes. Dans les deux cas, l'inoculation permet seule la différenciation.*

Rapports des microbes normaux des culs-de-sac avec l'infection opératoire. — L'étude que nous venons de faire des rapports de la bactériologie normale avec la bactériologie pathologique des culs-de-sac nous permettra d'abréger ce

(1) Trousseau. *Presse médicale*, mai 1894.
(2) Morelli. *Ann. d'ocul.*, mai 1894.
(3) Gasparini. *Annali di Ott.*, 1894, et *Arch. d'opht.*, 1894.
(4) Basso. *Arch. d'opht.*, juin 1894.
(5) Sattler. Congr. de Heidelberg, 1885.

qu'il nous reste à dire des risques de l'infection venant des culs-de-sac proprement dits.

Quelque grand que soit en chirurgie oculaire le rôle du terrain, l'importance de certains micro-organismes dans l'infection opératoire reste hors de toute contestation.

Dès le début de l'antisepsie oculaire, on a pensé avec justesse que les bactéries infectantes devaient avoir une double source, qu'elles devaient : ou bien être apportées par l'opérateur et ses instruments, ou bien préexister dans le champ opératoire, dans les culs-de-sac en particulier.

Arrêtons-nous à cette dernière vue et examinons quelle en est l'importance. Prépondérante au début, elle est battue en brèche par les derniers travaux qui ont mis en relief les deux faits suivants : 1° absence *habituelle* de germes pyogènes proprement dits à la surface de la conjonctive saine (Gombert, Morax); 2° multiplication excessive des micro-organismes sous le pansement, en dépit des plus consciencieux lavages antiseptiques préalables (Marthen, Morax).

Voyons jusqu'à quel point chacune de ces deux constatations autorise à n'accorder plus qu'une attention secondaire à la désinfection conjonctivale.

L'*absence habituelle de bactéries pathogènes*, sur laquelle nous avons déjà insisté précédemment, est certes un gros souci de moins pour l'opérateur; il sait désormais que, sur des conjonctives saines, il n'existe guère qu'une espèce bacillaire inoffensive (bacille pseudo-diphtéritique) et des cocci avec lesquels il n'a pas à compter, mais il s'agit de faits habituels et malheureusement non absolument constants; des observateurs dignes de foi (Gifford, Weeks, Fick) ont rencontré çà et là sur des conjonctives saines, outre le staphylocoque doré et virulent, diverses bactéries encore insuffisamment décrites pour permettre leur classification, mais dont les cultures inoculées expérimentalement dans la cornée du lapin ont, comme celle du staphylocoque, provoqué un abcès cornéen plus ou moins grave. Sur des conjonctives saines, il est bien entendu que ces rencontres sont exceptionnelles, mais il faut savoir qu'elles peuvent survenir, et continuer à prendre plutôt trop de précautions que pas assez.

Cette réserve nous ramène tout naturellement à ces états conjonctivaux, souvent très peu accentués et insidieux, qui accompagnent les *affections lacrymales et blépharitiques*. Personne ne méconnaît leur importance dans le pronostic opératoire. Elle est due surtout à la présence du streptocoque pyogène venant du sac enflammé (Widmark, Sattler, Morax), mais aussi pensons-nous au staphylocoque virulent existant également dans les affections du sac et surtout sur les bords ciliaires normaux et enflammés (Widmark, Panas, Terson et nous-même).

Morax insiste sur le rôle du premier de ces deux microbes; il montre le *streptocoque*, hôte habituel des complications opératoires et redoutable surtout par la rapidité de son action pathogène. Il pense que c'est probablement le seul microbe à incriminer et, de fait, c'est à peu près le seul qui ait été signalé dans les rares cas où l'on ait fait la bactérioscopie des complications opératoires.

En présence cependant des faits rapportés par Hildebrandt (1), qui a retrouvé le staphylocoque pyogène, et de nos propres recherches sur les microbes du bord ciliaire (2), nous pensons qu'il convient de suspecter fortement le staphylocoque doré pyogène de jouer aussi son rôle et peut-être conviendrait-il de lui adjoindre encore d'autres microbes, notamment celui de l'*ozène*, étudié récemment par Lœwenberg (1) et M. Abel (2). Ce microbe a été l'objet dans le laboratoire de M. Panas d'une étude commune de MM. A. Terson et Gabrielidès (3), nous-même l'avons retrouvé dans deux cas de dacryocystite aiguë où il paraissait jouer le rôle que le streptocoque remplit d'habitude. A côté de ce microbe, fort à redouter chez les ozéneux, il convient de rappeler encore ici la présence possible du *pneumocoque de Frænkel*, que Gasparini et Basso (4) ont retrouvé dans les dacryorrhées, dans les culs-de-sac conjonctivaux d'apparence normale et dans les ulcères de la cornée.

Nous voyons donc, en résumé, que si les culs-de-sac, d'une manière générale, sont aseptiques par eux-mêmes, en ce sens qu'ils ne contiennent pas habituellement des germes pyogènes, ils peuvent, même sans présenter les moindres signes d'une réaction pathologique, renfermer des bactéries venant du voisinage et contre lesquelles on ne saurait trop se mettre en garde.

Quelle est maintenant l'*efficacité des moyens mis en usage?* Rappelons les soins que réclament les voies lacrymales, et disons qu'on peut être amené à fermer, temporairement au moins, les points lacrymaux (Everbusch, Deutschmann, Haab, etc.) pour isoler la conjonctive de toute communication microbienne lacrymo-nasale. Rappelons également l'attention qu'il convient de porter aux bords ciliaires même normaux qui peuvent contaminer les culs-de-sac; leur antisepsie doit être l'objet de soins entrepris la veille de l'opération [Panas et Terson (5), Cuénod (6)].

Les données divergent un peu sur l'antisepsie des culs-de-sac proprement dits. Les derniers travaux, comme nous l'avons vu, concluent à la multiplication excessive des germes sous le pansement occlusif, malgré les précautions antiseptiques préalables. Mais il convient de bien noter que les germes qui pullulent ainsi appartiennent tous ou presque tous à la même espèce microbienne qui n'est autre que le banal staphylocoque de l'épiderme (Morax). Ce micrococque végétant dans les couches superficielles de l'épithélium, il n'est pas étonnant que des lavages, même antiseptiques, aient moins de prise sur lui que sur tout autre déposé accidentellement à la surface de la conjonctive et dont la vitalité est moins grande.

Nous pensons donc que des lavages soigneux des culs-de-sac continuent à être formellement indiqués; sans user de solutions fortes et irritantes, on continuera l'emploi de liquides franchement antiseptiques, parce que, dans la pratique, c'est encore le moyen le plus sûr de faire de l'asepsie.

II

BACTÉRIOLOGIE PATHOLOGIQUE

Dans le précédent chapitre, nous avons fatalement empiété sur ce que nous avons à dire de la bactériologie des affections conjonctivales. Il le fallait, d'abord pour

(1) Hildebrandt. *Antisepsis bei der Staroperation*, Hambourg 1893.
(2) Cuénod. Loc. cit.

(1) Lœwenberg. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, mai 1894.
(2) Abel. *Centralbl. f. Bakteriol.*, t. XIII, p. 131.
(3) Terson et Gabrielidès. Loc. cit.
(4) Basso. Loc. cit.
(5) Panas. *Bull. de l'Acad. de méd.*, sept. 1893.
(6) Cuénod. Loc. cit.

rendre notre étude plus directement pratique, ensuite parce qu'il est très difficile, dans beaucoup de cas, comme nous l'avons vu, de dire où commencent réellement les états pathologiques (état microbien consécutif aux affections de voisinage : dacryocystite, blépharites).

Mais les incursions que nous avons faites en dehors de l'état normal strict auront cet avantage d'avoir à la fois préparé et déblayé le sujet que nous allons aborder.

La bactériologie des conjonctivites est en pleine évolution et beaucoup de points restent encore à établir; il reste notamment à résoudre cette inconnue d'une importance capitale : le rapport entre l'organisme du malade et l'agent pathogène. L'intervention de ce dernier est-elle toujours nécessaire ou, au contraire, ce qui paraît plus probable, doit-on conserver dans les cadres les anciennes conjonctivites diathésiques, rhumatismales, pseudo-blennorragiques, etc., à titre d'infection endogène? Quelle est, à cet égard, la place que doivent tenir les conjonctivites granuleuses, phlycténulaires, etc.? Telles sont les questions qu'un avenir rapproché résoudra sans nul doute.

Une difficulté particulière à cette étude vient du fait que la conjonctive qui, chez l'homme et l'enfant surtout, paraît un excellent terrain pour l'évolution des germes pathogènes et la production de leurs manifestations pathologiques, se trouve être, chez les animaux d'expérience, particulièrement réfractaire.

Si, chez le jeune lapin, elle offre un réactif précieux pour la virulence du bacille de Lœffler [Babès (1) Sourdille (2)], en revanche elle est muette pour le gonocoque (expériences répétées des auteurs) et pour les conjonctivites catarrhales (Weeks, Morax).

Cette difficulté n'a pas arrêté les chercheurs, si l'on ne peut que blâmer fortement des tentatives comme celle de ceux qui, autrefois, inoculèrent des yeux d'individus sains, on peut accepter dans de certaines circonstances l'inoculation sur des moignons d'yeux perdus (Piringer, Weeks, etc.), l'on doit, en tout cas, admirer, sans les recommander toutefois, des expériences telles que celle de Weeks, qui s'est inoculé avec succès sur lui-même, de la sécrétion d'une conjonctivite catarrhale aiguë, et celle de Morax qui, après avoir obtenu des cultures de bacilles, s'en est fait déposer une parcelle sur sa propre conjonctive, provoquant expérimentalement chez lui une conjonctivite catarrhale type et résolvant ainsi une question controversée.

Ceci dit, nous allons maintenant passer en revue les principales inflammations de la conjonctive et voir, en insistant sur le diagnostic bactériologique, quels sont les points qui paraissent définitivement acquis et quels sont ceux sur lesquels de nouvelles études sont nécessaires.

Nous examinerons successivement :

1° Les conjonctivites catarrhales;
2° Les conjonctivites purulentes d'origine génitale;
3° Les conjonctivites à fausses membranes.

Enfin, vu le peu d'espace, nous dirons un simple mot des infections chroniques (trachome, xérosis, lupus, lèpre, etc.).

Conjonctivites catarrhales. — Les recherches de Weeks, en Amérique, et de Morax, en France, précédées de celles de Koch et de Kartulis, en Égypte, ont nettement établi que la forme contagieuse bien connue et sévissant surtout dans les écoles, de la conjonctivite catarrhale aiguë, est due à la présence dans les culs-de-sac conjonctivaux, d'un *petit bacille* sur l'origine duquel on n'a, du reste, encore aucune donnée quelconque.

Grâce au mémoire très bien fait de Weeks (1) et aux importantes recherches complémentaires de M. Morax (2), voici ce que l'on sait aujourd'hui sur ce nouveau microbe. C'est un bacille très fin, rappelant celui de la septicémie des souris, mais encore plus délié, immobile, ne prenant pas le Gram et se rencontrant dans la sécrétion catarrhale en abondance variable, suivant l'intensité de l'affection (Morax). Les cultures sont difficiles à obtenir, on ne les réussit bien que sur de l'agar presque liquide (à 5 p. 100), elles sont peu vivaces et presque toujours mélangées à celles d'un bacille plus gros (clubbed bacillus), qui doit être, d'après nos recherches, assimilé au bacille pseudo-diphtéritique de la conjonctive normale.

Les inoculations les plus variées chez les animaux sont restées constamment sans résultat. Déposé sur la conjonctive humaine, il détermine une conjonctivite aiguë type (Morax).

Les *symptômes cliniques* de cette conjonctivite : épidémicité, aspect rosé de l'œil (pink eye des Anglais), concrétions jaunâtres à l'angle interne, absence de chémosis, photophobie peu accentuée, suffisent dans une certaine mesure au diagnostic; mais, dit M. Morax, « pour être assuré d'une manière indiscutable de la nature de l'affection, il est nécessaire, surtout chez l'adulte, de recourir à l'examen microscopique de la sécrétion conjonctivale, après cet examen il ne restera plus aucun doute... La recherche peut être utile, surtout pour établir le pronostic de certaines conjonctivites qui paraissent graves et qui, cependant, se terminent rapidement par la guérison ». En outre, l'affection étant très contagieuse, la mise en évidence du bacille chez un écolier, par exemple, sera suffisante pour prononcer son exclusion momentanée des salles d'école.

Cette recherche se fait immédiatement sur lamelles, suivant les procédés ordinaires déjà vus et si faciles à répéter. Après le Gram et la recoloration par la fuchsine, les bacilles spécifiques, s'ils existent, sont colorés en rose pâle, les noyaux des globules blancs en rose foncé et les pseudo-diphtéritiques, s'il y en a, en violet noir. Les fins petits bâtonnets roses, lorsqu'on s'est assuré qu'ils ne prennent pas le Gram, seront avec avantage colorés avec une solution plus concentrée. Au début de l'affection, ils sont souvent difficiles à déceler, ce n'est qu'en parcourant avec soin la préparation, qu'on en découvre quelques-uns çà et là, libres ou renfermés dans les globules blancs. Vers le quatrième jour, ils deviennent très nombreux et d'autant plus que l'affection est plus intense, le protoplasma de certaines cellules peut en être bourré; hors des cellules, ils se reconnaîtront facilement à leur aspect de petits fils coupés, très fins, parfois ajoutés bout à bout, de façon à former une chainette de deux ou trois articles.

Les cultures difficiles à obtenir n'ajoutent rien au diagnostic.

Telles qu'elles sont, les connaissances acquises au sujet du microbe en question sont suffisantes pour les besoins de la pratique.

(1) Babès. *Wirchow's Archiv*, 1891.
(2) Sourdille. *Gaz. des hôpit.*, 21 avril 1894, et *Arch. d'opht.*, 1894.

(1) Weeks. *The Pathogenic Microbe of Acute catarrhal conjunctivitis* (24 p.), New-York 1887, et *The Med. Rec.*, 21 mai 1887.
(2) Morax. Loc. cit.

Nous-même, dans 3 cas sur 4, ayant les allures de la conjonctivite de Weeks, avons pu retrouver le bacille en question, une fois en grande abondance (cinquième jour), les deux autres fois (dixième et quinzième jour) en très faible quantité, deux ou trois seulement par lamelle.

M. A. Terson a vu également le bacille de Weeks pur dans un cas de double conjonctivite catarrhale, chez un campagnard où aucune cause de contagion ne put être trouvée (légère érosion cornéenne et double iritis séreuse très violente).

A côté de la conjonctivite aiguë à bacille de Weeks, dont la nature contagieuse ne saurait plus faire l'ombre d'un doute, reste toute une série de conjonctivites catarrhales sur la bactériologie desquelles on est loin d'être fixé.

M. Morax a cependant isolé deux formes qui reconnaissent pour cause, l'une le pneumocoque de Frænkel, et l'autre le streptocoque pyogène.

Nous avons vu que le *pneumocoque de Frænkel* se rencontre accidentellement sur la conjonctive normale, dans le muco-pus du sac et les ulcères de la cornée ; M. Morax l'a rencontré dans quatre cas de conjonctivite bénigne chez des enfants, ne présentant aucune complication du côté des voies lacrymales. Ses quatre observations présentant de nombreux points de ressemblance, M. Morax a établi un type spécial de conjonctivite dite *conjonctivite à pneumocoque*. Les symptômes sont peu marqués : unilatéralité, sécrétion faible, parfois exsudat opalin, pas de ganglion auriculaire ; guérison très rapide. Enfin, dans la sécrétion : grande abondance de pneumocoques expérimentalement très virulents.

Rappelons que le pneumocoque de Frænkel est un diplocoque encapsulé prenant le Gram, formant parfois des chaînettes et perdant sa capsule dans les cultures, déterminant chez la souris une septicémie aiguë et donnant sur gélose une culture caractéristique en goutte de rosée (Nicolle et Morax).

Pour se prononcer avec certitude, il faut toujours pratiquer l'inoculation sous la peau d'une souris blanche. Le plus simple est d'injecter un peu de sérosité suspecte diluée dans une petite quantité de bouillon ou d'eau stérilisée (1/2 centimètre cube). S'il y a du pneumocoque, l'animal succombe au bout de vingt-quatre ou trente-six heures et les diplocoques encapsulés apparaîtront nettement à l'examen du sang des oreillettes. Quelque simple que soit cet examen, il n'est guère de mise dans la pratique courante ; ce que le praticien peut faire dans tous les cas, c'est d'examiner la sécrétion catarrhale sur lamelles, la présence des petits diplocoques encapsulés, en grand nombre et l'absence des autres bactéries des conjonctivites graves aura son intérêt au point de vue du pronostic.

CONJONCTIVITE A STREPTOCOQUE. — Le streptocoque avait été signalé par M. Parinaud (1) comme l'agent d'une conjonctivite spéciale d'origine lacrymale et s'accompagnant d'iritis. M. Morax a confirmé les données de M. Parinaud. Il fournit trois observations de conjonctivites aiguës à streptocoques, chez des individus ayant du larmoiement et dont l'un avait des poussées aiguës intermittentes du côté du sac ; l'iritis ne fut, toutefois, noté que dans un cas.

L'infection conjonctivale était intense et le ganglion préauriculaire sensible à la pression.

(1) PARINAUD. *Ann. d'ocul.*, 1892.

Les phénomènes généraux (fièvre érysipélateuse) étaient assez accentués au début.

Dans les trois cas, l'examen immédiat de la sécrétion conjonctivale démontra la présence des chaînettes de streptocoque, les cultures pures, dans deux cas, furent inoculées et témoignèrent d'une virulence assez accusée, plus marquée que celle du streptocoque des dacryocystites en général, ce qui fait que M. Morax incline à conclure que la propagation à la conjonctive de l'infection streptococcique des voies lacrymales, correspond à une virulence plus élevée de l'agent pathogène. M. Morax a reproduit sur le lapin des lésions de la conjonctivite à streptocoque. Les cultures des cas étudiés, injectées sous la conjonctive, produisirent une conjonctivite localisée et légère. Des cultures plus virulentes, provenant d'arthrites, déterminèrent une conjonctivite généralisée et intense ; il n'y eut pas d'iritis, sauf dans un cas où la cornée fut lésée et où il se forma un ulcère à hypopyon suivi de panophtalmie.

On sait que le streptocoque se reconnaît à la disposition très nette de ses cocci en chapelet, l'ensemble du chapelet est ondulé, le nombre des grains, peu élevé dans les sérosités, est parfois très considérable dans les cultures, les grains sont souvent accouplés deux par deux, ils gardent le Gram. Sur agar, on sait que le streptocoque détermine de très petites colonies blanchâtres assez caractéristiques ; mais d'autres bactéries peuvent donner des colonies identiques, notamment le bacille pseudo-diphtéritique ; en outre, à cause de leur petitesse, elles peuvent passer inaperçues dans les cultures mélangées, le meilleur milieu de culture est le bouillon neutre, le streptocoque s'y développe très rapidement, déterminant au bout de vingt-quatre heures un trouble siégeant dans la partie moyenne du tube ; les flocons qui déterminent ce trouble ne tardent pas à se réunir au fond de l'éprouvette dont le contenu redevient limpide.

Pour déterminer la virulence très variable du streptocoque, la méthode classique consiste à prendre 1 centimètre cube de culture pure en bouillon de *vingt-quatre heures*, et à l'injecter avec une seringue de Pravaz dans le tissu cellulaire sous-cutané de l'oreille d'un lapin de taille moyenne. M. Achalme (1) a dressé des symptômes qui suivent cette injection, une échelle graduée qui correspond à l'intensité des virulences (rougeur érysipélateuse, abcès, septicémie). Les mêmes degrés semblent pouvoir être obtenus par la piqûre conjonctivale. Entre les lames de la cornée on obtient les divers degrés de la kératite infectieuse.

Nous venons de distinguer jusqu'ici trois micro-organismes nettement caractérisés : le *bacille de Weeks*, le *pneumocoque* et le *streptocoque virulent*, dont la multiplication à la surface de la conjonctive et dans les culs-de-sac engendre une poussée aiguë de conjonctivite catarrhale et même catarrho-purulente quelquefois.

Nous avons vu que chacun de ces agents microbiens imprime certains caractères spéciaux à la conjonctivite et qu'*à la rigueur on peut déjà, par l'examen attentif des symptômes cliniques, déterminer la cause microbienne de l'affection*, ce qui est évidemment un des desiderata les plus vifs du praticien qui n'a pas le loisir de se livrer aux recherches de la bactériologie.

A côté de ces trois variétés de conjonctivites catarrhales

(1) ACHALME. *L'érysipèle* (Bibl. Charcot-Debove), 1892.

aiguës, il en est certainement encore d'autres qui sont d'origine microbienne, mais sur l'étiologie et les symptômes caractéristiques desquelles on est encore incomplètement fixé.

Signalons d'abord les poussées de conjonctivite chez les ozéneux. Le gros *diplocoque encapsulé de Lœwenberg*, caractérisé par ses grandes dimensions, sa capsule, sa décoloration au Gram, ses cultures opalines, semi-liquides, étalées, la non-liquéfaction de la gélatine et sa virulence persistante, détermine non seulement des poussées aiguës de conjonctivite, mais encore des lésions cornéennes en cas d'érosion de l'épithélium [A. Terson et Gabrielidès (1)].

Notons enfin le *staphylocoque pyogène*, dont le rôle au niveau de la conjonctive est plus soupçonné que connu. Il est probable qu'il est un des facteurs importants des manifestations conjonctivales, non seulement de la scrofule [conjonctivite phlycténulaire, conjonctivite scrofulo-catarrho-purulente de Valude (2)], mais encore des fièvres éruptives (variole, rougeole, etc.).

Dans la rougeole, Barbier (3) a retrouvé sur la conjonctive enflammée, outre le bacille pseudo-diphtéritique, un staphylocoque blanc proliférant abondamment, il ne dit pas quelle était sa virulence. Nous-même avons trouvé ce même staphylocoque avec une virulence moyennement accusée, sur les bords ciliaires d'enfants atteints de conjonctivite post-rubéolique (4).

Piemlike et Canon (5) disent avoir retrouvé dans les sécrétions des muqueuses des morbilleux, notamment sur la conjonctive, le petit bacille qu'ils ont décrit dans le sang des mêmes malades et qu'ils considèrent comme spécifique de la rougeole, opinion depuis lors contestée (6).

Enfin, au point de vue expérimental, rappelons que Widmark, en déposant sur la conjonctive du lapin, après éraillure préalable, une culture très virulente de staphylocoque doré, provenant d'une dacryocystite, a pu déterminer une vive inflammation conjonctivale, résultat auquel nous n'avons pu parvenir nous-même avec des cocci virulents provenant du bord ciliaire. Sur ce point de nouvelles recherches sont à tenter.

Conjonctivites purulentes d'origine génitale. — A l'heure actuelle le terme de conjonctivite ou d'ophtalmie purulente, sans autre qualificatif, n'a plus guère de signification, il n'a pas plus de valeur au point de vue clinique qu'au point de vue étiologique et bactériologique pur. En effet, les conjonctivites catarrhales bénignes peuvent quelquefois, à un moment donné, fournir une sécrétion franchement purulente. Le terme de conjonctivite purulente d'origine génitale [A. Terson (7)] a l'avantage d'être à la fois étiologique et clinique, sans être trop affirmatif au point de vue bactériologique sur lequel planent encore quelques doutes.

Malgré cette dernière restriction touchant la bactériologie, disons tout de suite que l'immense majorité des conjonctivites d'origine génitale reconnaît, sans contestation aucune, pour cause le gonocoque.

Dès 1841 on savait, grâce aux recherches de Piringer, qui expérimentait sur des yeux dont la vision était abolie, que l'inoculation du pus de la blennorragie aiguë sur la conjonctive, détermine une conjonctivite à caractère franchement blennorragique.

En 1879, Neisser (1) découvrait, dans le pus de la blennorragie uréthrale et oculaire, le diplocoque qui porte son nom et dont la spécificité est aujourd'hui bien établie. Tous les auteurs ont retrouvé dès lors le gonocoque dans la conjonctivite blennorragique *grave* de l'adulte (hommes et femmes), dans cette conjonctivite qui survient par contamination et est, en somme, rare si l'on tient compte de la fréquence de la blennorragie uréthrale [moins rare chez la femme (A. Terson) que les auteurs ne l'affirment]. Voilà pour la conjonctivite génitale grave de l'adulte.

Pour la conjonctivite des nouveau-nés Haab (2), dès 1881, établissait que le pus de cette conjonctivite ne renferme pas toujours le gonocoque et il établissait une division profonde entre les conjonctivites malignes des nouveau-nés avec gonocoque et les conjonctivites bénignes des nouveau-nés sans gonocoque.

En 1884 et 1885, Widmark (3) appuie cette distinction par un grand nombre d'exemples. En 1891, à l'occasion du rapport de M. Chibret, M. Panas revient et insiste sur la non-unicité des conjonctivites des nouveau-nés, il a relevé dans un cas le bacille de Weeks, et il pense que d'autres microbes sont encore à incriminer. La thèse de M. Morax est venue confirmer ces vues. La distinction établie par Haab reste intacte : il y a une conjonctivite des nouveau-nés grave, précoce, d'origine génitale maternelle et contenant le gonocoque, et à côté de celle-là il y a une conjonctivite des nouveau-nés bénigne, tardive, qui doit rentrer dans les conjonctivites catarrhales et qui reconnaît pour cause, soit le bacille de Weeks (Weeks, Panas, Morax), soit le pneumocoque (Morax), soit peut-être encore d'autres micro-organismes.

Ainsi donc, la conjonctivite blennorragique *grave* de l'adulte et la conjonctivite *grave précoce* du nouveau-né sont d'origine génitale et contiennent le gonocoque. Sur ces deux points la lumière est bien faite, elle est moins complète sur la question des conjonctivites dites leucorrhéiques des femmes et des petites filles et sur celle de la conjonctivite dite blennorragique spontanée ou rhumato-blennorragique métastatique.

Pour ce qui est de la *conjonctivite leucorrhéique*, il est certain que, dans un grand nombre de cas, elle est également de nature gonococcique [observations de Widmark (4), de A. Terson, de Morax], mais les réserves formulées par A. Terson conservent leur valeur.

M. Decréquy (5) donne, en effet, des observations avec examen bactériologique, par M. Nicolle, où la présence du gonocoque n'a pu être relevée, ni dans le pus de la vulvite, ni dans celui de la conjonctivite concomitante ; ces cas concernaient des enfants atteints de rougeole ou de scarlatine. Nous-même, à l'Hôtel-Dieu, avons eu l'occasion de faire une constatation identique (scarlatine, vulvite avec conjonctivite d'abord purulente, puis phlycténulaire ; seuls staphylocoques virulents).

(1) A. Terson et Gabrielidès. Loc. cit.
(2) Valude. *Rev. mens. des mal. de l'enf.*, 1885.
(3) Barbier. *La rougeole* (Bibl. Charcot-Debove).
(4) Cuénod, Loc. cit., p. 49.
(5) Piemlike et Canon. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1892, p. 377.
(6) Dœhle. *Centralbl. f. Bakt.*, 1892, p. 906.
(7) A. Terson. Th. de Decréquy, Paris 1893.

(1) Neisser. *Centralbl. f. Med. Wiss.*, 1879.
(2) Haab. *Festsch. f. Horner*, 1881.
(3) Widmark. Loc. cit., p. 64.
(4) Widmark. Loc. cit., p. 79.
(5) Decréquy. Th. de Paris, 1893.

Pour ce qui est de la *conjonctivite rhumato-blennorragique spontanée* de Mackensie, Fournier, Haltenhof, etc., son origine métastatique reste incontestée, mais, dans un cas, M. Morax a retrouvé le gonocoque sur la conjonctive des deux yeux atteints, et il tend à admettre que, dans cette forme de conjonctivite, le microbe lui-même est amené par la circulation jusqu'à la surface de la conjonctive, où l'on pourrait le retrouver. M. Terson et nous-même avons souvent cherché le gonocoque dans ces cas-là, sans pouvoir le déceler.

La *recherche clinique du gonocoque* a pour base essentielle la propriété qu'a ce microcoque de se décolorer complètement et rapidement par le Gram. On a contesté la valeur de ce caractère de premier ordre, mais il semble que ceux qui ont vu d'autres microcoques se décolorer ont appliqué le procédé d'une manière défectueuse (Morax, à propos des recherches de Marthen). On procédera donc exactement suivant les indications que nous avons rapportées au début de cet article. Les gonocoques, s'ils sont peu abondants, se rencontreront exclusivement dans le protoplasma des leucocytes, formant de petits groupes très caractéristiques par l'écartement de leurs éléments. La forme en grain de café de chacun des cocci pris séparément, leur accouplement deux par deux, face plane contre face plane, la divisibilité par quatre du nombre des cocci formant un groupe, sont autant de très bons caractères, lorsque la décoloration par le Gram est constatée.

Le gonocoque ne se cultive malheureusement que très difficilement, et les essais plus ou moins fructueux des divers auteurs (Wertheim, Widmark, Finger, etc.) n'ont encore aucune portée pratique.

A moins de répéter les expériences d'inoculation de Piringer, force est donc de se contenter du simple examen sur lamelle. Il sera réitéré à plusieurs reprises. Plus la conjonctivite est intense, plus les gonocoques seront abondants. On recherchera aussi, toutes les fois que cela sera possible, les microbes du pus vaginal, et l'on décèlera cliniquement l'uréthrite et la vaginite concomitante.

Conjonctivites a fausses membranes. — De même que le gonocoque domine, sans l'embrasser tout entière, l'étiologie des conjonctivites génitales, de même le bacille de Lœffler joue le premier rôle dans l'étiologie des conjonctivites à fausses membranes; d'autres microbes peuvent le seconder et prendre une part importante aux productions pseudo-membraneuses ou même les créer de toutes pièces, il n'en reste pas moins l'agent principal de cette forme inflammatoire, c'est à lui que l'on devra penser, c'est lui qu'il faudra craindre et qu'il faudra chercher.

Nous ne reprendrons pas ici le débat très embrouillé qu'a soulevé la question des inflammations à fausses membranes. Pour ce qui concerne la conjonctive, elle a été déjà traitée dans ce journal par M. G. Sourdille (1).

En cherchant à rapprocher la bactériologie de la clinique il semble, d'après les derniers travaux, que l'on puisse distinguer :

1° Une forme de conjonctivite *bénigne*, à fausses membranes superficielles (forme croupale des auteurs français); cette forme, au point de vue bactériologique, est parfois due au bacille de Lœffler atténué (Uthoff, Frænkel, Sourdille), mais elle ne lui est pas due exclusivement; d'autres microbes [gonocoque : les auteurs; bacille de Weeks (Weeks, Morax); pneumocoque (Morax); streptocoque (Terson père (1), Bourgeois (2), Vialet (3)] peuvent *à eux seuls* provoquer cette exsudation pseudo-membraneuse.

2° Une forme de conjonctivite *grave*, à infiltration interstitielle, fréquente en Allemagne, rare en France, où le bacille de Lœffler existe à l'état très virulent, parfois accompagné du staphylocoque doré et du streptocoque pyogène; l'association avec ce dernier microbe paraissant correspondre aux formes les plus malignes (Sourdille).

Les questions que la clinique doit poser à la bactériologie sont les suivantes : Y a-t-il du bacille de Lœffler vrai, oui ou non? Si oui, quel est son degré de virulence, et parmi les microbes qui l'accompagnent presque toujours, y a-t-il du streptocoque virulent?

Le bacille diphtéritique prend le Gram, il apparaîtra donc dans les lamelles obtenues par frottis de fausses membranes, et traité par la méthode générale, avec une teinte violet sombre; cette teinte est souvent inégale : plus accentuée aux extrémités amincies ou renflées. Cet examen peut être pratiqué sur de fausses membranes desséchées [Roux et Yersin (4)], il donne souvent des résultats très précis. Malheureusement, à cause de la présence possible du pseudo-diphtéritique, il est insuffisant. La recherche de la virulence est absolument indispensable, pour cela, on commence par obtenir des cultures sur sérum : l'un et l'autre bacille y donnent des colonies identiques (Roux et Yersin); elles sont cependant, d'une façon générale, assez caractéristiques, ce sont les seules qui croissent avec abondance sur ce milieu dans les vingt-quatre premières heures; elles forment de petites taches grisâtres qui se développent ultérieurement en petites plaques à bords nets. Quand on aura vérifié ces cultures sous le microscope, la virulence sera cherchée par l'un ou l'autre des procédés suivants. La méthode générale consiste à prélever une parcelle de culture, à la diluer dans un tube de bouillon dont on dépose une goutte dans un nouveau tube de sérum qui servira de tube de contrôle. Si, au bout de vingt-quatre heures, ce nouveau tube ne renferme que du bacille diphtéritique, on inocule un cobaye avec le contenu du tube de bouillon, l'injection est pratiquée dans le tissu cellulaire sous-cutané : mort en trente-six heures, si diphtéritique vrai; aucun phénomène morbide, si pseudo-diphtéritique (Roux et Yersin).

Une autre méthode plus simple, moins rigoureuse, mais suffisante dans la pratique, consiste à inoculer la conjonctive, préalablement lacérée, de jeunes lapins, avec des parcelles de culture pure [Lœffler, Babès (5), Sourdille], production de fausses membranes en cas de diphtéritique vrai, rien en cas de pseudo-diphtéritique.

On le voit, la présence normale du pseudo-diphtéritique complique singulièrement la recherche bactériologique, c'est un point qu'avaient bien établi Roux et Yersin, dans leurs belles recherches sur la diphtérie de la gorge, mais sur lequel les derniers travaux de bactériologie oculaire n'ont peut-être pas suffisamment insisté [voyez pourtant

(1) Sourdille. *Gaz. des hôpit.*, 21 avril 1894.

(1) Terson (de Toulouse). *Midi méd.*, 11 juin 1892.
(2) Bourgeois et Gaube. *Recueil d'opht.*, 1891.
(3) Vialet. Soc. d'opht. de Paris, juin 1894.
(4) Roux et Yersin. *Ann. de l'Inst. Pasteur*, juillet 1890.
(5) Babès. Loc. cit.

Moritz (1)]. Rappelons ici que M. A. Terson (2) a publié un cas de conjonctivite pseudo-membraneuse chronique bénigne, où les bacilles associés aux cocci étaient très abondants, mais l'inoculation les a réunis comme ceux de Moritz dans la catégorie des pseudo-diphtéritiques.

Cette analogie entre le microbe indifférent et le microbe virulent, qui se retrouve à chaque pas, est une des plus grandes difficultés de la bactériologie pratique, elle soulève des questions de biologie générale du plus haut intérêt, mais dans lesquelles nous ne pouvons point entrer ici.

Actuellement, l'inoculation permet seule une distinction certaine; il faudrait arriver à trouver pour la pratique des caractères accessoires révélateurs de la virulence. On a bien, pour les bacilles diphtéritiques, quelques données dans ce sens, mais elles sont incertaines.

Dans les cultures sur sérum, le diphtéritique vrai se développerait plus abondamment que l'autre, ses colonies auraient un diamètre et une épaisseur plus considérables.

Dans le bouillon, au contraire, il croîtrait moins abondamment. Au point de vue morphologique, dans ses colonies sur sérum, il présente des formes plus allongées (Roux et Yersin) et même, d'après Nicolle et Morax, il y aurait une relation très nette entre la longueur du bacille sur sérum et son degré de virulence, ce sont là certainement des caractères accessoires qui ont leur importance, c'est à la bactériologie à les préciser davantage encore et à en établir la valeur d'une façon définitive.

INFECTIONS CHRONIQUES. — Sans revenir sur les *conjonctivites blépharo-lacrymales*, qui nous ont déjà occupé, disons que, dans les *conjonctivites chroniques prolongeant un état aigu* (par absence de traitement convenable), on retrouve parfois le microbe pathogène primitif (gonocoque, bacille de Weeks, bacille de Lœffler).

Dans les *conjonctivites granuleuses*, on a trouvé divers micro-organismes : trachoma-coque [Koch (3), Poncet (4), Michel (5), etc.], gonocoque [origine génitale des granulations : Fuchs (6); microsporon (Noisewski (7)], mais aucun d'eux ne paraît spécifique. Bien que la contagion des granulations soit appuyée sur de sérieux arguments, on ne peut, en considérant la localisation si particulière dans le tissu lymphoïde, se défendre de songer à une origine endogène.

La même remarque s'applique aux *végétations printanières*.

Quant au *xérosis*, tous les auteurs ont retrouvé en abondance sur la conjonctive le bacille pseudo-diphtéritique, on a même cru à la spécificité de ce microbe (bacille du xérosis de Neisser), mais nous avons vu que c'est un des hôtes ordinaires des culs-de-sac [Fick, Cirincione (8)].

La *conjonctivite tuberculeuse* franche est rare [Gayet (9), Parinaud (10)]. Le *lupus* conjonctival est, au contraire, très fréquent, il peut être d'origine lacrymale. Pfeiffer (11) et Trousseau (1), etc., ont démontré dans le lupus conjonctival le bacille de Koch. Le plus simple est d'inoculer un petit fragment de la conjonctive dans la chambre antérieure de l'œil du lapin. La masse se résorbe et, au bout d'un certain temps, les tubercules iriens caractéristiques font leur apparition.

On sait qu'une des localisations les plus fréquentes et les plus précoces de la *lèpre* est précisément la conjonctive, le léprome débute sous la forme d'une petite phlyctène du limbe [Leloir (2), etc.]. A l'examen microscopique du léprome, les cellules épithéliales apparaissent bourrées de bacilles; les bacilles lépreux ne diffèrent des bacilles tuberculeux que par leur abondance et les résultats négatifs de l'inoculation.

Divers champignons ont été notés sur la conjonctive, signalons le *muguet*, dont la présence peut intéresser le praticien [Larinow (3), Cervera (4)].

(1) MORITZ. *Beitr. z. Aug.*, t. IX, 1893.
(2) A. TERSON. Soc. méd. de Toulouse, 1894.
(3) KOCH. *Allg. Med. Centralz.*, 1883.
(4) PONCET. *Arch. d'opht.*, 1886.
(5) MICHEL. *Arch. f. Aug.*, 1886.
(6) FUCHS. *Les causes de la cécité*, trad. franç.
(7) NOISEWSKI. *Arch. f. Aug.*, 1891.
(8) CIRINCIONE. *Annali di Ott.*, 1890, p. 440.
(9) GAYET. *Arch. d'opht.*, 1885.
(10) PARINAUD. *Gaz. hebd.*, 1884.
(11) PFEIFFER. *Berlin. Klin. Wochens.*, 1883.

(1) TROUSSEAU. *Arch. d'opht.*, 1889.
(2) LELOIR. *Traité de la lèpre*, 1886, p. 74.
(3) LARINOW. *Sitzungsber. d. Kaukas. Med Gesellschr.*, 1886.
(4) CERVERA. Congr. de Milan, 1880.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Marine. — Après avoir pris l'avis du conseil supérieur de santé, le ministre de la Marine a décidé que les autorités de son département auraient à se conformer, le cas échéant, aux dispositions prises, sous la date du 2 mai dernier, par le ministre de la Guerre, relativement aux obligations imposées aux chefs de corps et de service, ainsi qu'aux médecins militaires, par l'article 15 de la loi du 30 novembre 1892, concernant les déclarations à faire en cas de maladies épidémiques.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bertrand (de Chalon-sur-Saône), Casimir (d'Avignon), Cazaban (d'Artix) et Labouesse, médecin de la marine.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Revue des grandes manœuvres à Châteaudun* (20 septembre 1894). — A l'occasion de la grande revue qui aura lieu à Châteaudun, le 20 septembre courant, la Compagnie d'Orléans fera délivrer, les 19 et 20 septembre, des billets aller et retour de toutes classes, à prix réduits, pour Châteaudun, aux gares et stations de Paris à Étampes inclus, d'Étampes à Auneau et de Brétigny à Tours, par Vendôme.

Ces billets seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains partant de Châteaudun le 21 septembre.

Le prix de ces billets, au départ des gares et stations situées à 75 kilomètres au moins de Châteaudun, seront ceux du tarif général réduits de 30 p. 100. Pour les parcours inférieurs à 75 kilomètres, ces prix seront ceux du tarif spécial G. V. n° 2, avec maximum de perception des prix du tarif général pour 75 kilomètres, réduits de 30 p. 100.

Les billets dont il s'agit pourront être utilisés dans tous les trains recevant réglementairement, pour le parcours à effectuer, des voyageurs à plein tarif de la classe du billet délivré.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 108. — MARDI 18 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 18 SEPTEMBRE 1894. — N° 108.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ASILES DE BUVEURS

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

I

Les architectes de la Seine sont en ce moment dans un grand embarras. Le Conseil général de ce département a décidé, à juste titre, la création sur le domaine de Ville-Évrard d'un établissement destiné à hospitaliser 500 alcooliques et a ouvert, dans ce but, un concours qui sera clos le 30 novembre. Les concurrents demandent à tous les échos, sans en obtenir de réponse, en quoi consiste un asile spécial de buveurs. En France, en effet, exclusivement consacré aux ivrognes et aménagé pour leur traitement exclusif, il n'y a, je crois, que le quartier de 74 places que, sur les conseils de M. Magnan, j'ai organisé, il y a cinq mois, dans mon service, mais ce n'est qu'un quartier spécial, auquel je consacrerai sous peu une étude détaillée, ce n'est pas un asile spécial. Sur le continent, ces messieurs ne trouveront pas davantage à se renseigner, car les maisons pour buveurs, ouvertes jusqu'à ce jour, ne sont guère que des fermes ou des villas qui reçoivent tout au plus une cinquantaine de sujets paisibles. M. Sérieux, de retour d'une récente mission en Suisse et en Allemagne, m'a déclaré n'avoir pas rencontré autre chose. Pour voir de vrais asiles spéciaux d'alcooliques, il faudrait traverser l'Atlantique et se rendre en Amérique. Là, on visiterait des établissements grandioses et prospères, parfaitement agencés, qui, comme le Washingtonian-Home à Boston et le Walnut-Lodge hospital à Hartford, reçoivent jusqu'à 300 et 400 clients par an. Or le temps manque pour un tel voyage, vu le délai si court accordé pour le dépôt des plans et devis. En conséquence, je me propose, espérant être de quelque utilité, bien sûr de traiter une question absolument à l'ordre du jour, d'examiner, dans ce mémoire, ce qu'on entend par asile spécial de buveurs, en cherchant successivement quels sont les alcooliques à y mettre et quelles sont les dispositions qu'il comporte.

Le premier problème à résoudre est celui de la catégorie de buveurs à isoler dans l'asile spécial, car il est évident que sa disposition et son organisation varieront beaucoup selon la solution acceptée. Il importe d'autant plus d'être fixé sur ce point, qu'à cet égard, les opinions sont assez divergentes. Les alcooliques se partagent, en effet, en deux groupes très distincts, les délirants et les non délirants ; ces derniers se subdivisant en deux variétés, ceux qui ne se grisent jamais et ceux qui tombent dans l'ivresse simple, c'est-à-dire sans complications de délire, ni d'hallucinations. Faut-il traiter les uns et les autres dans les asiles spéciaux ou faut-il réserver ces établissements exclusivement pour les ivrognes du second groupe, les non délirants avec ou sans ivresse, ceux du premier groupe, les délirants, continuant à être dirigés sur les asiles d'aliénés ? C'est à ce sujet que les avis sont partagés.

Les aliénistes protestent avec énergie contre l'envoi dans leurs services des ivrognes délirants qui ne sont que des aliénés éphémères, rendus vite à la raison et aussi à leurs mauvais instincts au bout de quelques jours à peine et dont ils ne savent ensuite que faire. Les renvoie-t-on ? tout de suite ils se remettent à boire et ne tardent guère à revenir. Les garde-t-on ? ils créent des embarras, fomentent des désordres, prêchent l'indiscipline. Ils recherchent l'alcool par tous les moyens, s'efforçant de corrompre le personnel et leurs camarades qui travaillent au dehors pour en obtenir. Or les véritables aliénés ont besoin, pour guérir, d'un milieu calme et d'une existence tranquille, conditions très difficiles à réaliser avec de tels hôtes ; ils ont aussi besoin, pour recouvrer leur raison, de jouir de la plus grande liberté compatible avec leur état, faveur qu'il devient dangereux de leur octroyer, s'ils sont poussés à s'approvisionner d'alcool pour autrui. Mais ces raisons qui les font repousser de nos établissements sont aussi celles pour lesquelles certains médecins des asiles spéciaux de buveurs tiennent à leur fermer les portes de leurs maisons. C'est ainsi que M. Forel déclare catégoriquement qu'un asile pour la guérison des buveurs ne saurait avoir rien de commun avec la maison des aliénés. Le traitement curatif de la boisson, dit-il, doit être le pivot de toute son organisation et tout élément étranger à ce but doit en être strictement écarté.

Mais que le buveur ait été délirant ou non, une fois la crise très courte du premier dissipée, ils ne diffèrent, en aucune façon, l'un de l'autre ; ils ont la même passion de boire et les mêmes perversions instinctives. J'irai plus loin, j'affirmerai que l'ivrogne non délirant est souvent plus

difficile à guérir de son ivrognerie et est plus mauvais sujet que l'ivrogne délirant, car, presque toujours, il est bien plus enraciné dans son vice. Plus d'une fois, en effet, ce dernier n'est qu'un buveur médiocre, qui s'adonne depuis peu à l'alcool et qui a déliré plutôt sous l'empire de son organisation névropathique que des excès qu'il a commis. Certes s'il s'agissait de mêler ensemble les uns et les autres au moment des crises de folie, la protestation serait légitime, mais si, tant que le délire persiste, les malades qui en sont atteints *restent traités à part dans une section complètement séparée*, je ne comprends pas l'ostracisme dont on cherche à les frapper, d'autant plus, je le répète, que revenus à eux, retour qui, dans l'immense majorité des cas, s'opère en quelques jours, ils sont des sujets encore moins indisciplinés que ceux auxquels on ouvre les bras. Depuis cinq mois que fonctionne mon quartier d'alcooliques, j'ai été à même déjà d'acquérir sur ce point une certaine expérience. J'avais des craintes au début, je redoutais des rébellions contre l'abstinence forcée, des protestations et des révoltes au sujet de l'isolement complet, des menées sourdes et des réclamations incessantes à propos de la sortie. J'ai été tout surpris de ne rencontrer que douceur et obéissance ; toutes les difficultés que j'ai me viennent des familles et en particulier des femmes des malades. Quant à ceux-ci, d'ordinaire si désagréables et si perturbateurs dans les services d'aliénés, abusant si indignement de la liberté accordée, une fois emprisonnés dans le quartier d'où ils ne sortent jamais, pas même pour recevoir la visite de leurs parents qui y pénètrent et privés de tout alcool ainsi que de tout vin, ils se sont métamorphosés. Certes si on les repousse à cause de la terreur qu'ils inspirent, par tout le mal que nous en avons dit quand ils circulaient librement à travers nos asiles, cette terreur n'est plus justifiée. Il serait même à souhaiter que les ivrognes non délirants les prissent pour modèles.

Ceux qui partagent l'opinion exprimée par M. Forel me font l'effet de ne pas se rendre un compte bien exact de ce qu'est le fonctionnement d'un asile d'aliénés. De même que, parmi les ivrognes, il y a des délirants et des non délirants, parmi ceux-ci il y a des agités et des tranquilles qui ont, seulement, les uns et les autres, *leurs divisions parfaitement distinctes*, dans lesquelles ils sont répartis selon leurs dispositions psychopathiques tapageuses ou calmes, mais, de même que le vésanique paisible, alors même qu'il n'aurait jamais eu d'agitation, est toujours un aliéné qui a sa place marquée dans le même asile que son compagnon surexcité, de même l'ivrogne non délirant n'est pas moins un ivrogne que son camarade qui délire et tous les deux, comme les précédents, ont les mêmes droits. On voit donc, qu'en réalité, la division des buveurs en délirants et en non délirants correspond en matière d'ivrognerie à celle des agités et des tranquilles en matière d'aliénation mentale. Vouloir exclure les délirants des asiles spéciaux serait aussi illogique que de vouloir chasser les agités des asiles ordinaires. *La seule chose indispensable dans l'un et l'autre cas, c'est d'avoir des sections absolument distinctes*. Je me demande si ce n'est point cette nécessité, coûteuse je le reconnais, qui a suscité l'opinion que je combats, précisément à cause des frais qu'elle entraîne. Avec un personnel fidèle et dévoué, suffisamment nombreux pour assurer la surveillance, la première ferme ou la première villa venue, pourvu qu'elle soit dans une vaste campagne, peut être transformée en asile de buveurs sans délire ; il suffit d'y construire des ateliers pour occuper les ouvriers adonnés à la cordonnerie, serrurerie, menuiserie et forge. C'est facile et commode. Qu'on en use, j'applaudis de grand cœur. Cette catégorie au moins d'ivrognes recevra là le traitement susceptible de le détourner du cabaret ; mais qu'on pose en principe que tous les asiles de buveurs doivent être construits sur ce modèle, alors je proteste et je dis qu'il y a mieux à réaliser quand on en a les moyens.

Mieux, en effet, et tel est aussi l'avis du médecin le plus expérimenté de l'Amérique en cette matière, du docteur Crothers. Le savant directeur du Walnut-Lodge hospital, tout à l'opposé du docteur Forel, insiste dans son rapport au Congrès international de l'Exposition de Chicago, pour que l'asile spécial reçoive les alcooliques de toutes catégories et je suis absolument de son opinion, à laquelle, d'ailleurs, s'est rallié le Congrès. Si on exclut, en effet, de cet établissement tous ceux qui sont exposés à délirer, on réduit considérablement le nombre des élus appelés à jouir du traitement spécial. D'après Crothers, l'ivrognerie véritable n'est pas une maladie particulière, mais un simple symptôme, la manifestation d'une grave affection des centres nerveux et, en particulier, des centres cérébraux. Rares, très rares sont les buveurs chez lesquels la passion de boire occupe le premier plan ; or, avec le système que nous combattons, ils seraient les seuls secourus, car les autres sont toujours en imminence de troubles intellectuels. Cela est si vrai qu'il n'est pas extrêmement rare que la folie éclate au cours du traitement de l'ivrognerie, non pas sous l'influence de l'abstinence, mais de la névropathie du sujet qui, dedans, le pousse au délire, comme dehors elle le poussait à la boisson. Ces crises délirantes surviennent après deux et trois mois d'isolement, partant ne sont occasionnées ni par l'alcool, ni par la suppression brusque. Maintes et maintes fois j'ai eu jadis à les observer, alors que les sujets étaient depuis longtemps déjà dans leur état normal et que, seul, l'espoir d'atténuer leur appétence alcoolique justifiait leur maintien dans l'asile, et depuis l'ouverture de mon quartier spécial, à trois reprises, le fait s'est montré ; il n'est donc pas d'une rareté extrême. Que fera-t-on de ces malades si l'asile spécial est disposé exclusivement pour les non délirants ? Il faudra, de toute nécessité, suspendre la cure et les diriger sur un établissement d'aliénés, d'où ils reviendront sans doute pour reprendre le traitement interrompu après un temps plus ou moins long. Ce jeu de navette est-il bien pratique et surtout bien thérapeutique ?

L'argument que le traitement curatif de la boisson doit être le pivot de toute l'organisation de la maison et que tout élément étranger à ce but doit en être strictement écarté, est pour moi, je le confesse, absolument incompréhensible. Est-ce que par hasard le traitement curatif de la boisson ne serait pas celui de l'ivrogne délirant ? Mais il importe, au contraire, qu'il le soit, plus encore si possible que pour le non délirant, puisque l'alcool, chez lui, a eu des effets plus graves que chez celui-ci ; il n'y a donc là aucun élément étranger à introduire. C'est toujours l'ivrognerie à combattre. Plus fondé en apparence est l'argument de M. Bosshard. Un établissement de buveurs, dit-il, ne doit pas être trop grand ni trop compliqué, afin qu'il ne perde point le caractère de familiarité et ne se dérobe point à la surveillance du Père de la maison, comme il appelle le directeur. En conséquence, l'effectif maximum sera, à son

avis, de 50 patients et l'établissement exclusivement de cure et non un hôpital.

Malheureusement pour la doctrine de M. Bosshard, les grands asiles de l'Amérique sont là avec les excellents résultats qu'ils fournissent, grands asiles qui reçoivent jusqu'à 300 et 400 patients par an. On pourrait tenir compte de cette opinion, si l'expérience était à entreprendre, mais elle est réalisée; les Américains se sont chargés de ce soin et dans des conditions aussi complètes et aussi probantes qu'on les saurait désirer. L'erreur de M. Bosshard et de ceux qui partagent ses vues est d'attribuer une efficacité trop grande au traitement moral et de croire qu'une action individuelle, pour ainsi dire de tous les instants, est indispensable à la guérison de l'ivrognerie, alors que c'est la thérapeutique physique à base d'abstinence prolongée qui fait tous les frais de celle-ci. Dans un mémoire détaillé sur la *Cure des buveurs*, qui paraîtra dans le prochain numéro des *Annales médico-psychologiques*, j'examine tous les éléments contribuant à débarrasser l'ivrogne de sa passion et je m'efforce de montrer que la seule influence morale susceptible d'agir sur cet homme, à ce point mort à tout sentiment qu'il n'est même pas retenu par les cris de ses enfants affamés qui lui demandent du pain, doit être tirée de l'instinct de conservation, le plus puissant de tous les mobiles humains. Le but à poursuivre est de le convaincre, par des preuves palpables, qu'en buvant, il se prépare un avenir prochain d'atroces souffrances, sans chance aucune d'y échapper. Eh bien! rien n'est plus propre à renseigner le buveur sur ce qui l'attend que la réunion, dans l'asile de sa passion, de tous les maux et de toutes les misères qu'elle engendre. Bien loin de gêner le traitement moral, cette réunion en est, au contraire, l'élément le plus actif.

Si l'asile spécial, comme le demandent certains, n'est pas en même temps un hôpital, s'il ne reçoit que des ivrognes purs en bonne santé, il aura un autre inconvénient qui entravera singulièrement les admissions volontaires, il marquera ceux qui y auront passé d'une sorte de flétrissure; hospitalise-t-il en même temps les délirants et les malades? il perd ce caractère fâcheux, ses hôtes deviennent des infirmes et il n'y a plus aucune honte à y aller. Aussi le nom qui conviendrait à un établissement de ce genre devrait être celui d'*hôpital d'alcooliques*.

Pour toutes ces raisons, j'estime qu'en principe comme en pratique, la distinction qu'on tend en Europe à établir entre les buveurs délirants et les non délirants, n'a pas plus sa raison d'être que celle jadis tentée entre les épileptiques aliénés et les non aliénés. Je viens entreprendre aujourd'hui pour les premiers ce que j'ai entrepris l'année dernière pour les seconds, m'efforcer de montrer qu'ils ne sont que deux branches d'un même tronc, dont il n'est pas possible d'en détacher soit l'une, soit l'autre, sans les condamner à périr, et de rechercher quelle est la meilleure assistance à leur accorder.

Mais avant d'aborder le second point de notre travail, il convient de s'entendre sur les mots. Que signifie le terme : *alcoolique* et dans quels cas est-il applicable? La question n'est pas inutile, beaucoup de malades boivent qui, à aucun titre, ne relèvent de l'alcoolisme. Je prendrai comme exemple un cas très fréquent, celui du paralytique général à la première période de sa redoutable affection; rares sont les paralysés généraux rendus tels par toute autre cause que l'alcool, qui, à ce moment, un peu plus ou un peu moins, n'ont pas des impulsions dypsomaniaques. Il est de toute évidence que ces malades ne sont pas des alcooliques. Par contre, la pseudo-paralysie générale alcoolique, occasionnée par des excès de boissons et parfaitement curable, du moins aux premiers accès, appartient à l'asile spécial. Je citerai encore le cas du mélancolique qui boit accidentellement pour s'étourdir de ses chagrins et qui, vu l'impressionnabilité particulière acquise par son cerveau du fait de sa vésanie, s'octroie avec quelques écarts modérés une crise fugace de delirium tremens; de toute évidence encore, un tel malade n'est pas non plus pour l'asile spécial, tandis que le lypémaniaque, rendu tel par une ivrognerie de bon aloi, y a plein droit. Ces exemples montreront que seuls méritent le qualificatif d'alcooliques délirants ceux qu'un usage suffisamment prolongé des liqueurs fortes a atteints dans leur santé psychique. Je résumerai d'ailleurs dans le principe suivant tout ce qui précède : *Relèvent de l'asile spécial tous les malades qui délirent parce qu'ils ont bu et en aucune façon ceux qui ont bu parce qu'ils déliraient*, opinion qui fut celle défendue au récent Congrès de Clermont-Ferrand par M. Denis. C'est donc une question de diagnostic facile tout de suite si on possède les commémoratifs, facile encore après quelques jours, si on n'a aucun renseignement, par l'évolution du mal. Les erreurs commises, s'il y en a, seront ainsi vite rectifiées.

Voilà pour les ivrognes délirants. Les non délirants, avons-nous dit plus haut, se subdivisent en deux groupes : ceux qui se grisent et ceux qui ne s'enivrent jamais. Les premiers ne nous arrêteront pas; il va de soi que pour eux qui, perturbateurs de l'ordre et de la sécurité publics, tombent sous le coup de la loi, les portes de la maison s'ouvriront larges pour entrer et étroites pour sortir. Les seconds seront naturellement accueillis avec empressement quand ils se présenteront; mais s'ils ne se présentent pas, la législation sévère que tous réclament et qui devra être votée dans le plus bref délai, dans tous les cas avant l'ouverture de l'asile projeté, ainsi que je l'établis dans mon mémoire sur la cure des buveurs, cette loi pourra-t-elle les y contraindre, comme elle contraindra les délirants et ceux qui s'enivrent? Certainement; du jour où l'alcoolisme chronique de ces buveurs les aura placés dans l'impossibilité de gagner leur vie et qu'ils s'adresseront à l'Assistance publique, il suffira de leur répondre qu'un seul hôpital est à leur disposition, celui des alcooliques. Ainsi l'asile spécial, de même qu'il hospitalisera les délirants alcooliques, malades de l'esprit par l'alcool, sera également destiné à hospitaliser les alcooliques chroniques, malades du corps par la même cause.

Ces données étant acquises, nous avons les éléments suffisants pour connaître quelles dispositions comporte un établissement spécial d'alcooliques. Nous avons établi plus haut, qu'en somme, trois catégories de buveurs, comprenant la totalité de ces clients spéciaux, seraient admis : des délirants, des chroniques à affections physiques, des valides capables de s'occuper aux champs ou à leurs métiers. Il en résulte qu'un établissement spécial d'alcooliques doit être à la fois un asile d'aliénés, un hôpital, une colonie industrielle et agricole, et on pourrait se contenter de dire : un asile d'aliénés, d'après les conceptions actuelles, puisque, dans un tel asile, outre les quartiers spéciaux, il y a une infirmerie pour les maladies corporelles avec pavillon de contagieux, des ateliers et une exploitation agricole.

FRACTURE DU FÉMUR PAR COUP DE FEU

PSEUDARTHROSE PAR CORPS ÉTRANGERS (BALLE ET FRAGMENTS DE VÊTEMENT) EXTRACTION DE CES CORPS ÉTRANGERS. GUÉRISON

Par le docteur H. Gaudier,
Chef de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lille.

Nous avons eu dernièrement l'occasion d'observer un cas fort intéressant de pseudarthrose du fémur droit, consécutive à une fracture de cet os par arme à feu, produite treize mois à peu près avant l'époque où je vis le malade. L'intérêt de cette pseudarthrose réside dans la découverte de fragments de plomb et de débris de vêtement, qui avaient occasionné la pseudarthrose et entretenaient un écoulement de pus peu abondant, mais intarissable.

L'extraction de ces corps étrangers, la régularisation des fragments osseux et la coaptation, sans suture osseuse, par la méthode de M. le professeur Tillaux, ont donné un beau succès opératoire et thérapeutique.

Voici l'observation en détail :

Dans le courant du mois de janvier 1894, le sieur X..., âgé de vingt-huit ans, garçon de ferme, se trouvait occupé à travailler dans un petit bois, voisin de son habitation, quand il reçut dans la cuisse droite un coup de feu que lui envoyait maladroitement un de ses amis qui chassait un canard sauvage et ne s'était pas aperçu de sa présence, séparé qu'il était de lui par un petit taillis.

X... tomba en avant et ne put se relever; on fut forcé de le transporter immédiatement dans la maison la plus proche, et voici ce que constata le médecin qui avait été cherché sur-le-champ. La balle avait pénétré par la face antérieure de la cuisse, au niveau de la réunion du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs, juste dans l'axe du fémur. Mon confrère constata qu'il existait un orifice d'entrée assez large, net, sans bavures, et que la plaie était le siège d'un écoulement sanguin assez sérieux. Cependant, la direction de la blessure ne faisait pas supposer l'existence d'une lésion d'un vaisseau sanguin important. Il ne trouva pas de trace d'orifice de sortie; et une exploration immédiate ne put lui faire constater sous la peau de la face pubienne de la cuisse le moindre gonflement qui ait pu faire supposer la présence d'une balle.

Le fémur était fracturé juste au point où la balle avait rencontré le fémur, et, d'après les mouvements que l'on pouvait imprimer au membre fracturé, notre confrère fut persuadé qu'il s'agissait là d'une fracture transversale ou presque transversale du fémur.

Il sonda la plaie avec un stylet de poche et sentit le contact de l'os, mais ne put trouver de projectile. Le malade souffrant beaucoup, cette exploration ne fut pas continuée, et après avoir soigneusement lavé la plaie et désinfecté autant que possible la porte d'entrée du projectile, le membre fut pansé antiseptiquement et placé dans une gouttière de jambe et de cuisse; la fracture paraissait absolument réduite et avait peu de tendance au chevauchement des fragments. On ne fit aucun débridement.

L'arme à feu était un fusil Lefaucheux du calibre 16, et la balle était en plomb, mou, cylindrique, du modèle ordinaire. La distance qui séparait le blessé du tireur était à peu près de 50 mètres.

Voici quelles furent les suites de ce traumatisme. Le malade souffrit vivement le premier jour, et l'on fut forcé de lever le pansement.

La cuisse était le siège d'un gonflement assez considérable, et il y avait une ecchymose autour de la plaie; il s'en écoulait un peu de sérosité sanguinolente. Le médecin traitant essaya de sonder la plaie de nouveau, mais ne put sentir la balle. Il fit un pansement moins serré et laissa le membre dans la gouttière.

Il y eut pendant quelques jours de la fièvre, qui céda à des injections antiseptiques ; à chaque pansement, il s'écoulait un peu de pus; ce pus n'avait aucune odeur et diminua notablement à la suite d'injections de naphtol camphré.

Le gonflement du membre disparut petit à petit, et au bout de quelques jours l'ecchymose.

Un mois après l'accident, voici ce que notait mon confrère. Au niveau de la plaie, une petite eschare s'est éliminée et a laissé une petite plaie qui bourgeonne. Au milieu de ces bourgeons, existe une fistulette qui conduit sur l'os et qui laisse couler une quantité peu considérable de pus. L'os paraît volumineux au niveau de la fracture. Les deux fragments sont en bonne situation, et le malade a un excellent état général.

Au bout de huit mois, il n'y avait pas trace de consolidation; il existait une fistule un peu déprimée; le membre était le siège d'une atrophie notable et les mouvements se faisaient facilement, sans douleur, au niveau du foyer de la fracture, mais sans déplacement cependant. Le malade se désespérait, ne mangeait plus, et demandait à grands cris une amputation. Il faut dire aussi que le membre avait été successivement placé dans des gouttières, puis dans des appareils plâtrés avec fenêtre au niveau de la plaie; et enfin dans un appareil d'Hennequin.

Notre confrère fit d'abord un débridement superficiel et rechercha de nouveau la balle qu'il accusait, à juste titre, d'être la productrice de la pseudarthrose. Il essaya l'appareil de Trouvé. Rien.

Il employa successivement la révulsion locale : ignipuncture, vésicatoires; le frottement des fragments, puis les injections dans le trajet de substances irritantes, telles que la teinture d'iode, sans obtenir que la pseudarthrose diminuât. L'écoulement purulent n'était plus que de quelques gouttes par jour; mais le malade ne voulait plus rester immobilisé et s'était fait construire une sorte d'appareil contenteur qui lui permettait de se lever et de se promener dans sa chambre, sans que la cuisse subît de mouvements. La pseudarthrose était d'ailleurs indolore.

Ceci dura jusqu'au mois de février 1894, époque à laquelle je vis le malade pour la première fois.

Je me trouvai en présence d'un garçon amaigri, ayant des idées de suicide et disposé à tout.

La cuisse droite et la jambe étaient le siège d'une amyotrophie considérable qui rendait plus net le gonflement qui existait au niveau de la fracture. Il y avait là un épaississement circulaire, qui n'avait pas la consistance d'un cal ordinaire. Ce gonflement n'était douloureux que lorsqu'on employait une forte pression. A la partie antérieure, il y avait une cicatrice un peu déprimée, et au centre un bourgeon charnu, tout ce qui restait de la porte d'entrée de la balle.

Le manque de consolidation était des plus nets. En saisissant le membre au-dessus et en dessous de la fracture, on imprimait des mouvements, peu considérables il est vrai, mais surtout faciles dans le sens antéro-postérieur, plus difficiles latéralement.

Ces mouvements n'étaient douloureux que si on dépassait certaines limites : il y avait donc bien pseudarthrose ; et en raison des mouvements de charnière qui se produisaient, une pseudarthrose de la deuxième ou de la troisième variété de Béranger-Féraud.

Les muscles atrophiés réagissaient encore sous l'influence de l'électricité. L'état général du malade n'était pas des meilleurs; mais il n'y avait, dans l'état des poumons et du cœur, rien qui pût empêcher une opération. L'urine ne contenait ni sucre ni albumine. 14 grammes d'urée par vingt-quatre heures.

Je décidai le malade très facilement à une intervention, que je pratiquai le 2 mars 1894.

Le malade ayant été endormi au chloroforme, et après désinfection soignée de la plaie et de la région, je fis pénétrer un stylet dans la fistulette et j'arrivai au niveau de l'os, mais sans avoir de contact osseux net; c'était quelque chose ayant la consistance du tissu fibreux, peut-être un peu moins dur. En insistant un peu avec mon stylet, et en essayant de pénétrer plus profondément, je dus rompre quelques parcelles de tissu, car j'eus immédiatement la sensation d'enfoncer de 3 à 4 millimètres, et je tombai au contact d'un corps dur et qui me paraissait être la balle. En agitant le stylet, je pouvais mobiliser un corps, qui paraissait rugueux.

Me servant du stylet comme guide, je pratiquai une incision cutanée d'à peu près 8 centimètres de longueur, verticale, et je coupai les parties sous-jacentes jusqu'à l'os. Les muscles étaient, au niveau de la fistule, atteints de myosite interstitielle; ils étaient durs et criaient sous le bistouri. Voici dans quel état était le fémur : le fragment supérieur était le siège d'un gonflement assez volumineux qui se continuait avec les parties environnantes; le trait de fracture était transversal dans la moitié de son trajet, de dehors en dedans; puis, au niveau de la pénétration de la balle, ce trait devenait oblique en bas et en dedans, limitant ainsi du côté du fragment supérieur une sorte de pointe osseuse. Cette pointe osseuse était séparée du corps de l'os par une fissure, comblée par du tissu fibreux, mais permettant cependant quelques mouvements.

Les deux fragments osseux étaient presque au contact et réunis par leur face interne, au moyen de trousseaux fibreux, non incrustés d'os, et se confondant avec le périoste du fragment inférieur. Ce fragment n'était pas renflé à son extrémité comme le fragment supérieur, et avait une tendance à filer en arrière. L'extrémité était le siège d'une ostéite raréfiante, et la surface en était comme polie et lisse. En essayant de mobiliser les fragments, après avoir détaché les parties périphériques à la rugine, je tombai sur la balle. Cette balle, aplatie partiellement, était au niveau de la face postérieure du fémur; elle avait la forme d'un clou de cordonnier; la tête, logée entre les deux fragments osseux, les maintenait presque au contact; quand à la pointe, très aplatie, elle était intercalée entre les deux fragments, très adhérente au supérieur; mais, détail intéressant, entre la balle il y avait un fragment d'étoffe, encore reconnaissable, et qui, adhérant à la balle, lui formait une enveloppe partielle.

Donc fracture à peu près transversale du fémur; formation d'un cal au niveau du fragment supérieur; mais ostéite raréfiante et presque usure du fragment inférieur. Entre les deux, le fragment de vêtement et la balle aplatie empêchaient la réunion osseuse.

Je pratiquai immédiatement l'extraction de la balle et de tous les débris de vêtement qui adhéraient aux parcelles osseuses; cela fait, je réséquai, de la manière la plus économique possible, les deux extrémités osseuses. Ce ne fut, à proprement parler, pas une résection, mais plutôt une régularisation. Je n'enlevai pas plus de 3 centimètres en hauteur, et je supprimai l'esquille interne, qui était mobile. Il restait un fragment supérieur un peu renflé et dont la surface fracturée était légèrement excavée; le fragment intérieur, un peu plus mince et que j'avais arrondi à dessin, se moulait dans cette sorte de cavité. La coaptation était parfaite. Je terminai rapidement l'opération en réséquant tout le trajet fistuleux; je suturai au catgut les muscles de la cuisse et la peau au crin de Florence, non sans avoir placé un petit drain au niveau de l'os.

Pansement antiseptique et immobilisation du membre dans une gouttière d'Hennequin, permettant de faire une légère extension sur le fragment inférieur. Le lit soulevé, le poids du corps faisait la contre-extension.

Les suites opératoires furent des plus simples. Le malade n'eut pas de fièvre, et la plaie fut cicatrisée au bout de douze jours, le drain ayant été retiré le cinquième.

Je continuai l'extension pendant un mois. Déjà, au bout de trente jours, la consolidation commençait à s'effectuer. A cette époque, je fis placer le membre dans un appareil de zinc laminé, de telle sorte qu'on pût facilement exposer le membre au jour et à la lumière, sans pour cela qu'il cessât d'être bien maintenu.

Le quatre-vingtième jour, la consolidation était complète. Depuis quelques jours déjà, il était possible d'électriser les muscles atrophiés, et qui reprirent leur énergie habituelle.

Aujourd'hui, quatre mois après l'opération, le malade marche et va essayer de reprendre peu à peu sa vie ordinaire. Il y a 4 centimètres de différence entre la cuisse droite et la cuisse gauche; mais la consolidation est complète. Le cal est volumineux, mais non douloureux. Il existe encore un peu de raideur articulaire du genou.

La pseudarthrose est une complication plus fréquente des fractures par armes à feu que des fractures communes. On sait que Gurlt, sur 233 pseudarthroses, en comptait 67 consécutives à des fractures compliquées ordinaires, contre 116 survenues à la suite de fractures par coup de feu.

Il est vrai que Chenu a trouvé dans les fractures des grandes diaphyses une proportion de pseudarthroses variant de 1 à 2 p. 100, et que Monakowski a trouvé seulement une proportion de 1 p. 100; mais il est certain que plus que les autres fractures, ces fractures par balle exposent aux complications qui peuvent produire la pseudarthrose. C'est la contention insuffisante, les secousses imprimées au membre, en cas de transport; c'est l'étendue de la perte de substance, la présence d'esquilles nombreuses, l'ostéite, l'ostéomyélite, l'interposition entre les fragments de corps étrangers, osseux, métalliques ou autres, la suppuration abondante qui en résulte, qui s'opposent à la réunion osseuse.

Notre malade avait une fracture transversale ou à peu près; et l'intérêt de cette fracture réside en ce fait qu'elle avait été produite par une balle qui avait perforé la diaphyse incomplètement et s'était arrêtée dans l'os, où elle s'était pour ainsi dire encastrée, aplatie et déformée, étant faite de plomb mou.

Il a été donné à M. Delorme, dans son « Mémoire sur les types de fractures de diaphyses », de bien démontrer que ces fractures de diaphyse par perforation existent et sont même très fréquentes. On sait, en effet, qu'elles avaient été considérées autrefois comme exceptionnelles.

Les perforations incomplètes, c'est-à-dire d'une seule paroi de la portion d'une des diaphyses par les balles, ne peuvent être produites, selon M. Delorme, que par une balle de faible vitesse, c'est notre cas. De plus, elles sont assez simples; il n'y a pas grand fracas, il n'y a pas de grandes esquilles.

Dans notre cas, il y avait un premier trait de fracture transversal, réunissant la perforation avec la face externe de l'os; puis, partant également de la perforation, une double fissure détachant un fragment triangulaire d'os, à base interne et à sommet au niveau de la perforation.

La balle aplatie était entre les fragments qui n'avaient pas subi d'écartement, et dans son parcours, elle avait entraîné avec elle des fragments de tissu du pantalon, qui l'entou-

raient presque, et à d'autres points étaient adhérents à des parcelles osseuses.

Il est probable que l'écartement des fragments a été produit secondairement à la plaie osseuse, par les manipulations du membre et le transport du malade, mais il était, en tout cas, fort minime, et c'est un des bons signes de ces perforations incomplètes.

Le procédé de M. Tillaux m'a donné ici d'excellents résultats : extension, contre-extension légères, immobilisation dans une gouttière, mais pas de sutures osseuses. Il est certain que ce procédé est excellent, dans les cas, relativement rares, il est vrai, où la fracture est transversale, ou à peu près, où le déplacement est nul ou peu marqué, et où il n'y a pas eu besoin de faire de grands délabrements musculaires.

En résumé, comme le recommande M. Delorme, en présence d'une pseudarthrose, suite d'une fracture par arme à feu, accompagnée ou non de fistules, il faut aller voir ce qui s'oppose à la cicatrisation osseuse ; débrider jusqu'à l'os, rechercher le corps étranger, fragment de plomb, etc., déplier les surfaces et les rapprocher. Le mode de rapprochement variera : fils d'argent, chevilles d'ivoire, plaques d'aluminium ; mais, le corps étranger enlevé, la fracture, en général, guérira très bien, à la condition de soigner en même temps l'état général, et, le plus tôt possible, l'état d'atrophie du membre fracturé.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

410. M. Bourgouin. Étude clinique sur quelques tumeurs solides de l'ovaire à évolution lente. — 411. M. Jénart. Étude clinique sur les phénomènes oculaires du tabes. — 412. M. Derrien. Contribution à l'étude des dermatites exfoliantes. — 413. M. Sorel. Contribution à l'étude du diabète. Diabète et glycosurie d'origine nerveuse. — 414. M. Veillon. Recherches sur l'étiologie et la pathogénie des angines aiguës non diphtériques. — 415. M. Beaudonnet. Contribution à l'étude des ostéo-périostites syphilitiques de l'orbite. — 416. M. Verneuil. La fièvre jaune. Des mesures hygiéniques et prophylactiques à prendre à bord des navires marchands. — 417. M. Dumont. Contribution à l'étude de la pathogénie des phlegmons péri-maxillaires. — 418. M. Laforgue. Des plaies du cœur au point de vue médico-légal. — 419. M. Courtault. Réformes et améliorations proposées pour la protection médico-légale du premier âge. — 420. M. Boix. Le foie des dyspeptiques et, en particulier, d'une forme de cirrhose non alcoolique du foie, due à l'intoxication d'origine gastro-intestinale. — 421. M. Alleaume. Contribution à l'étude de la péritonite tuberculeuse. Pronostic et traitement. — 422. M. Harou. De la résection du genou chez l'enfant dans les tumeurs blanches suppurées. — 423. M. Vaugrente. Essai de traitement méthodique et rationnel des ulcères de jambes. — 424. M. Chaminade. Considérations cliniques sur l'érysipèle dans l'état puerpéral. — 425. M. Boury. Observations sur le rôle de l'eau de chaux dans l'allaitement artificiel et le régime lacté exclusif. — 426. M. Lecourt. Considérations sur l'anthrax. — 427. M. de Villenon. De l'érysipèle dans les maladies du foie. — 428. M. Gautier. Contribution à l'étude clinique de la chloro-anémie chez les nourrissons. — 429. M. Taburet. Contribution à l'étude de la valeur séméiotique de l'hémoptysie au début de la tuberculose pulmonaire. — 430. M. Gérard. L'oreillette gauche dans le rétrécissement mitral. — 431. M. Baruk. Des hallucinations dans la paralysie générale. — 432. M. Gauja. De la kératose pilaire. — 433. M. Perdrizet. De diverses amputations du col de l'utérus et de leurs indications en dehors du cancer. — 434. M. Beissat. Étude sur l'albuminurie dans le saturnisme. — 435. M. Raoul Poullain. De la varicelle dans le cours de la rougeole et de la scarlatine. — 436. M. Paul Rousseau. Anomalies des artères rénales. — 437. M. Chipault. Rapports des apophyses épineuses avec le contenu du canal rachidien. — 438. M. Édouard Henry. La syphilis tertiaire de la gorge.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 12 septembre 1894, M. Robert, médecin principal de première classe, professeur d'anatomie chirurgicale à l'École d'application de médecine et de pharmacie militaires, a été désigné comme membre du comité technique de santé.

— *Manœuvres du service de santé.* — Les exercices spéciaux du service de santé du gouvernement de Paris auront lieu, cette année, à Versailles et dans les environs de cette place, du 8 au 12 octobre inclus.

Les manœuvres se feront sous la haute direction de M. le général Thiou, commandant la 3e brigade d'artillerie, et sous la direction technique de M. le médecin principal de première classe Lœderich, directeur du service de santé du 3e corps d'armée.

Les opérations sur le terrain auront pour objet la représentation de l'échelonnement des divers éléments d'une division au combat. La division représentée comprendra de 1200 à 1500 hommes d'infanterie et un groupe de 3 batteries de 6 pièces. Elle sera commandée par M. le colonel breveté Delane, du 5e régiment du génie, et aura pour médecin divisionnaire M. le médecin principal Delorme. Chacune des deux brigades sera commandée par un lieutenant-colonel ; les régiments auront pour chef des commandants et les bataillons des capitaines.

L'ennemi sera figuré, sous le commandement supérieur de M. le colonel de Quinemont, du 27e dragons, par un bataillon d'infanterie, une section d'artillerie et un peloton de cavalerie.

Les troupes et les cadres seront désignés dans la garnison de Versailles.

— M. le docteur Brullé est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque d'Hesdin.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Exposition universelle de Lyon. Train de plaisir à prix réduits, de Paris à Lyon.* — Aller : départ de Paris le 22 septembre à 11 h. 10 du soir ; arrivée à Lyon le 23 septembre à 10 h. 59 du matin.

Retour : départ de Lyon le 25 septembre à 11 h. 25 du soir ; arrivée à Paris le 26 septembre à midi 18.

Prix (aller et retour) : 2e classe 39 francs ; 3e classe 25 francs.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Des traumatismes craniens et du mode d'action de la craniectomie, par le docteur Louis Masson. Gr. in-8°, 202 p. — Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Les eaux d'alimentation, épuration, filtration, stérilisation, par le docteur E. Guinochet, pharmacien en chef de la Charité. (*Encyclopédie de chimie industrielle*). 1 vol. in-18 jésus de 369 p. avec 52 fig., cartonné. — Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 109. — JEUDI 20 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 20 SEPTEMBRE 1894. — N° 109.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE	3 mois : **8 fr. 50.**	6 mois : **16 fr.**	1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE	3 mois : **10 fr.**	6 mois : **18 fr.**	1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Guermonprez (de Lille) a fait une communication sur l'emploi des éponges parfaitement aseptiques dans le traitement de certaines affections chirurgicales rebelles, telles, par exemple, que les ulcères de jambes. A l'aide de pansements rares faits avec ces éponges laissées en place pendant douze ou quatorze jours, M. Guermonprez aurait obtenu de bons résultats.

Dans un rapport sur un travail de M. Van der Stok, relatif à la maladie de Thomsen envisagée au point de vue de l'aptitude militaire, M. Le Roy de Méricourt a rappelé ce qu'est cette maladie caractérisée par une sorte d'impotence musculaire, qui se manifeste surtout après le repos. Il importe pour les médecins militaires de bien connaître cette affection qui rend impropre au service et qui, en raison de l'absence de tout autre symptôme, pourrait faire passer pour des simulateurs les malheureux qui en sont atteints.

M. Marey rouvre la discussion sur la vélocipédie. Il nous paraît avoir porté la question sur son véritable terrain en se plaçant au point de vue purement physiologique et en montrant que ce ne sont pas les mêmes muscles qui agissent pour la marche et pour la course, pour la vélocipédie en terrain plat ou en côtes. Alors que la fatigue est presque nulle dans le premier cas, elle devient excessive dans le second. Parmi les inconvénients de la bicyclette, M. Marey insiste avec raison sur celui qu'elle présente en faisant négliger les autres exercices, en particulier ceux de la marche et de la course.

Nous pensons que la discussion sur la vélocipédie ne s'en tiendra pas là. Une commission a été nommée pour mettre à l'étude ce genre de sport, et il y a tout lieu de penser qu'elle y reviendra.

HOPITAL DES ENFANTS-MALADES. — M. D'HEILLY.

Fièvre typhoïde avec hypothermie extrême.

Par M. Raphaël RAIMONDI.

C'est dans le service et sous l'inspiration de M. le docteur d'Heilly que cette observation a été prise.

L'histoire du malade ne présente en elle-même aucun signe fonctionnel particulier; de même, les signes ordinaires de la fièvre typhoïde furent observés.

Ce sont les oscillations extrêmes de la température, son abaissement excessif qui font l'intérêt de ce cas.

L'enfant, le nommé L... (Claude), âgé de onze ans, entre dans la salle Henri Roger, au n° 1, le 13 juin 1894; il vient d'Aubervilliers et a sa sœur qui est alors atteinte de fièvre typhoïde. Il est alité depuis quatre jours, mais depuis une quinzaine il avait perdu l'appétit et ressentait une légère céphalalgie. Depuis six jours, cette céphalalgie avait augmenté; la perte des forces devenait très grande; l'enfant dut donc s'aliter le samedi 9 juin, quatre jours avant son admission dans le service.

A partir de ce moment, la fièvre était apparue. Du délire nocturne était survenu. Pas d'épistaxis.

Le 13 juin, l'enfant commence à tousser et à avoir de la diarrhée.

Le ventre n'est pas douloureux; le délire continue (c'est la nuit qu'il se montre). La prostration est complète; les lèvres sont fuligineuses; somnolence dans la journée. C'est surtout du mal de tête que se plaint l'enfant. Le ventre est très ballonné, il n'est pourtant pas douloureux au palper. La diarrhée est jaune-verdâtre.

Pas de râles sibilants dans les poumons. Pas de toux.

Rate augmentée de volume.

Pas de taches rosées.

14 et 15 juin. L'état reste sensiblement le même. Quelques râles ronflants dans le poumon droit, en arrière.

La céphalalgie a disparu. On observe sur l'abdomen trois taches rosées disparaissant sous la pression du doigt.

20 juin. Mieux sensible. L'enfant est moins abattu; il demande à manger; la température est à 37°8.

23 juin. Cet état de bien-être continue. Rien de particulier dans aucun organe.

L'enfant prend un œuf. Température, 38 degrés.

24 juin. Le soir, le thermomètre marque 39°2.

Douleur excessivement violente dans l'oreille gauche. Agitation pendant toute la journée. La nuit, cette douleur interdit le sommeil. Des injections d'huile d'amandes douces parviennent à atténuer et à faire disparaître ce mal.

La température atteint le soir 41°2.

25 juin. Abattement. Ventre légèrement douloureux. Pas de vomissements; pas de sang dans les selles; pas de diarrhée. Constipation.

Douleur spontanée dans la région antéro-externe droite du thorax.

Rien à l'auscultation pulmonaire et cardiaque.

Cette douleur, qui est spontanée dans le côté droit, peut être réveillée par la pression en n'importe quel endroit du thorax et de l'abdomen. L'enfant, qui au début la localise du côté droit du thorax, montre, si on l'interroge sur le siège de sa douleur, l'abdomen et la paroi thoracique. Ce même jour, chute brusque de la température (37 degrés).

26 juin. Nouvelle ascension. Hyperesthésie persistante. Auscultation pulmonaire : souffle très intense au sommet du poumon gauche.

Au sommet droit, souffle, mais d'intensité moindre. C'est surtout dans le côté droit que le malade se plaint. Il n'éprouve plus de symptômes douloureux du côté de l'abdomen. A ce moment, petite toux sèche.

Depuis trois jours, l'état général s'est rapidement aggravé; l'amaigrissement est survenu très vite. Le teint est pâle, grisâtre.

L'enfant, qui la veille avait eu 40°2, a ce matin 35 degrés. Le souffle au sommet gauche a disparu. A droite, il persiste. Le pouls est excessivement lent : 44 pulsations par minute.

L'examen du cœur, des poumons et de l'abdomen ne laisse rien constater de particulier.

L'état général continue à être toujours défectueux. Pas d'appétit, soif intense, langue sèche. Pommettes saillantes; yeux excavés, cerclés de noir. Le maxillaire inférieur se dessine très nettement sous la peau; le nez est pincé; les membres amaigris à l'extrême; le grillage costal apparaît avec la plus grande netteté.

Après des oscillations de température variant entre 36 et 39 degrés, survient le 3 juillet une *chute brusque* de la température, 32°8. La température a été prise en notre présence à huit heures et demie le matin, pendant dix minutes, avec trois thermomètres différents. C'est la température rectale.

Si ce n'est la déchéance accusée, rien n'est révélé par l'examen des organes.

Le soir, 34 degrés.

5 juillet. A une heure du matin, nouvel abaissement, encore plus exagéré, 31 degrés.

Le matin, collapsus; respiration faible; pulsations cardiaques diminuées d'intensité; pouls petit, pas précipité. Mort le 8 juillet, à neuf heures du soir, dans un état de collapsus complet. Pourtant la température, qui à deux heures du soir était de 32 degrés, avait légèrement augmenté et, à six heures du soir, le thermomètre marquait 36°6.

Jamais de diarrhée durant les derniers jours de la maladie. La quantité d'urine était toujours restée normale; elle variait entre 500 et 600 grammes. Jamais on n'y a constaté de sucre ni d'albumine.

Le traitement a consisté en bains à 25 degrés pendant les quatre premiers jours. Puis Todd, lavements émollients; trois purgatifs. Au moment du collapsus, injections d'éther et de caféine; lavements de vin.

L'autopsie, pratiquée trente-six heures après la mort, montre :

Dans le thorax : le péricarde contient 60 grammes environ d'un liquide roussâtre, séro-purulent.

Le cœur est normal; aucune lésion des orifices; il n'est pas mou.

Poumons : le gauche est congestionné.

A droite, épanchement pleural; le liquide est de même couleur que celui contenu dans le péricarde. Il est séro-purulent. Quantité, 300 grammes environ. Fausses membranes blanc grisâtre, légèrement adhérentes au poumon droit et à la voûte diaphragmatique du même côté.

Poumon droit : base atélectasiée. Dans les deux lobes supérieurs, on constate deux gros blocs d'hépatisation rouge.

Examen de l'abdomen : la vessie est pleine d'urine; les reins sont légèrement congestionnés; ils se décortiquent naturellement.

Le foie est normal; il n'est pas augmenté de volume. Dur à la coupe. Taches blanchâtres à sa superficie. Canaux biliaires sains.

La rate est normale, pas hypertrophiée, pas diffluente; ardoisée.

L'intestin : au niveau de la portion inférieure de l'intestin grêle, dans la région iléo-cæcale, on rencontre une plaque de Peyer boursouflée, amincie.

Dans le cæcum, congestion nette; arborisations rouges.

Rien à signaler dans les autres organes; légère congestion du cerveau.

A propos de ces basses températures observées chez notre malade et des irrégularités de la courbe, il est intéressant de rechercher s'il a été noté de pareils abaissements dans les autres maladies et dans la dothiénentérie en particulier.

Nous ne nous occuperons que des basses températures centrales, écartant l'étude des basses températures périphériques.

On sait que c'est chez le vieillard, comme chez l'enfant, que le thermomètre peut s'abaisser aux points les plus extrêmes.

Charcot dit que c'est dans la pneumonie, et en particulier lors de la dégénérescence, que se manifeste chez les vieillards l'algidité.

Chez les enfants, l'algidité s'observe dans certains états morbides qui amènent des déperditions rapides et considérables, un trouble profond de l'hématose.

Dans l'œdème des nouveau-nés, Proust a observé des températures bien au-dessous de la normale; deux fois il trouva dans le rectum 23°2, chez des enfants l'un âgé de cinq ans, l'autre de vingt-quatre jours. Un autre enfant de cinq jours n'eut que 22°6, un autre de trois jours eut 21°8. Ces résultats furent relatés le jour même de la mort.

En 1880, dans sa thèse d'agrégation, M. Hutinel étudie la basse température centrale. On y trouve que, chez des malades en bonne santé, surpris par le froid, on a pu observer des abaissements extrêmes de la température.

Peter a vu, en 1869, une femme trouvée dans un fossé, après une nuit de mars pendant laquelle il était tombé de la neige, présenter 26 degrés dans le vagin. Elle ne mourut pas.

Bourneville relate le cas d'un individu trouvé nu sur le parquet d'une chambre, dont les fenêtres restèrent ouvertes toute la nuit, qui avait 27°4 dans le rectum. Il mourut au bout de neuf heures.

Dans les mêmes conditions, Reinke observe 24 degrés.

Dans certains états morbides, de basses températures sont signalées :

Dans un cas d'épithélioma de l'œsophage, compliqué de fistule broncho-œsophagienne, rapporté par Schneider, le malade avait de 30°1 à 31°5 pendant les derniers jours de sa maladie.

M. Hanot, chez trois malades atteints de cancer de l'estomac, qui succombèrent d'inanition, a observé 36 degrés et 34 degrés.

Dans une pneumonie chronique, la température rectale descendit à 32 degrés (Glaser).

M. Letulle cite deux faits de M. Brouardel, où une péricardite amena, dans le cours d'une fièvre typhoïde, un abaissement de la courbe thermique; mais, dans ces cas, le thermomètre ne descendit pas au-dessous de la normale.

Lors d'hémorragies, d'anémie, de cachexies, de scorbut, de purpura, les basses températures ne sont pas rares, mais jamais elles ne descendent aussi bas que chez notre malade.

Les affections cardiaques produisent fréquemment de l'hypothermie. Des températures au-dessous de 37°5 ont été fréquemment notées; la plus basse est 34 degrés.

Les commotions cérébrales, les plaies pénétrantes de l'abdomen, la hernie étranglée, sont des causes d'abaissement thermique. On a observé, dans ces maladies, des températures de 35 degrés.

Dans un cas d'anurie, Netter vit le thermomètre descendre à 34 degrés.

Dans le choléra, on ne rencontre pas de températures excessivement basses. On admet aujourd'hui que, d'ordinaire, dans cette maladie, la température reste oscillante entre 37 et 38 degrés. Hayem, sur soixante-neuf cas, note les mêmes oscillations; il observa pourtant 34 degrés dans un cas et deux fois 35 degrés.

Dans les fièvres en général, le typhus, la fièvre récurrente, on a souvent observé 35 degrés.

Les intoxications par la quinine, digitaline, vératrine, alcool, antimoine, mercure, plomb, etc., permettent aussi de constater un abaissement du thermomètre, mais jamais plus de 2 degrés au-dessous de la normale.

Enfin, ce qui nous intéresse particulièrement, a-t-on rencontré pareille hypothermie dans la fièvre typhoïde?

Il ne semble pas, d'après nos recherches, que semblable température, 31 degrés, se soit rencontrée dans cette maladie.

Des écarts de température semblables à ceux que nous relatons dans notre observation ont bien été vus, mais jamais hypothermie pareille.

On a, en effet, observé d'énormes écarts au cours de la dothiénentérie; c'est ainsi que l'on peut voir sur le tracé n° 12 présenté par M. Constantin Paul, en 1869, à la Société médicale des hôpitaux, une chute de température de 40°8 à 33°4. C'est le plus grand écart et la plus basse des températures que nous notions dans les différents tracés que cet auteur présente dans son mémoire.

Gille a observé, dans un cas à peu près identique au nôtre, une fièvre typhoïde qui, bénigne jusqu'au douzième jour, présenta, à partir du vingtième jour, des oscillations très étendues. Dans ce cas, la plus basse température qu'on observe est 34°6 le matin.

Wunderlich, dans son Tableau 20, montre une courbe où la température tombe à 33°5.

Les températures au-dessous de la normale ne sont pas rares dans la fièvre typhoïde. Selon beaucoup d'auteurs, c'est au stade amphibole que paraissent les phénomènes algides, et quand ces phénomènes surviennent, ils sont presque toujours dangereux.

Pour Wunderlich, c'est rarement au milieu des irrégularités et des fluctuations du stade amphibole que paraissent les phénomènes algides; pour lui aussi, ils sont très graves.

En effet, ces abaissements de la température dans la fièvre typhoïde, dit Hutinel, peuvent être provoqués par des accidents tels que les hémorragies, une perforation intestinale, etc., ou bien ces abaissements surviennent sans cause appréciable; ils sont alors liés à un trouble central et à un affaiblissement du cœur.

Dans notre observation, il faut éliminer les hémorragies et la perforation intestinale; c'est encore à une complication que nous devons attribuer l'abaissement de température 32°8, 32 degrés, 31 degrés, que nous avons observé.

Nous nous trouvons, en effet, en présence d'un malade qui fit, au début et à la période d'état, une fièvre typhoïde à symptômes bénins. Il a eu cette période prodromique caractérisée par le malaise, céphalalgie faible, anorexie. Puis période d'état non moins caractérisée avec température élevée, céphalalgie tenace, diarrhée, taches rosées, ventre ballonné. Enfin, il fait une descente en lysis, arrive pendant trois jours à 37°8.

C'est alors que, brusquement, il commence à faire des oscillations extrêmes.

Par ses signes cliniques, c'est bien à une fièvre typhoïde que l'on a affaire. De plus, l'enfant habitait Gennevilliers; sa sœur elle-même est atteinte de fièvre typhoïde.

En outre, l'examen nécropsique présente certes une rate peu augmentée de volume, pas ramollie; mais la portion inférieure de l'intestin grêle révèle l'existence d'une plaque de Peyer érodée, une injection du cæcum.

Nous admettons donc que, au déclin d'une fièvre typhoïde bénigne, au moment où les lésions d'infection s'atténuent et disparaissent, il est survenu une pneumonie, puis une pleurésie purulente métapneumonique, causes probables d'une nouvelle intoxication et de l'hypothermie.

Il ne nous a pas été possible de prendre du pus et de le cultiver, ce qui eût peut-être aidé à l'interprétation de cette hypothermie.

Nous ne savons non plus si l'urine contenait des toxines hypothermiantes, comme M. Bouchard en a rencontré souvent.

Avons-nous eu ici affaire à une toxine spéciale? L'hypothermie est-elle due au coli-bacille qui l'a engendrée quelquefois? Nous ne pourrions faire que des hypothèses.

Aussi nous permettons-nous de rapporter simplement ce cas, utile et intéressant par les écarts et l'abaissement extrême de la température.

NOTE SUR UN PROCÉDÉ SIMPLE POUR ARRÊTER L'ÉPISTAXIS

Par le docteur SZCZYPIORSKI (de Longwy).

Il est bien établi que la cause de beaucoup la plus fréquente de l'épistaxis réside dans une déchirure de l'artériole de la cloison. Pour l'arrêter, on a imaginé une foule de moyens, les uns plus compliqués que les autres et plus ou moins efficaces.

Or, de tous les moyens, le plus simple est celui qui consiste dans le *pincement du nez* avec les doigts. En outre, il est très efficace. Ce procédé qui, certes, a dû être appliqué maintes et maintes fois, tellement il paraît s'imposer par sa simplicité, n'est néanmoins l'objet d'aucune remarque dans les ouvrages classiques courants. On cite la manière de faire, préconisée déjà par Valsalva, ou la compression digitale directe de l'artériole lésée, on passe sous silence la compression digitale indirecte par pincement du nez, et cependant combien plus simple et plus élégante!

Voici dans quelles circonstances je fus amené à y recourir pour la première fois :

Au mois de mars dernier, je fus appelé auprès d'un

ouvrier vigoureux, âgé de quarante-cinq ans, pris d'une hémorragie nasale spontanée, inquiétante.

Avant mon arrivée, déjà, on avait essayé inutilement les tampons imbibés de perchlorure de fer. Le malade pissait littéralement le sang par sa narine gauche. J'y ai fait immédiatement une injection d'eau très chaude et j'ai cautérisé la narine gauche à la partie antéro-supérieure de la cloison, siège de l'hémorragie, avec le crayon de nitrate d'argent. L'hémorragie fut arrêtée, mais aussitôt un éternuement malencontreux fit de nouveau jaillir le sang. C'est alors que l'idée m'est venue de pincer le nez entre le pouce et l'index, assez énergiquement. Immédiatement l'hémorragie cessa. La compression avait duré dix minutes environ, sans interruption, et après, fut pratiquée par le malade à chaque nouvel éternuement.

Depuis, dans plusieurs cas d'épistaxis spontanées, j'ai appliqué le même procédé, à l'exclusion de tout autre et toujours avec le même succès.

A l'avantage de sa simplicité, il y a à ajouter celui de la possibilité d'être appliqué par le malade lui-même. Si j'osais terminer cette petite note par un aphorisme, je dirais :

« Il faut toujours pincer un nez qui saigne. »

REVUE DE LA PRESSE

Le végétarisme devant la science. — Le professeur Erisman n'est pas partisan du végétarisme.

La tendance à exclure tout produit animal de l'alimentation de l'homme n'est basée sur aucune donnée scientifique. Ce n'est pas l'alimentation animale qu'il faut accuser de prédisposer à certaines maladies, mais, au contraire, l'alimentation végétale poussée à l'extrême. Le régime végétarien exclusif met l'homme dans l'impossibilité de vivre dans les conditions climatériques si différentes du globe.

Le végétarisme pur, qui se rencontre par bonheur si rarement (puisque les végétariens emploient des œufs, lait, beurre, fromage, etc. qui sont de provenance animale « non meurtrière »), n'est pas indifférent, mais, au contraire, très nuisible. Le végétarisme relatif « non meurtrier » peut avoir nos sympathies, mais seulement au point de vue éthique. (*Wratsch*, n° 1, 1894.)

Erythromélalgie. — M. Moutschnik publie l'observation d'une femme de cinquante-cinq ans, atteinte d'érythromélalgie. Née dans une localité où règne l'impaludisme, elle a depuis dix ans des accès de fièvre intermittente tous les deux ou trois mois; aucune autre maladie antérieure. En 1886, elle éprouva, pendant un de ces accès, une douleur violente d'abord dans le gros orteil du pied gauche, puis dans tous les autres orteils et la plante de ce pied. La douleur revenait chaque jour et durait deux heures, pendant lesquelles la malade sentait un gonflement et des battements des vaisseaux du membre atteint. A la fin de l'accès, démangeaison très forte. Quelques mois plus tard, mêmes douleurs au membre supérieur gauche ; puis bientôt maux de tête, surtout dans la moitié gauche ; par moments, vertiges allant presque jusqu'à la perte de connaissance, mais sans nausées, ni vomissements. Au début, dans l'intervalle des paroxysmes, l'état général était assez bon et la malade pouvait mouvoir librement ses membres ; mais dans ces derniers temps les mouvements des membres gauches sont gênés et inhabiles. La peau des orteils malades est chaude, légèrement tuméfiée et d'un rouge foncé. A la plante du pied la teinte est cyanosée jusqu'à la ligne de Lisfranc ; on trouve un point douloureux sur la plante du pied, à 2 centimètres du gros orteil. A la main gauche points douloureux sur les trois premiers doigts qui sont tuméfiés et cyanosés, tandis que l'annulaire et l'auriculaire sont normaux. Les petits mouvements sont gênés. L'artère radiale est normale. La temporale gauche se dessine sous forme d'un cordon dur, sinueux, pulsatile ; la droite ne présente rien de pareil ; la face est rouge, les conjonctives injectées. L'état général est mauvais, avec faiblesse excessive. Les accès douloureux coïncident avec les accès palustres. En somme, les lésions occupent au pied la zone de distribution des nerfs plantaires et de quelques branches du tibial postérieur ; à la main, celle du radial à la face dorsale ; du médian à la face palmaire. L'auteur croit qu'il s'agit d'une angionévrose, ce qui parle en faveur d'une lésion des centres médullo-cérébraux qui sont atteints les premiers dans la malaria. (*Gaz. hebd. méd. de la Russ. mérid.*, n° 7, 1894.)

Radix apocyni cannabinis dans les maladies du cœur. — M. Glinski a expérimenté sur lui-même (l'auteur souffre d'une hypertrophie du ventricule gauche avec phénomènes de dilatations cardiaques par moment) et sur plusieurs autres cardiaques, l'extrait aqueux du radix apocyni cannabinis (XV gouttes trois fois par jour), et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Radix apocyni cannabinis contient une substance active qui appartient au groupe des médicaments cardiaques. Son action est analogue à celle de la digitale, mais sans propriétés accumulatrices. Elle ralentit l'action du cœur, diminue le nombre de pulsations, rend le pouls plus fort et plus plein ;

2° Dans les dilatations du cœur, ce médicament fait diminuer rapidement l'étendue de la matité précordiale ;

3° Il augmente chez les cardiaques la quantité d'urine, diminue la dyspnée, la tachycardie, les œdèmes et les infiltrations des séreuses. Son absorption à doses médicamenteuses ne s'accompagne d'aucun phénomène désagréable, sauf une sensation de battements des vaisseaux de la tête. (*Wratsch*, n°s 6 et 7, 1894.)

Laminectomie pour blessure du rachis par arme à feu. — M. Bereskine signale, à la Société de chirurgie de Moscou, un cas de blessure du rachis guérie par la laminectomie. Le malade s'est porté lui-même un coup de feu dans la région précordiale. L'auteur a vu le malade une première fois trois jours après l'accident. Il a trouvé à 3 centimètres en dedans de la ligne mamelonnaire, à la hauteur de la sixième côte, l'orifice d'entrée de la balle ; douleur à la pression au niveau de la onzième vertèbre dorsale. Paraplégie complète, rétention d'urine et des fèces. Anesthésie cutanée de la moitié inférieure du corps. Diagnostic : lésion de la moelle épinière à la hauteur de la onzième vertèbre dorsale. Supposant que la plupart des phénomènes sont dus à la compression par la balle, on s'est décidé à l'extraire. Mais après l'incision on a trouvé les lames vertébrales et les apophyses transverses intactes et le diagnostic n'étant pas solidement basé, on s'est décidé à s'arrêter là. Dix jours plus tard s'est montrée la rougeur à la région trochantérienne, et tous les phénomènes persistant, on fut obligé d'intervenir par la laminectomie. Deux incisions longitudinales et parallèles à la hauteur des deux dernières vertèbres dorsales et la première lombaire, unies par une incision transversale entre la première et la deuxième lombaire, donnaient ainsi un lambeau cutané après séparation des apophyses épineuses des lames vertébrales. Les lames des trois vertèbres citées furent coupées. La moelle mise à nu, on pouvait par pression sentir le corps étranger à la hauteur de la onzième dorsale. La moelle érignée à droite, on pouvait voir l'orifice de sortie de la balle dans le corps de la onzième dor-

sale. Incision longitudinale des méninges et de la moelle et extraction de la balle de l'épaisseur de celle-ci. Suture de la dure-mère et de la peau. Tous les phénomènes morbides disparurent peu à peu et le malade est actuellement (huit mois après l'intervention) en pleine voie de guérison.

Ankylose temporo-maxillaire; résection partielle du maxillaire inférieur; guérison. — M. Saritscheff présente, à la Société de chirurgie de Moscou, à sa séance du 4 février 1894, une malade de vingt-cinq ans, qu'il a guérie pour une ankylose temporo-maxillaire.

A l'entrée à l'hôpital, on a noté une hémiatrophie faciale, la bouche était déviée, le maxillaire supérieur plus saillant en avant, le menton rejeté en arrière; l'aspect de la malade, par suite d'atrophie du maxillaire inférieur, rappelait la tête d'oiseau. Les mâchoires étaient serrées, l'ouverture de la bouche impossible, la parole peu distincte; la malade ne pouvait prendre que des liquides. Ces lésions seraient dues à un processus inflammatoire de la face, à l'âge de quatre ans. L'auteur a fait une résection bilatérale partielle de la branche montante du maxillaire inférieur. L'ouverture de la bouche était déjà devenue possible immédiatement après la résection. Bonnes suites opératoires, la mastication pouvait se faire neuf jours après l'intervention, la parole est devenue très distincte. M. Saritscheff a préféré créer une pseudarthrose au-dessus de l'angle de la mâchoire que de réséquer les articulations temporo-maxillaires ankylosées, ce qui aurait nécessité de grandes mutilations. En plus, son intervention lui a permis de conserver les masticateurs intacts.

Trois cas d'ablations de tumeurs cervicales avec blessure du faisceau vasculo-nerveux. — M. Kalinowski communique, à la Société de chirurgie de Moscou (janvier 1894), trois cas de blessure du faisceau vasculo-nerveux du cou au cours d'ablation de tumeurs de la région. Dans le premier cas, lympho-sarcome du cou, on a appliqué une double ligature sur la veine jugulaire et la carotide primitive et on a sectionné les vaisseaux entre les ligatures. En même temps, on fut obligé de sectionner le pneumogastrique; il s'est produit une accélération de la respiration, le pouls est devenu incomptable et on fut obligé de cesser le chloroforme. Deux minutes plus tard, tout est rentré dans l'ordre. Bonnes suites opératoires, mais récidive de la tumeur dix mois plus tard.

Le second malade fut opéré pour un lympho-sarcome bilatéral du cou. Ablation de la tumeur à gauche avec section de la jugulaire et du pneumogastrique. Suites opératoires bonnes, mais récidive au bout d'un mois.

Le troisième cas, analogue aux précédents, est sans récidive jusqu'à présent (neuf mois après l'opération).

Érysipèle du larynx. — Le docteur Lounine a communiqué à la Société de médecine de Saint-Pétersbourg trois cas d'érysipèle du larynx qu'il a observés.

Chez le premier malade, l'affection a débuté par les frissons, fièvre, dyspnée et mal de gorge. Le rapporteur l'a examiné le troisième jour et a trouvé de la rougeur et de l'infiltration de l'épiglotte, du cartilage arythénoïde gauche et du repli ary-épiglottique gauche; le cartilage thyroïde était douloureux à la pression. Deux jours après, la moitié gauche du larynx était guérie, mais la moitié droite fut prise, la rougeur et l'infiltration de ce côté n'ont duré qu'un jour.

Chez le deuxième malade, le début était à peu près le même, mais avec dysphagie et raucité de la voix en plus, surtout intenses le troisième jour. Un accès de suffocation s'étant produit, le médecin consulté fit appliquer des sangsues; le soir, deuxième accès, avec respiration croupale, pouls à 120. A l'examen, on constatait une légère rougeur de l'isthme du gosier, une rougeur intense et l'œdème de l'épiglotte et des replis ary-épiglottiques qui oblitéraient complètement l'orifice glottique. Pendant l'examen du larynx, nouvel accès de suffocation ayant nécessité la crico-trachéotomie; après l'opération, la respiration est devenue libre et la température a baissé, mais la guérison complète ne s'est effectuée qu'au bout de quatre semaines.

Dans le troisième cas, il y avait en même temps adénite sous-maxillaire et infiltration du tissu cellulaire sous-cutané de la région sous-maxillaire; râles humides dans les poumons. Sur la paroi postérieure du larynx, il y avait une petite tumeur d'aspect vitreux, du volume d'un pois, qui s'appliquait, pendant la respiration, contre les cordes vocales supérieures infiltrées. La gêne inspiratoire qui était considérable au début du troisième jour a diminué le soir, de même que la dysphagie, mais la respiration restait fréquente (40 par minute), de même que le pouls (132) et la toux sèche. Le quatrième jour, l'infiltration laryngée a disparu, les ganglions sous-maxillaires ont diminué, mais les phénomènes pulmonaires s'accentuèrent et le malade mourut le lendemain. (*Saint-Pétersbourg Med. Woch.*, n° 1, 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 18 septembre 1894. — Présidence de M. GUÉRIN.

LECTURE

Usage des éponges en chirurgie. — M. GUERMONPREZ (de Lille) lit un travail sur ce sujet dont voici les conclusions :

1° Les éponges réellement aseptiques peuvent être employées sans danger en chirurgie.

2° Le tissu de l'éponge peut être absorbé par l'organisme; il commence par devenir adhérent; il perd ensuite son élasticité; il disparaît enfin sans laisser aucune trace.

3° Dans le traitement des ulcères de jambe du type ordinaire, l'éponge est utile si on a soin que l'ulcère soit préalablement désinfecté. L'éponge doit être choisie à mailles très larges; elle doit être morcelée en très petits fragments, très minces, presque feuilletés. Si le pansement est renouvelé à de rares intervalles (huit à quinze jours), l'éponge est d'abord adhérente, puis absorbée; les bourgeons acquièrent tous les caractères de ceux d'une plaie régulière; la cicatrisation suit une marche rapide et se termine en quelques semaines.

4° Dans les plaies cavitaires qui succèdent à l'élimination de longs séquestres du tibia, le tissu de l'éponge adhère, puis se résorbe de la même façon; il fait office de tuteur pour les bourgeons charnus qui s'organisent ensuite et comblent la cavité : les plaies se réparent sans laisser subsister de trajet fistuleux définitif, si la désinfection du foyer est sévèrement maintenue pendant toute la durée du traitement.

5° Il ne paraît pas en être de même dans les plaies cavitaires qui succèdent à la pleurésie purulente.

6° Sur les néoplasmes ulcérés, l'éponge est bien tolérée pour supporter la compression hémostatique; mais elle n'y adhère pas et ne s'y résorbe pas.

7° Dans les brûlures de vaste étendue, les applications discrètes de minces couches d'éponge paraissent favoriser le processus de cicatrisation.

RAPPORT

Maladie de Thomsen. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur un travail de M. Van der Stok, sur la maladie de Thomsen considérée sous le rapport de l'aptitude au service militaire.

Dans la maladie de Thomsen, les malades conservent les apparences de la santé; état normal des membres, des viscères. Le système musculaire présente seul des symptômes morbides : après un repos, les premiers mouvements sont lents, maladroits; cet état disparaît assez vite, ils occupent surtout les mouvements de flexion et d'extension des bras; les mains fermées ne peuvent s'ouvrir qu'après beaucoup d'efforts. Les muscles contracturés sont durs au toucher, pendant 10 à 27 secondes. Les contractions spasmodiques ne déterminent pas de douleur; l'accès est provoqué par les mouvements brusques, par la chaleur, le froid.

Cette affection est congénitale, héréditaire. Dans deux familles qui comptent 89 descendants (43 hommes, 46 femmes), 46 individus sont atteints de la même maladie (23 hommes, 23 femmes).

Parfois, une raideur cataleptique envahit tout le corps et le sujet tombe à terre, dans un état de prostration absolue.

Il est impossible de savoir si la cause première de la maladie est le muscle ou le nerf; elle est incurable.

La maladie de Thomsen, dûment constatée, rend inapte au service militaire.

Les militaires qui en sont affectés doivent être mis en réforme. Les engagés volontaires ne doivent pas être admis.

Cette affection doit figurer dans les règlements relatifs à l'examen d'aptitude au service militaire ou à la réforme, sous le nom spécial de maladie de Thomsen.

La police, les tribunaux, les jurys, les médecins légistes doivent prendre note des symptômes de cette maladie, et des rapports qui peuvent exister entre les crimes ou délits et l'état psychique d'une personne accusée ou coupable.

La maladie de Thomsen est aujourd'hui facile à constater. Elle ne sera plus, pour les infortunés qui en sont atteints, la source de douloureuses épreuves et de vexations continuelles. On les jugeait souvent fort mal, sans connaissance de cause, et ils étaient accusés d'imposture et de simulation.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LA VÉLOCIPÉDIE

M. MAREY considère la discussion sur le vélocipède comme fort importante, il est intéressant de savoir si cet instrument est dangereux ou innocent.

Au point de vue physiologique, pour parcourir un espace donné, il exige moins de travail que la marche. Le gros travail effectué par le marcheur est la nécessité, à chaque pas, de soulever le poids de son corps. Rien de semblable avec la vélocipédie.

Ce ne sont pas les mêmes muscles qui agissent pour la marche et la course. Il en est de même pour la promenade en vélocipède sur un terrain plan ou pour l'ascension d'une côte. Il y a donc exercice musculaire généralisé de ce fait. Mais, dans tous les cas, la totalité des muscles du corps entrent en fonction.

M. Marey constate que l'exercice du vélocipède est très agréable.

Parmi les inconvénients, cet exercice, si on s'y livre par trop exclusivement, peut faire négliger les autres exercices, et en particulier la marche et la course, et peut-être les bicyclistes endurcis s'exposent-ils, avec le temps, à devenir de mauvais marcheurs; mais cela ne peut se produire qu'en cas d'exagération; il n'y a qu'à modérer l'ardeur des bicyclistes de profession.

M. Marey croit qu'on pourrait modifier la construction du bicycle et le mettre plus en rapport avec les nécessités de l'hygiène. Par exemple, reporter le siège en avant, de façon à rendre plus difficile la position courbée que prennent certains vélocipédistes; cela permettrait, d'ailleurs, d'utiliser d'une façon plus réelle le poids du corps, pour appuyer sur la pédale, et cela rapprocherait de la marche ordinaire.

M. WEBER fait observer qu'en ce qui concerne le défaut d'habitude de la marche ordinaire, qui est la conséquence des excès de vélocipède, on élève des chevaux spécialement pour la course ou pour le trot. Un cheval habitué à la course est un mauvais trotteur, et réciproquement.

Les muscles qui fonctionnent chez les vélocipédistes n'étant pas les mêmes qui fonctionnent dans la marche, le vélocipédiste de profession perdra l'aptitude à marcher convenablement.

M. VERNEUIL persiste à croire que l'attitude courbée d'un vélocipédiste est anti-physiologique; sur 100 vélocipédistes, 95 se tiennent mal.

Dans tous les exercices physiques, il est utile de faire jouer le plus grand nombre de muscles possible, c'est pour cela que la marche, la natation sont si utiles. Les choses se passent autrement avec le vélocipède. Dans une lutte entre un marcheur et un vélocipédiste, toutes choses égales, le vélocipédiste serait battu.

M. HALLOPEAU croit que la fatigue du bicycliste est moindre que celle du marcheur pour un même temps.

Les muscles les plus variés sont mis en jeu par le bicycliste, parce que ce ne sont pas les mêmes muscles qui agissent dans toutes les attitudes du bicycliste.

Pour ce qui est de l'attitude, il ne faut pas exagérer, la flexion ne peut qu'être favorable.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 septembre 1894, M. Laederich, médecin principal de première classe, directeur du service de santé du 3e corps d'armée, a été promu au grade d'officier dans la Légion d'honneur.

— *Emploi de l'aluminium.* — Le pharmacien principal Balland, du comité de l'intendance, vient d'attirer l'attention sur les avantages qu'il y aurait pour le service de santé, à conserver certains produits pharmaceutiques, notamment l'acide phénique, dans des flacons en aluminium, à fermeture vissée.

Ces récipients seraient utilement employés, non seulement pour les approvisionnements de médicaments en campagne, mais aussi pour certaines denrées alimentaires, telles que l'eau, l'alcool, l'huile, le vin.

— *Eaux minérales.* — On lit dans le « Journal de E. J. F. Barbier » à la date du mois d'octobre 1734 : « M. le duc de la Trémoille a reçu, en Italie, l'ordre du roi de revenir en France pour songer à sa santé, et, après avoir pris les eaux de Vals, en Vivarais, il est arrivé à Fontainebleau, où il reste. »

On lit dans le même « Journal » à la date du mois d'octobre 1737 : « Madame la duchesse, la jeune, est revenue des eaux de Forges, qui lui ont fait beaucoup de bien. Elle est entièrement rétablie de ses indispositions et du danger où elle avait été depuis ses couches. »

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 1015, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUDD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 110. — SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 22 SEPTEMBRE 1894. — N° 110.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De l'imprégnation ou hérédité par influence.

Par F. REGNAULT,
Ancien interne des hôpitaux de Paris,

De l'imprégnation chez les animaux et faits qu'on a apportés en faveur de cette théorie chez l'homme. — Son rôle dans la littérature et en sociologie. — Des différentes explications qu'on a voulu donner à l'hérédité par influence.

I

DE L'IMPRÉGNATION CHEZ LES ANIMAUX. — La question de l'imprégnation ne cesse de préoccuper les éleveurs qui, généralement, la craignent. Nous allons examiner successivement cette question au sujet des divers animaux domestiques.

Il n'est pas d'éleveur de chien qui ne dise avoir remarqué qu'une chienne de race, couverte par un chien des rues, donne des chiens de race impure pendant plusieurs générations de suite, même si on a soin de l'accoupler ensuite avec un chien de race pure. Mais ces craintes ne reposent pas sur de simples on-dit, on en trouve des exemples consignés dans les traités spéciaux. M. Kiener (1) en a donné l'exemple suivant :

« Une chienne de l'Artois fut fécondée une première fois par un mâtin dont les yeux étaient vairons. Aux chaleurs suivantes, elle est liée par un chien artésien comme elle ; parmi les petits qui résultèrent de ce dernier accouplement, un avait l'œil vairon. »

« De quelque chien qu'une lyce sera couverte, a écrit le vieux Jacques de Fouilloux, la première fois qu'elle sera en chaleur et de sa première portée, soit de mastin, levrier ou chien courant, en toutes les autres portées qu'elle aura après, il s'en trouvera toujours quelqu'un qui ressemblera le premier chien qui l'aura couverte. »

(1) KIENER. Observation sur l'hérédité, in *Journ. de l'agriculture*, 1890, p. 449.

M. Elz. Blaze (1) a vu plusieurs fois une chienne de belle race, couverte la première fois par un mâtin, engendrer, dans les autres portées, des chiens mâtinés, bien que n'ayant été alors qu'avec un beau chien de sa race.

Le docteur C.-L. Martin (2) donne plusieurs observations personnelles analogues aux précédentes.

Le docteur Bowerbant communiqua à Darwin le cas suivant : « Une chienne turque, noire et sans poils, ayant été accidentellement couverte par un épagneul métis, à longs poils bruns, met bas cinq petits, dont deux étaient couverts d'un poil brun et court, les autres sans poil. Livrée ensuite à un chien turc, également noir et sans poil, elle met bas des petits pour moitié semblables à la mère, l'autre moitié des produits ressemblant tout à fait aux chiens à poils courts provenant du premier père. »

Charles Savary, poète français, qui écrivit en 1665 sur les chiens, paraît avoir connu ce fait singulier.

M. Miles, ancien professeur à l'École d'agriculture du Michigan (3), rapporte qu'une chienne noire, à peau nue, couverte par un épagneul à poils longs, bruns, donna cinq petits : trois à peau nue et deux à poils bruns, courts. Accouplée ensuite avec un mâle de Barbarie, tout à fait noir et nu comme elle, elle donna des petits dont les uns ressemblaient au chien de Barbarie, tandis que les autres avaient le poil du premier père.

Le professeur Agassiz unit une chienne terre-neuve à un barbet; partie des petits étaient pareils au père, partie à la mère, les autres tenaient des deux. La même chienne, accouplée ultérieurement avec un levrier, donna des petits semblables à ceux de la première portée : les traces du levrier y étaient à peine perceptibles.

Si nous passons à l'élève des béliers, les faits ne sont pas moins convaincants :

Magne (4) a écrit que les brebis blanches, fécondées pour la première fois par des béliers noirs et par des béliers blancs dans la suite, donnent avec ceux-ci des agneaux pies ou ayant les paupières, les lèvres et les jambes noirâtres.

Miles (5) a rapporté un fait semblable. Des brebis blanches à poil laineux furent fécondées par un bélier de cou-

(1) BLAZE. *Dict. Bouley*, t. IX, art. HÉRÉDITÉ, p. 167.
(2) MARTIN. *History of the dog*, 1843, p. 104.
(3) MILES. *Stock breeding*, chap. XII, p. 255.
(4) J.-H. MAGNE. *Hygiène vétérinaire appliquée*, p. 205.
(5) MILES. Déjà cité.

leur chocolat et poilu comme une chèvre. La progéniture des animaux fut croisée, mais ressemblant plus au père qu'à la mère. La saison suivante les brebis furent livrées à un bélier de leur race, et les agneaux qui résultèrent de cette union ressemblaient au premier bélier, par la nature et la couleur de leur toison.

Passons maintenant à l'examen des faits relatifs à la race porcine :

Une truie fécondée par un sanglier avait, d'après Meckel (1), mis bas plusieurs métis dont quelques-uns portaient le pelage brun du père. Le sanglier mourut. Longtemps après sa mort, la même truie s'accoupla différentes fois avec des verrats domestiques et, à chaque portée, on eut la surprise de voir reparaître, sur une partie des petits, des lambeaux de la robe foncée du sanglier.

Start (2) a observé un fait analogue.

Giles (3) rapporte qu'une truie de la race d'Essex, noire et blanche, fut couverte par un sanglier sauvage marron foncé ; les petits ressemblaient à la truie et au sanglier, chez quelques-uns, toutefois, la couleur du père prédominait.

Longtemps après la mort du sanglier, la truie fut couverte par un verrat d'Essex, cependant les gorets de cette portée avaient la robe des gorets de la première. Il est à remarquer que les Essex se reproduisent avec une constance parfaite, et que leur robe ne présente jamais la moindre tache de marron.

Les éleveurs de chevaux craignent généralement l'imprégnation, et quand ils font l'achat d'une jument, ils tiennent beaucoup à ce qu'elle n'ait pas déjà été montée. J'ai pu constater moi-même la véracité de cette assertion, en visitant le haras d'Annecy. Le directeur m'a certifié que lui et tous les gens qui s'occupent de l'élevage des chevaux croient à l'imprégnation.

Cette croyance a d'ailleurs été souvent exprimée.

Dans une lettre à M. A. de Marbaix (4), M. Fleming, vétérinaire principal des armées anglaises, s'exprime ainsi : « Quant à la question d'hérédité par influence, elle est reconnue ici, et c'est mon opinion que cette influence existe, mais qu'elle est plus manifeste chez certains animaux que chez d'autres. Elle est plus évidente, peut-être, chez la chienne et chez la truie que chez les autres animaux domestiques. Personnellement, je l'ai observée chez la chienne. En fait, elle est si bien reconnue par les éleveurs de chiens de valeur, que l'on tue la chienne qui a été fécondée par un métis, parce que sa progéniture future portera les traces de ce dernier. C'est aussi l'opinion de la majorité des éleveurs de chevaux et de bétail dans ce pays. »

Dans un rapport sur une exposition qui eut lieu en 1890, à Windsor, Blew dit qu' « il n'est pas sage d'élever avec une jument dont on ne connaît pas l'histoire, parce que les produits pourraient avoir la caractéristique des étalons avec lesquels elle aurait été en rapport antérieurement (5) ».

Les éleveurs de chevaux pur sang disent que, si une jument de course a été saillie une fois par un étalon ordinaire, jamais, dans la suite, elle ne donnera de vrais chevaux de course, bien que couverte alors par des étalons de pur sang. Mais passons à l'examen de faits constatés.

D'après M. Gayot, hippologue français (1), la jeune poulinière qu'on livre au baudet avant d'être donnée au mâle de son espèce, au cheval, et qui a commencé à mettre bas un muleton, produit par la suite des poulains qui ont quelque chose de la physionomie du mulet.

M. Cornevin (2), dont la compétence fait autorité en matière de zootechnie, rapporte qu'un éleveur des Pyrénées lui a dit avoir fait la même remarque : une jument saillie d'abord par un âne et donnant un mulet pour ses débuts, couverte dans la suite par le cheval, avait engendré un poulain dont le sabot se rapprochait plus de celui du mulet que du cheval.

Cette opinion a déjà, d'ailleurs, été soutenue depuis longtemps et Lucas (3) rappelle avec raison l'affirmation de Van Helmont et de Haller qu' « une jument fécondée d'abord par un âne, aura par la suite, d'un étalon, des produits qui rappelleront l'âne ».

Bouley dans son Dictionnaire, bien qu'il conteste la réalité de l'imprégnation, rappelle à ce propos que si l'on produit de beaux mulets dans le Poitou, c'est que les juments y sont comme héréditairement imprégnées par l'âne depuis longtemps.

Mais le fait le plus caractéristique est celui de lord Morton (4) produisant un hybride marqué de bandes, en unissant une jument arabe à un couagga. Plus tard, la même jument eut encore deux poulains dont le père était un cheval arabe, ils présentaient de même quelques zébrures aux jambes, au cou et à quelques autres parties du corps, les poils de la crinière étaient courts, raides et dressés, exactement comme chez le couagga. Le second poulain était marqué à un moindre degré que le premier. Ce ne fut qu'au troisième poulain que toute zébrure disparut.

William Turner (5) pense qu'il s'agit ici d'un cas de reversion à un ancêtre éloigné, présentant des zébrures et commun au cheval et au couagga.

Darwin a montré, en effet, qu'en quelques cas on pouvait observer, chez les jeunes poulains, une ou deux zébrures légèrement marquées sur le corps, mais on n'en a pas observé aux jambes. De plus, ces zébrures s'effacent à l'âge de cinq ou six mois ; et, d'autre part, les poulains n'offrent pas la crinière courte, raide et serrée du couagga.

Il s'agit donc là, bien évidemment, d'un cas d'imprégnation, mais non d'un cas d'atavisme, qui serait unique en son genre.

Chez les bovidés, les exemples sont moins nombreux. Cependant, M. de Marbaix (6) rapporte avoir élevé des centaines de bêtes bovines. Pour des raisons qu'il est inutile d'indiquer ici, il n'employait les taureaux que pendant un an. « Eh bien, nous avons remarqué que, le plus souvent, les veaux portaient la robe du taureau qui avait fécondé la génisse la première fois, l'année précédente. »

Ces faits ne se bornent pas aux mammifères. Chez les oiseaux des exemples semblables ont été observés :

(1) Meckel. *Deuts. Arch.*, t. VIII, p. 478.
(2) Stark. *Beit. zur Phys. Anthropol.*, p. 289.
(3) Giles. Voir Darwin, *Variation under domestication*, p. 429.
(4) Marbaix. *Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, Bruxelles 1890.
(5) Blew. *The Journ. of the royal agricultural Soc. of England*, oct. 1889, p. 552.

(1) Cité par Bouley et Reynal. *Dict. de méd. vétér.*, t. IX, p. 168.
(2) Cornevin. *Zootechnie*, Paris 1891, p. 356.
(3) Lucas. *Herédité*, t. II, p. 58.
(4) Lord Morton. *Philosophical Trans.*, 1881, et Darwin. *Les animaux et les végétaux domestiques*, 1868, 1re édit., vol. I, p. 403.
(5) W. Turner. *Rev. scient.*, 1899, p. 137.
(6) Marbaix. Déjà cité.

Un coq brahma sombre fut mis avec des poules brahmas claires, lesquelles, auparavant, avaient vécu avec un coq houdan. Les poules pondirent, couvèrent, élevèrent leurs poussins ; pondirent et couvèrent de nouveau, et les poussins de la seconde couvée portaient les marques du coq de houdan.

Ces poules étaient pures de tout sang houdan et n'avaient pas été en rapport avec un autre coq depuis l'arrivée du brahma (1).

Dans un but d'expérience un leghorn brun fut placé dans un poulailler pendant trois jours, avec huit poules brahmas, âgées d'un an. Séparées du leghorn, elles n'eurent plus de rapport qu'avec les coqs brahmas purs, et deux ans après elles donnèrent encore des poulets tachetés de brun comme le leghorn.

Le nombre des exemples, l'autorité des auteurs, l'abondance des renseignements pour chaque cas, l'exactitude des observations, qui ne laissent pas prise au doute, tout prouve que l'imprégnation est fréquente chez nos animaux domestiques.

L'opinion générale, le « consensus omnium », ne s'est donc pas trompé sur ce point, et à part quelques rares zootechnistes, qui n'ont pas fait école, la question d'imprégnation chez les animaux semble résolue pour tous par l'affirmative.

. . . .

II

De l'imprégnation chez l'homme. — On retrouve surtout dans les auteurs anciens la croyance à l'imprégnation chez l'homme. Vanini (2) rapporte en latin, qu'une femme adultère eut de son commerce illégitime un enfant qui ressemblait à son mari absent.

Ulysse Aldovrand (3) rapporte un fait semblable.

Pien les rapporte dans son livre (4), et croit qu'il s'agit de l'imagination de la mère. C'est la préoccupation mentale de la mère au moment du coït, la peur du flagrant adultère.

Quoi qu'il en soit de ces explications, des faits pareils qui s'adressent uniquement à la ressemblance plus ou moins vague que peut avoir un enfant, ne doivent pas entrer en ligne de compte. Ils n'ont de valeur qu'au point de vue historique.

A notre époque, les médecins, qui ont soulevé tant de questions, ont laissé celle-ci dans l'ombre. On peut feuilleter bien des traités de médecine, de pathologie générale, des dictionnaires même, sans trouver la moindre allusion à ce fait.

Une bonne revue a été donnée par Lucas dans son livre sur l'hérédité, mais ce traité est déjà ancien, et depuis la question n'est plus étudiée.

Les encyclopédies françaises, anglaises et allemandes ne traitent pas la question. Littré, dans son *Dictionnaire de médecine*, parle bien de l'hérédité par influence, mais sans détails.

Dechambre et Lereboullet, dans leur *Dictionnaire usuel des sciences médicales*, donnent seuls quelques détails. Nous y relevons entre autres ce fait bien curieux :

« On a vu, disent-ils, une femme de race blanche ayant eu un enfant d'un époux nègre, puis devenue veuve et remariée à un blanc, avoir de celui-ci des enfants qui présentaient sur certaines parties de la peau la pigmentation caractéristique de la race nègre. »

Il en est de même de plusieurs traités de physiologie, qui rapportent ce cas sans en mentionner l'origine. Duval fait de même dans ses leçons sur le transformisme (1).

Un tel fait rendrait indubitable l'imprégnation dans la race humaine. Malheureusement, les auteurs ne disent pas où ils ont puisé ce renseignement. Or, aucun autre auteur ne le cite. Ni Lucas, ni Cornevin, ni Marbaix, ni Bouley (2), qui ont pourtant fait des revues conciencieuses de ces faits, n'en font mention. Nous avons vainement cherché dans Buffon, et, faute de renseignements plus précis, force nous est de ne pas tenir un compte suffisant de cette première observation.

Les auteurs qui se sont occupés d'hérédité, Ribot notamment, ne font que citer l'hérédité par influence. Il existe pourtant, dans la science, trois observations sérieuses d'imprégnation chez l'homme, dont une offre le caractère d'une grande certitude.

Nous ne faisons que mentionner pour mémoire celle de Michelet dans son *Histoire de France* (t. XIII) :

« Mme de Montespan avait déjà eu un fils de M. de Montespan. Or, le premier enfant du roi, le duc du Maine, ne rappela que le mari. Il en eut l'esprit gascon, la bouffonnerie. On l'aurait cru, de ce côté, le petit-fils du bouffon Zamet. » Une ressemblance purement psychologique est, en effet, insuffisante pour entraîner la conviction.

Nous rapporterons, au contraire, avec détail les trois observations qui nous semblent plus concluantes. Nous allons les rapporter en commençant par celle-ci :

1° Alfred Lingard rapporte le cas suivant (3) : Un hypospade dont le père et le grand-père avaient eu cette infirmité, se maria avec une femme qui n'était pas sa parente. Il en eut trois fils hypospades, dont deux qui se marièrent donnèrent deux hypospades, et l'un de ces derniers rejetons fut encore père d'un hypospade.

Dans cette troisième génération, l'autre hypospade marié était mort peu d'années après la naissance de trois fils hypospades. Sa veuve, dix-huit mois après sa mort, contracta un second mariage, avec un époux qui non seulement n'était pas hypospade, mais encore n'offrait aucun hypospade chez ses parents. Elle en eut quatre fils, tous hypospades.

Le premier de ces fils eut trois enfants, non hypospades. Le second quatre enfants, dont un hypospade. Le troisième trois enfants non hypospades et dont un marié, donna deux rejetons non hypospades. Le quatrième un enfant non hypospade.

Par la précision et l'abondance des renseignements, en même temps que par la rareté de l'infirmité qui a été ici transmise par influence, cette observation me paraît offrir un caractère de certitude difficile à nier.

2° M. Marbaix, professeur à l'Université de Louvain (4), rapporte avoir eu parmi ses élèves un jeune homme épileptique. C'était l'enfant d'un second lit. Son père était parfaitement sain, mais le premier mari de sa mère était également épileptique.

(1) Voir *The country gentleman*, 1873, p. 475.
(2) Vanini. *Dialogi*, t. III, p. 236-237.
(3) Aldovrand. *Monstrorum hist.*, 1642, édit. in-folio, p. 385.
(4) Pien. *De viribus imaginationis.*

(1) Duval. *Rev. d'anthrop.*, 1884, p. 39.
(2) Bouley. *Dict. de méd. vétér.*, t. IX, p. 167, art. Hérédité.
(3) A. Lingard. *The Lancet*, 1884, t. I, p. 703.
(4) Marbaix. *Bull. de l'Acad. roy. de méd.*, année 1890.

3° M. Ladreit de La Charrière, enfin, enregistre un curieux exemple d'imprégnation (1).

« Nous avons fait, dit-il, l'éducation, à l'Institution nationale, de deux sourds-muets, frères de mère seulement. Leur mère avait eu de son premier mariage un seul enfant sourd-muet de naissance. Devenue veuve, elle ne tarda pas à se remarier et le premier enfant qui naquit de ce second mariage fut également sourd-muet de naissance. Elle eut ensuite d'autres enfants bien conformés et jouissant de tous leurs sens. Je dois ajouter que les deux premiers enfants ne se ressemblent pas. »

Cette observation manque d'un renseignement capital, sur l'état de santé du premier mari. Car on peut se demander si ce n'est pas de leur mère que ces deux enfants tiennent leur surdi-mutité.

Pour que l'observation fût probante, il aurait fallu que le premier mari fût sourd-muet et qu'on ne trouvât de surdi-mutité ni chez la mère, ni chez le second mari, ni chez leurs ascendants.

A cette question d'imprégnation, se rattache la question agitée autrefois à la Société d'anthropologie, de savoir si une femme australienne, qui est devenue grosse des œuvres d'un blanc, est désormais stérile avec tout Australien. Le docteur Stzelecki (2) l'affirme et admet que la première fécondation par le blanc a imprimé à la femme australienne un cachet, une marque indélébiles, comme si elle avait été imprégnée pour toujours au contact du blanc. On a dit la même chose des Hurons, des Séminols, des Araméens, des Polynésiens et des Mélanésiens (3).

Dans la discussion qui eut lieu à ce propos à la Société d'anthropologie (4), Broca donna sur la question des renseignements intéressants. Le fait avancé par Stzelecki aurait été confirmé en ce qui concerne les Australiennes par des renseignements ultérieurs. Les professeurs Goodnr, Carmichael et Maunsell ont appris, de sources diverses, que ces faits sont conformes à la vérité.

Deux auteurs, Heywood Thomson et Arthur Thomson, l'ont pourtant mis en doute : le premier, pour l'Australie, le second, pour la Nouvelle-Zélande. Tous deux ont dit connaître des cas où une femme indigène, fécondée d'abord par un Européen, a ensuite eu un enfant avec un homme de sa propre race.

L'union des Européens avec les Australiennes est rarement productive, c'est ce qui explique les contradictions. De plus, la stérilité est très fréquente chez les femmes indigènes.

Heywood Thomson avoue que la stérilité des femmes, après cohabitation avec les blancs, a lieu assez souvent, c'est un fait qui n'est pas contesté; il est dû à ce que les Australiennes ne conçoivent plus après trente ans, époque vers laquelle elles sont renvoyées par les blancs. De plus, l'Australienne qui vit avec le blanc fume et s'enivre. Elle n'a plus l'habitude des fatigues et des travaux, ce qui diminue sa fécondité; elle se soustrait à la maternité par l'infanticide.

Broca rappelle enfin trois articles d'Alex. Harwey (5) sur les modifications que fait subir à la constitution de la mère la gestation d'un embryon provenant de tel ou tel père. Il rapproche par suite la stérilité de l'Australienne des faits d'imprégnation.

Les travaux d'Heywood Thomson et d'Arthur Thomson doivent faire rejeter les conclusions de Stzelecki qui ne nous semblent pas avoir acquis droit de cité dans les sciences anthropologiques.

De toutes ces recherches, il ne reste donc qu'un fait incontestable, celui de M. le docteur Lingard, relatif à la transmission de l'hypospade. Le fait de M. Marbaix est déjà moins absolu, l'épilepsie étant une maladie plus fréquente, qui peut être acquise ; de plus, le fait d'imprégnation est unique. Quant à celui de M. Ladreit de La Charrière, nous avons dit pour quel motif nous le rejetions.

Le petit nombre de faits relatifs à l'imprégnation nous a suggéré l'idée, il y a trois ans, avec MM. Azoulay et Layard, d'en recueillir de nouveaux au moyen d'un questionnaire. On sait le profit que Darwin a tiré de questionnaires adressés aux missionnaires. Nous envoyâmes le nôtre aux médecins coloniaux ; nous le publions ici, espérant que peut-être il sera lu dans le journal par quelque médecin qui pourra y répondre :

NOM DE L'OBSERVATEUR .... LIEU PRÉCIS DE L'OBSERVATION ....

OBJET DE LA DEMANDE

A-t-on observé personnellement qu'une *femme indigène*, qui a eu d'un *homme blanc* un *enfant métis*, ait eu ensuite, par commerce avec un *indigène*, un second ENFANT AYANT DES TRACES DE SANG BLANC ?

QUESTIONNAIRE

1° La femme indigène était-elle vierge lorsqu'elle a eu son premier commerce avec l'homme blanc ?

2° L'homme blanc est-il de sang pur ou métissé d'indigène lui-même ? Indiquer alors son degré de métissage.

3° Combien a duré la cohabitation consécutive ?

4° Cette femme indigène a-t-elle eu un ou plusieurs enfants de cet homme blanc?

5° Quel sexe ont ces enfants ?

6° Quelles traces de métissage ces enfants portent-ils de l'union de la femme indigène et de l'homme blanc ? Les énumérer et les décrire brièvement.

7° Après un ou plusieurs enfants provenant de cette union de la femme indigène avec cet homme blanc, la femme indigène a-t-elle, par suite de séparation, de divorce ou de décès de l'homme blanc, cohabité avec un indigène ?

8° Combien a duré cette cohabitation ?

9° La femme indigène a-t-elle eu un ou plusieurs enfants de cette union avec un indigène ?

10° Quel sexe ont ces enfants ?

11° Ces enfants ont-ils des traces de métissage ? Les énumérer et les décrire brièvement. Ou bien sont-ils tout à fait de race indigène comme les parents ?

12° Cette femme a-t-elle une moralité assez grande pour qu'on puisse assurer que les enfants proviennent de l'homme blanc et de l'indigène ?

Nota. — Préciser l'âge de la femme et des hommes, les dates des cohabitations, des naissances, autant que possible.

Une seconde demandait si, inversement, on avait observé qu' « une *femme blanche*, qui a eu d'un *indigène* un *enfant*

(1) Voir p. 9 du livre de M. Goguillot : *Comment on fait parler les sourds-muets*, Paris 1889.

(2) Stzelecki. *Physical descriptiv of N. S. Wales and Van Diemen's lang*, p. 345-7.

(3) Bordier. *Géographie médicale.*

(4) Broca. *Bull. de la Soc. d'anthrop.*, 1868, p. 284.

(5) Harwey. *Monthly Journ. Edinb.*, 1849-1850.

métis, ait eu ensuite, par commerce avec un *homme blanc*, un second enfant ayant des traces de sang indigène »?

Nous ne reçûmes que peu de réponses, toutes négatives. On disait qu'on ne s'était pas préoccupé de la question, que les occasions d'observer ne s'étaient pas présentées ou encore on nous rapportait des faits qui n'avaient aucun rapport avec notre demande. On nous rappelait par exemple que la descendance du mariage d'un blanc avec une négresse pouvait être des enfants, les uns, blancs comme le père, les autres, noirs comme la mère.

Les questions faites de vive voix à des médecins n'eurent pas plus de succès. Nous tenons à rapporter néanmoins deux cas qui montrent combien il faut se méfier des assertions des confrères.

Le premier était un fait d'imprégnation évidente rapporté par le docteur B... L'enfant du second lit avait absolument la figure, les cheveux roux et le caractère indiscipliné du premier mari qui était mort. Quand nous réclamâmes des renseignements circonstanciés pour rendre l'observation scientifique, M. le docteur B... hésita et finit par nous dire que la mère avait des relations avec le frère de son premier mari! Peut-être prit-il un faux fuyant dans la crainte d'une indiscrétion qui aurait pu nuire à sa clientèle.

Un autre fait m'a été rapporté par M. Firmin, anthropologiste distingué d'Haïti. Quand je lui demandai une observation détaillée, elle perdit toute certitude et devint absolument floue. Une griffone de son pays avait vécu avec un Allemand roux, puis avait épousé un mulâtre dont elle avait eu un enfant roux qui n'avait les traits ni du premier mari, ni du second. Cet enfant pouvait ressembler à un de ses aïeux blancs, puisque ses parents n'étaient pas entièrement nègres. Du reste, les cheveux depuis auraient fonci!

Enfin un troisième docteur, M. W... de S... E... rapporte qu'on lui aurait confié le fait suivant : Une jeune dame T... était devenue veuve après trois ans de mariage. Elle avait eu un premier enfant de ce mari. Après trois ans de veuvage, elle se remaria et eut de son second mari un enfant. Ce dernier enfant ressemblait au premier mari à un point que cette jeune dame en fut tout étonnée, tout ahurie et elle fit part à toutes ses amies de son ahurissement et elle ajouta même ceci : « Quand je regarde cet enfant, j'en pleurerais tellement il ressemble à mon premier mari. » Cette observation n'a pas grande valeur, étant donné sa source indirecte.

Les partisans de l'imprégnation ne prétendent pas que ce soit la règle dans l'espèce humaine. On pourrait simplement l'observer, sa fréquence étant à déterminer ultérieurement par une recherche plus attentive.

Il est du reste à noter que des histoires analogues sont très répandues dans le peuple, voire même chez les gens instruits. Aussi ne croyons-nous pas nous écarter de notre sujet en examinant son rôle dans la littérature.

III

De l'imprégnation dans la littérature ; son rôle en sociologie. — Plusieurs écrivains, et non des moins célèbres, se sont faits les interprètes du sentiment public, en affirmant l'imprégnation dans leurs ouvrages.

Parmi eux, le plus ancien, sinon le plus célèbre, est certainement Michelet. Voici ce qu'il dit dans son livre intitulé l'*Amour* (p. 326) :

« Ce qui est sûr, c'est que la veuve a souvent du second mari des enfants semblables au premier.

Elle vous appartient à ce point que, même si l'amant la féconde, c'est un enfant de vous et marqué de vos traits qu'elle lui donnera le plus souvent. Il aura cette punition de voir qu'il n'a pu avoir d'elle rien de réel ni de profond et que, dans le point capital, l'union génératrice, il n'a pu la rendre infidèle. »

A une époque plus rapprochée de nous, Paul Bourget, dans la *Terre promise*, admet aussi, mais d'une façon incidente, la théorie de l'imprégnation : « Il y a, dit-il, de ces caprices de ressemblance qui ne démontrent rien. N'arrive-t-il point, par exemple, que l'enfant du second lit d'une veuve ressemble au premier mari (1)? »

Mais de tous, celui qui s'en est le plus préoccupé est Émile Zola. On peut dire que toute son œuvre n'est qu'une longue thèse bâtie sur les lois d'hérédité et parmi ces lois, l'imprégnation occupe une place importante. Dans un de ses romans du début, *Madeleine Férat*, toute l'histoire repose sur cette théorie et il l'explique d'une façon spéciale. Madeleine Férat aurait subi, d'un premier amant, Jacques, une empreinte intime, indestructible. « On eût dit que Jacques, en la serrant contre sa poitrine, la moulait à son image, lui donnait de ses muscles et de ses os, la faisait sienne pour la vie... Il laissa la jeune femme éternellement frappée à la marque de ses baisers, possédée à ce point qu'elle n'était plus seule maîtresse de son corps : elle avait en elle un autre être, des éléments virils qui la complétaient et l'asseyaient dans sa force. C'était là un phénomène purement physique. »

La fille Lucie, qu'elle a de son mari, ressemble à son premier amant. « Lucie ressemblait vaguement à Jacques et cette ressemblance devenait frappante lorsque l'enfant plissait la bouche et le front. L'ancien amant avait d'ordinaire cette moue d'homme positif » (p. 172). La paternité semblait sauter par-dessus le mari pour remonter à l'amant (p. 182). « Il (le mari) n'avait pu obtenir de Madeleine qu'une fille déjà ébauchée dans les étreintes d'un autre homme. » (p. 246).

Et cependant l'auteur ne suppose pas que Madeleine ait pu être enceinte de son premier amant. Il ne parle de rien, pas même d'une fausse couche. C'est là l'explication ancienne de la théorie de l'imprégnation ; nous la retrouverons dans la suite.

Dans le *Docteur Pascal*, qui résume et complète son œuvre des Rougon-Macquart, Zola parle à nouveau de l'imprégnation ou hérédité d'influence, « représentation des conjoints antérieurs, par exemple du premier mâle qui a comme imprégné la femelle pour sa conception future, même lorsqu'il n'en est plus l'auteur » (p. 37).

Il en donne comme exemple Anna dite Nana, la fille de Gervaise et de Coupeau, qui ressemblait étonnamment, surtout dans son enfance, à Lantier, le premier amant de sa mère, « comme s'il avait imprégné celle-ci à jamais » (p. 117). Et dans le tableau généalogique, il attribue la prédominance morale du père et la ressemblance physique par influence avec le premier amant de sa mère.

Telle est la place importante qu'occupe ce fait scientifique dans notre littérature. Nous l'avons simplement voulu marquer pour montrer que ce point attire l'attention

(1) P. Bourget. *Terre promise*, p. 152.

de bien des esprits, alors que nos savants paraissent vouloir l'ignorer.

Quant à se servir de ces affirmations comme de preuves, pour établir la théorie de l'imprégnation, il n'y faut pas songer.

J'avais pensé un moment que peut-être un fait d'imprégnation avait été observé par un de ces éminents écrivains. Sur ma demande, Émile Zola voulut bien me répondre que (je cite ici ses phrases textuellement) : « Je n'ai parlé moi-même que d'après la théorie. Du reste, je ne suis qu'un romancier et je laisse aux savants la recherche et l'étude des phénomènes. »

Nos littérateurs n'ont donc fait que refléter la croyance populaire à ce sujet.

Si cette croyance était vérifiée par de nombreux faits offrant un caractère suffisant de certitude, elle aurait une grande importance dans les sciences sociales.

On ne sait, en effet, comment expliquer l'importance qu'attribuent la plupart des peuples à la virginité. Soit que le mari tienne absolument à la virginité de sa femme, ce fait ne s'observe pas seulement chez des peuples civilisés, mais encore chez bien des sauvages qui conservent le droit de répudier leurs femmes si la première nuit leur donne le moindre soupçon.

En Afrique, les filles se soumettent à une opération sanglante qui leur permet d'affirmer leur virginité, etc.

Soit que cette virginité soit attribuée à des personnages de haut rang : les prêtres dans certaines parties de l'Inde, les seigneurs au moyen âge, les voyageurs en certains pays, ce qui permet d'atténuer, en ce dernier cas, dans une certaine mesure la consanguinité amenée par l'isolement de la tribu.

L'inconduite de la fille avant mariage, non réprouvée par les mœurs, nous apparaît comme relativement rare.

Ces faits trouveraient leur explication dans le désir qu'a le père de transmettre à l'enfant ses qualités, désir utile à la sélection, puisque les plus aptes à la lutte sont dans les meilleures conditions pour reproduire et élever leurs enfants.

Le second groupe de faits, vierges données à des prêtres, des voyageurs, s'expliquerait par l'utilité que trouve la tribu à imprégner les femmes avec un sang réputé noble ou en s'adressant à des étrangers à remédier à la consanguinité. Au reste, l'imprégnation n'absoudrait pas le crime d'adultère, car si son existence est possible, elle n'est évidemment pas constante, comme voudrait l'admettre Michelet.

L'imprégnation donnerait la clé d'un fait encore moins compréhensible. C'est la présence de l'hymen à l'entrée du vagin, membrane qui ne nous paraît avoir aucune utilité, bien plus, c'est une cause de souffrance quelquefois, même de danger (hémorragie, vaginisme) lors du premier contact. Si la théorie de l'imprégnation était vraie, elle marquerait pour la femme l'importance du premier coït qui peut la marquer d'une manière ineffaçable.

Mais nous ne voulons qu'effleurer ce vaste sujet, qui doit rester dans l'ombre jusqu'au jour où l'imprégnation chez l'homme deviendra un fait incontesté.

IV

Des théories de l'imprégnation. — De prime abord, les faits d'imprégnation paraissent si absurdes, c'est-à-dire si contraires à nos idées préconçues, qu'on est tenté de les rejeter sans discussion. Bien que pareil acte soit anti-scientifique, il s'est trouvé des personnes compétentes pour y prétendre.

M. Sanson dit qu'il serait superflu « d'entreprendre la réfutation de cette théorie imaginaire par les raisons tirées de son impossibilité physiologique d'après nos connaissances sur l'ovulation et la fécondation ».

M. Cornevin marque avec raison que l'hérédité atavique n'est guère plus interprétable d'après les connaissances embryologiques, et pourtant elle n'est pas niable.

M. Sanson, avant d'écrire cette phrase, aurait dû se remémorer les paroles d'Arago : « Il manquerait de prudence celui-là qui, hors les mathématiques pures, prononce le mot impossible. »

Les auteurs qui se sont occupés de cette question ne se sont pas bornés à la simple énumération des faits. Ils ont également recherché leur explication. Diverses théories ont été émises que nous allons passer en revue.

1° *Théorie de l'imagination de la mère.* — On a voulu faire jouer un rôle à l'imagination de la mère. C'est à cette théorie que se rattache Ém. Zola et qu'il exprime éloquemment dans son roman intitulé : *Madeleine*. Les impressions produites sur la femme par le premier époux auraient été si vives qu'elles persistent encore au moment d'une seconde conception. L'état mental des époux, au moment de l'union sexuelle, influerait sur le fruit de la conception.

Cette dernière hypothèse n'est guère admise aujourd'hui. Mais elle serait impossible à soutenir dans le cas d'imprégnation. Comment admettre, en effet, que, chez les bêtes, l'imagination joue un rôle au moment de l'accouplement?

2° *Imprégnation imparfaite.* — Darwin a pensé à l'influence directe de l'élément mâle, non seulement sur l'ovule, mais sur tout l'organisme de la femelle.

Il cite un très grand nombre de faits qui prouvent que l'élément mâle affecte non seulement le germe, conformément à son action spéciale, mais encore les tissus environnants de la plante-mère (1).

Il cite l'expérience de Latnon (de Stamford) : « Les cosses du grand pois sucré sont vertes, très minces, et deviennent d'un blanc brunâtre quand elles sont sèches. Fécondées par le pollen du pois à cosses pourpres, les cosses prennent une grande épaisseur et deviennent d'un rouge pourpre à l'état sec. »

Gallesio a fécondé les fleurs d'un oranger avec le pollen d'un citronnier. Chez un des fruits ainsi obtenus, une bande longitudinale du zeste avait la couleur, le goût et tous les caractères du citron.

Les raisins ont pu être ainsi modifiés en couleur, grosseur et forme, par le pollen d'une autre variété.

Le professeur Hildebrand a fécondé une variété de maïs produisant des grains jaunes avec le pollen d'une variété produisant des grains bruns, et il a obtenu deux épis pleins de grains jaunes, mais un côté du pivot se colora en brun rougeâtre. C'est là un fait important qui prouve que l'influence du pollen étranger s'étend jusqu'à l'axe.

M. H. Baron (2) croit à une action directe du pollen sur la plante femelle, et autant que le pollen correspond au sperme, à la possibilité d'une action directe de l'élément sexuel mâle sur l'organisme féminin des mêmes animaux.

Ne sait-on pas que le seul fait de la fécondation amène

---

(1) Darwin. *Variat. und. domestic.*, t. I, p. 442.
(2) H. Baron. *Des méthodes de reproduction en zootechnie*, p. 317.

des différences considérables dans le développement et la durée du *corpus luteum?*

Si donc le sperme agit non seulement sur l'ovule, mais sur le tissu voisin, il peut parfaitement porter son action sur les ovules voisins et provoquer leur *imprégnation imparfaite.*

Claude Bernard a appelé l'attention sur ces fécondations incomplètes. Les exemples en sont nombreux.

Dans plusieurs espèces d'oiseaux, une seule copulation suffit pour féconder plusieurs œufs. Le dindon coche sa femelle et féconde d'un coup tous les œufs qu'elle va pondre pour sa saison, c'est-à-dire une vingtaine, sans nouveau rapprochement sexuel. Après cette ponte, surtout si on ne la laisse pas couver, la dinde donne encore quelques œufs qui sont clairs.

Le coq a une moindre puissance; il ne féconde que sept à huit œufs par coït; ceux-ci pondus, si un nouveau rapprochement sexuel n'a pas lieu, les suivants sont clairs. Il est bien peu probable que l'imprégnation s'arrête brusquement sur la poule entre le huitième œuf, qui est fécondé, et le neuvième, qui ne l'est pas. Celui-ci a vraisemblablement reçu une imprégnation insuffisante pour amener son développement ultérieur.

Aussi, dit Claude Bernard, « s'il nous était permis de raisonner par analogie, nous nous empresserions d'accepter la réalité de l'hérédité par influence bien plutôt que de la rejeter ».

Il donne néanmoins une explication, aujourd'hui reconnue fausse, de ce fait. Il pense qu'il faut un certain nombre de spermatozoïdes pour un ovule unique. Au-dessous d'un certain minimum, chez les plantes, on n'a aucun développement ou le développement d'un être chétif : ce serait là une fécondation incomplète.

Il est aujourd'hui bien reconnu qu'un seul spermatozoïde féconde un ovule.

Agassiz a fourni des exemples semblables chez les tortues; celles-ci commencent à s'accoupler à sept ans, mais ne pondent qu'à onze. Pour Agassiz : « La première fécondation ne fait que déterminer la croissance ultérieure d'un certain nombre d'œufs, lesquels ont besoin d'une série de fécondations successives pour arriver à leur développement définitif. »

Clarke a observé le même fait. Chez une tortue américaine, la chrysémis picta, des accouplements, répétés pendant plusieurs années, sont nécessaires pour amener la maturité de l'œuf.

Chez certaines orchidées, d'après Hildebrand, la première action du pollen sur l'ovaire est de provoquer la formation des ovules (1). Aussi Agassiz pense-t-il que l'imprégnation d'un ovule peut avoir lieu longtemps avant son développement.

Cette théorie s'accorderait avec celle plus générale de la pangenèse, de laquelle Darwin prétendait expliquer tous les phénomènes de l'hérédité. Il admettait que les cellules donnent des gemmules cellulaires qui se développent ultérieurement en cellules semblables à celles dont elles dérivent. Elles peuvent souvent se transmettre à travers plusieurs générations et se développer plus tard; d'où l'explication de l'atavisme. Les spermatozoïdes enverraient également des gemmules qui pourraient dormir dans l'organisme féminin jusqu'à la prochaine fécondation.

Cette théorie est d'ailleurs purement hypothétique.

3° *Imprégnation parfaite.* — Mais l'imprégnation ne pourrait-elle être parfaite de sorte qu'il ne faille plus que le stimulus d'un rapport ultérieur pour donner naissance au nouveau sujet?

Il existe de nombreux exemples de copulation antidatée, certains cheiroptères s'accouplent en automne. Les zoospermes restent vivants tout l'hiver dans l'utérus; au printemps, ils se mettent en contact avec les ovules qu'ils fécondent et le développement commence.

Chez le crabe, le sperme touche les ovules sitôt après l'accouplement, mais ce n'est que six semaines plus tard que le développement de l'œuf débute.

D'après Bischoff, l'ovule de la femelle du chevreuil commence à se diviser après avoir reçu l'élément mâle, puis le travail s'arrête et ce n'est que trois mois après qu'il tombe dans la matrice et que le développement se remet en marche. Il y aurait même, à ce moment, une seconde période de rut. La femelle s'accouple à un nouveau mâle, et pourtant les petits n'en seront pas issus, mais du premier.

4° *Imprégnation maternelle au moyen du fœtus.* — Il est enfin une théorie développée par Cornevin (1). L'influence persistante d'un premier reproducteur tiendrait à ce que la mère a été matériellement imprégnée de quelque chose lui appartenant, non par le sperme directement, mais par l'intermédiaire du fœtus. Ce dernier aurait dans son sang des propriétés spéciales, qu'il échangerait avec celui de la mère. Le sang de la mère agirait sur les ovules à féconder ultérieurement par un autre reproducteur.

C'est l'explication de William Turner à l'Association britannique (2), cherchant l'explication du fait de la jument dont nous avons parlé, il dit : « Je crois que la mère, lorsqu'elle portait dans son flanc l'hybride, avait acquis de lui la faculté de transmettre les caractères du couagga, grâce aux échanges nutritifs nécessaires à la nutrition du fœtus. »

Cette explication peut s'appliquer aux mammifères; elle ne peut l'être aux oiseaux, chez lesquels, en effet, ces échanges nutritifs n'existent pas.

En résumé, la théorie qui paraît le plus d'accord avec les faits est celle de Claude Bernard sur l'imprégnation imparfaite.

Mais il faut avouer que cette question est loin d'avoir reçu une solution satisfaisante.

V

Conclusions. — 1° Il existe de nombreux faits d'imprégnation chez les animaux. Ces faits ont un caractère de certitude suffisant pour qu'on doive en tenir compte.

2° Les faits d'imprégnation chez l'homme sont moins nombreux, sans doute à cause de la difficulté qu'on éprouve à les recueillir et du doute qu'on conserve toujours, car on ne peut surveiller une race humaine comme une race animale. Néanmoins l'observation d'Alfred Lingard sur la transmission par imprégnation d'une infirmité d'hypospadias a un degré de certitude suffisant. Celles de Marbaix sur la transmission par imprégnation de l'épilepsie et de Ladreit

(1) Hildebrand. *Revue philosophique de la France et de l'étranger*, n° 12, p. 553.

(1) Cornevin. *Traité de zootechnie*, p. 359.

(2) Voir *Rev. scient.*, 1er fév. 1890.

de Lacharrière sur la surdi-mutité n'ont pas la même valeur.

Cette question appelle de nouvelles recherches. Il serait utile, par des demandes et des questionnaires, d'éveiller l'attention des médecins qui exercent dans des pays où deux races très différenciées sont en présence. Ces recherches sont d'autant plus utiles qu'il y a des cas bien certains où l'imprégnation n'agit pas. Quand et dans quelles limites agit-elle? c'est ce qu'il faudrait savoir.

Ce fait est d'autant plus important qu'il s'agit ici d'une croyance populaire qui trouve son reflet dans la littérature (Michelet, Émile Zola).

Si l'imprégnation était scientifiquement prouvée dans l'espèce humaine, elle expliquerait l'estime dans laquelle la plupart des peuples tiennent la virginité et indiquerait l'utilité de la membrane hymen.

Quant aux explications qu'on donne à l'imprégnation, celle par imagination de la mère doit être rejetée. Les modifications profondes de la mère par l'intermédiaire du fœtus n'expliquerait pas l'imprégnation chez les oiseaux. La fécondation incomplète d'ovules, théorie soutenue par Claude Bernard, nous paraît actuellement la seule soutenable.

ASILES DE BUVEURS (1)

Par le docteur E. MARANDON DE MONTYEL,
Médecin en chef des asiles publics d'aliénés de la Seine.

II

Dans l'asile d'alcooliques tel que l'ont compris avec raison les Américains, il y a des quartiers spéciaux, comme pour les aliénés. En effet, la folie alcoolique aiguë est la plus violente de toutes, à cause de la multiplicité des troubles sensoriels et de leur caractère terrifiant, d'où la nécessité d'un quartier d'agités avec annexe de cellules. Cette agitation tombée, des malades, les uns redeviennent calmes et dociles, et pour eux un quartier de tranquilles s'impose; d'autres, tout en étant apaisés, restent troublés dans leurs idées, avec des tendances à mal faire, au suicide en particulier, ou avec des instincts d'indiscipline et de révolte, et, pour ceux-là, un quartier d'observation continue est indispensable. L'alcool ne met à l'abri ni des maladies incidentes ni des maladies contagieuses, bien au contraire; donc une infirmerie complète est de rigueur. Enfin, le vieil ivrogne, que rien n'a corrigé, pas même l'asile spécial, d'ivresse en ivresse, aboutit au gâtisme et pour lui besoin est d'un quartier de malpropres. Sa présence là, ai-je dit plus haut, sera la plus profitable leçon de choses à donner au buveur encore curable, en lui montrant ce qu'il sera sous peu, s'il ne se corrige pas, et quel est le sort qui lui est réservé.

Cependant, quelques différences existent, sinon quant aux dispositions générales, du moins dans les détails, lorsque ces quartiers sont destinés exclusivement à l'hospitalisation des buveurs. Cela est surtout vrai de la section des agités. La folie alcoolique aiguë est la plus violente de toutes; les hallucinations, par leur caractère terrifiant, jettent les malades dans une anxiété intense, et une véritable panophobie; elle est également, de toutes les aliénations mentales, celle qui s'accompagne le plus fréquemment d'impulsions subites au suicide, avec réalisation immédiate; enfin, les troubles sensoriels dans cette variété vésanique, et par contre-coup l'agitation qu'ils déterminent, offrent cette particularité d'être considérablement accrus par l'obscurité, à ce point que tel malade, calme et raisonnable en plein jour, devient halluciné et délirant dès que la nuit arrive. De là trois indications particulières à réaliser dans la section destinée à recevoir les sujets durant la phase aiguë du delirium tremens. La troisième est la plus facile à remplir, il suffira de disposer le quartier, de telle sorte qu'il soit largement éclairé durant la journée, sans recoins obscurs, et d'avoir, pour la nuit, un éclairage largement distribué. Les deux autres offrent plus de difficultés, car elles sont en opposition. En effet, tout aliéné violemment surexcité doit coucher dans une chambre d'isolement, afin d'avoir le plus grand calme compatible avec le milieu dans lequel il se trouve, et de ne pas surexciter ses compagnons, qui le surexciteraient à leur tour par contagion imitative réciproque. D'un autre côté, il est absolument interdit de mettre en cellule un sujet avec tendance à se tuer; car la surveillance n'est pas, dans ces conditions, assez assurée; de fait, la plus grande partie des suicides qui se produisent dans les asiles ont lieu dans les chambres d'isolement, où les malades sont placés, soit par ignorance de leur malheureux penchant, soit par oubli regrettable du principe que nous signalons. Les aliénés qui en veulent à leur vie doivent coucher en dortoir commun. Quand l'agitation n'est pas d'une violence extrême, comme c'est le cas ordinaire chez les vésaniques lypémaniaques qui recherchent la mort, il n'y a pas grand inconvénient à les réunir ensemble, mais pour beaucoup d'alcooliques, la chose est de toute impossibilité, leur surexcitation atteignant des limites invraisemblables.

Pour eux on est donc contraint de désobéir au précepte qui commande le non-isolement des sujets à idées de suicide, et tout en ayant un dortoir pour ceux dont l'excitation modérée n'empêcherait pas la vie commune, il est indispensable d'avoir des cellules d'isolement pour les autres. Dès lors, ces cellules devront être disposées de telle façon que le *suicide y soit matériellement impossible*, et toutes devront se trouver dans ces conditions, car l'impulsion au meurtre de soi-même éclate à l'improviste chez l'alcoolique aigu, au moment où l'on s'y attend le moins. Ces cellules, en conséquence, seront complètement capitonnées, sans aucun meuble, un tapis de varech ou de paille fraîche constituant la literie, éclairées de telle sorte qu'il soit impossible au malade d'atteindre la fenêtre ou le bec de gaz, suffisamment chauffées, enfin, pour que celui-ci, sans inconvénients, y soit mis complètement nu par les froids les plus rigoureux. En un mot, il faut que l'aliéné pour se tuer n'ait, dans ces chambres d'isolement, que la ressource de s'étrangler de ses propres mains, cas qui ne s'est jamais présenté.

Mais si la folie alcoolique aiguë est la plus violente de toutes, elle est la plus courte; souvent elle dure vingt-quatre heures, rarement elle dépasse la huitaine. Il en résulte que ces aliénés ne font que traverser le quartier des agités, ils n'y résident guère; vite ils cèdent leur place aux nouveaux arrivants sans faire nombre. Il y a là une différence profonde entre les alcooliques et les vésaniques surexcités, ces derniers restant tels durant des mois et des mois, tandis que les premiers sont si vite apaisés que le temps mis à passer par le dépôt et le bureau d'admission, soit deux ou trois jours, suffit à les rendre tout à fait

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1001.

calmes et raisonnables quand ils arrivent dans nos services de la banlieue. De là ce détail important que, dans un asile de buveurs, le quartier des agités peut disposer d'un nombre de places bien moindre que dans un asile d'aliénés, moitié moindre pour le moins, peut-on dire, surtout dans la Seine, où, comme je viens de le constater, le passage par le Dépôt et le bureau d'admission laisse aux malades le temps de s'apaiser. On calcule que, pour les vésaniques, les agités représentent à peu près 12 p. 100 de la population. Ainsi, en ce moment, j'ai dans mon service 584 malades, desquels il convient d'enlever 74 de ma section spéciale d'alcooliques et 102 de ma section spéciale d'épileptiques; restent en conséquence 408 vésaniques. Or, ma section d'agités a 48 sujets de cette catégorie. Je crois donc que pour un asile de 500 alcooliques, un quartier d'agités de 30 places, dont 20 cellules dans les conditions ci-dessus indiquées et un petit dortoir de 10 lits, suffirait grandement à tous les besoins, soit 6 p. 100 de la population totale.

Une autre section qui comporte, elle aussi, un nombre moindre de places dans un asile de buveurs, est celle des malpropres. Dans nos services ordinaires, la grosse masse des gâteux est constituée par les paralysés généraux; chez moi, en ce moment, on en compte 26 sur 43 malades qui salissent. Or, la paralysie générale d'origine alcoolique, incontestable à mon avis dans certains cas, est néanmoins assez rare, si rare même que beaucoup d'aliénistes en nient l'existence. Ce que l'alcool détermine souvent, c'est la première période de la péri-encéphalite chronique, la période congestive avec quasi certitude de guérison, si l'abstinence est imposée, et il n'y a pas alors de gâtisme. Mais, en dehors de la paralysie générale, les excès répétés d'alcool amènent avec le temps l'usure de l'écorce cérébrale, du ramollissement consécutif à des ictus apoplectiques par athérome des artères, affections qui se traduisent par de la démence avec malpropreté, celle-ci due, soit à l'inconscience, soit au relâchement des sphincters. L'asile spécial étant destiné à être, ainsi que nous nous sommes efforcé de l'établir dans la première partie de ce mémoire, un *hôpital d'alcooliques*, destiné à recevoir toutes les catégories de buveurs, ces épaves de la boisson devront y trouver quelques places, 4 p. 100 environ, ne serait-ce qu'à titre d'exemples pour corriger les autres de leur funeste passion.

Par contre, deux autres quartiers comportent une extension bien plus grande que pour les vésaniques. Et tout d'abord l'infirmerie, qui sera comme l'*hospice de l'alcoolisme*, puisque toute la clinique alcoolique y sera représentée, d'après les conceptions dont nous nous efforçons de démontrer la justesse. Son importance sera pour le moins double de celle qu'il a dans un service ordinaire d'aliénés, d'autant plus que les excès de boissons affaiblissent l'organisme et le prédisposent à un haut degré aux diverses maladies incidentes. Il serait sage, je crois, de prévoir 80 lits au moins pour un asile de 500 ivrognes, soit 16 p. 100 environ. En second lieu la section des tranquilles, conséquence forcée de ce que nous savons, de la rapidité du retour au calme des agités et de la rareté relative du gâtisme. Il en résulte nécessairement que parmi les alcooliques, il y a beaucoup plus de paisibles que parmi les vésaniques. Nous aurons à revenir dans un instant sur les dispositions particulières et le nombre de lits que comporte cette section.

En avançant plus haut que l'établissement, destiné aux alcooliques, serait tout à la fois un asile d'aliénés, un hôpital et une colonie agricole et industrielle, nous avons indiqué par là même que son emplacement serait dans la campagne, avec amples terrains pour l'organisation des ateliers et d'une exploitation maraîchère. En dehors des gâteux, incapables de se rendre utiles par inconscience, des agités par turbulence et des sujets de l'infirmerie par maladie, tout le monde doit s'occuper, soit 74 p. 100 de travailleurs, en admettant que toutes les places de ces trois quartiers spéciaux soient occupées. Il faut que l'oisiveté soit rigoureusement bannie de la maison. Il importe dès lors, dans un asile de 500 buveurs, de prévoir de l'occupation pour au moins 370 ouvriers. Pour remplir ce but, les ivrognes qui de leur métier sont cordonniers, tailleurs, menuisiers, charrons, forgerons, ferblantiers, trouveront dans ses ateliers, complètement organisés, les moyens de se livrer à leurs occupations habituelles. Quant aux autres, les plus nombreux, c'est aux champs qu'ils iront s'occuper, travail qui leur sera salutaire pour aider leur organisme à se désimprégner d'alcool. Aussi une ferme avec tous ses accessoires, porcherie, vacherie, poulailler, est-elle un annexe indispensable.

Nous arrivons à une question capitale, dont la solution, à mon sens, a une importance extrême pour le buveur, celle de savoir si l'asile d'alcooliques doit être un asile rigoureusement fermé, même pour les travailleurs des ateliers et des champs. L'opinion générale est pour l'affirmative, et la raison invoquée est que l'abstinence totale étant la pierre angulaire du traitement de l'ivrognerie, si la clôture de l'établissement n'est pas complète, l'alcool filtrera à coup sûr par les moindres fissures. Je me permettrai de me ranger à l'avis opposé. Tout d'abord, vingt ans d'expérience m'ont démontré que les murs *extérieurs* n'ont jamais servi à rien; ils n'ont jamais empêché les malades de s'évader et n'ont jamais gêné la circulation de l'alcool avec un mauvais personnel. Les murailles des prisons sont hautes et épaisses, il est interdit aux prisonniers de fumer, tous fument; bien mieux, ceux qui dehors avaient horreur du tabac, poussés par l'ennui, se prennent à l'aimer et deviennent d'enragés fumeurs entre les bastions qui les enserrent. M. Émile Gautier, à Lyon comme à Paris, a eu l'occasion d'observer à cet égard des faits piquants qu'il a racontés avec beaucoup d'humour. Depuis cinq mois je me porte garant que pas une goutte, même de vin, n'a pénétré dans ma section spéciale d'alcooliques, qui est située pourtant au milieu des autres quartiers, et autour de laquelle l'alcool, ou tout au moins le vin, circule librement. Pourquoi? parce que j'ai là un chef de quartier honnête et fidèle au devoir. *Quelles que soient la hauteur et l'épaisseur des murs extérieurs, les malades boiront si les gardiens sont tolérants pour les boissons, par nonchalance ou cupidité.* Mais la preuve est faite et archifaite qu'avec un *personnel sûr*, *les portes et fenêtres de la maison fussent-elles ouvertes, l'alcool n'y pénètre pas.* Un grand nombre d'asiles de buveurs qui ne reçoivent que des ivrognes non délirants sont, en effet, de simples fermes ou de simples villas; néanmoins, ces maisons réalisent la cure de l'ivrognerie aussi bien que si elles étaient des châteaux-forts.

Elles la réalisent même mieux. Depuis cinq mois seulement j'ai organisé mon quartier spécial et déjà j'ai acquis la conviction qu'il est dangereux, très dangereux que le buveur passe sans transition de l'isolement absolu à la liberté complète. Dans mon « Mémoire sur la cure des buveurs » je montre que le traitement doit comprendre deux

temps, un temps de séquestration absolue et un temps d'épreuve, ce dernier indispensable pour habituer l'ancien ivrogne à frôler l'alcool sans y goûter, pour lui apprendre à ne pas abuser de la liberté. Dans ces conditions, des 370 travailleurs d'un asile de 500 buveurs, il est nécessaire que la moitié, soit 185, circule librement et soit à même de boire si bon leur semble. A mon avis, durant la moitié de son temps de cure, trois mois si ce temps est de six mois, le minimum indispensable pour avoir des chances sérieuses de succès; six mois si ce temps est d'un an, ainsi que j'espère en avoir démontré la nécessité dans mon « Mémoire sur la cure des buveurs », dans tous les cas, pendant la moitié de ce temps, quel qu'il soit, il importe que le buveur, qu'il n'ait pas été délirant ou qu'il soit revenu de son délire, reste absolument isolé dans sa section qui, *complètement clôturée*, elle, sera aménagée comme ma section spéciale de Ville-Évrard, c'est-à-dire où il trouvera tout le confort nécessaire et où seront installés des ateliers pour la confection de chaussons et de paillassons, afin qu'il ne reste pas inactif, un parloir, afin qu'il y reçoive ses visites. Deux quartiers de 90 à 95 places, ainsi aménagés, répondront à ce besoin. Si on tient absolument à avoir des murailles *extérieures*, qu'on en élève autour de ces quartiers, et en même temps autour de la section des agités, des malpropres et de l'infirmerie, qui alors formeront, tous les cinq, l'asile proprement dit avec murs de ceinture.

Mais alors qu'on construise plus loin, dans la campagne, une section de travailleurs composée de deux divisions, également de 90 à 95 places, avec les ateliers placés entre, ainsi d'ailleurs qu'il a été réalisé à Ville-Évrard, pour Pinel et Esquirol, section qui, elle, ne sera pas clôturée et où le buveur passera le second temps de son traitement, le temps d'épreuve, allant et venant en toute liberté. Cède-t-il à la tentation de boire, on aura acquis ainsi la preuve qu'il n'est pas guéri de sa passion, on le replacera au quartier d'isolement, et la cure sera à recommencer. Mais, je le répète, il est de toute nécessité d'organiser l'asile de buveurs de telle sorte que ce temps d'épreuve soit praticable; il est donc indispensable que les dispositions des locaux soient telles que 185 malades sur 500 ne soient pas emmurés. Il serait facile de réaliser pour cela une sorte de colonie agricole et industrielle, avec la ferme et les ateliers. Comme la surveillance devra être très grande dans ce milieu, pour bien s'assurer que les patients n'ont pas succombé et continuent à rester abstinents, au lieu de deux grands quartiers de 90 à 95 lits, mieux vaudrait en édifier quatre de 45 à 48 places, afin de faciliter ce contrôle qui risque d'être bien difficile avec une trop forte agglomération. Ces quatre quartiers, avec la ferme et ses annexes, avec les ateliers, formeraient comme une petite cité, la cité des éprouvés, tandis que l'asile clôturé serait la cité des isolés.

Dans la rédaction de ce programme d'un asile de buveurs je me suis surtout inspiré des résultats obtenus en Amérique, car là seulement existent des établissements complets et entreprenant en grand la cure des ivrognes. Dans notre ancien monde, il n'y a encore que des entreprises modestes, organisées dans le seul but de soigner l'intempérant non délirant; il est donc vrai de dire que l'*hôpital d'alcooliques* voté par la Seine, s'il est édifié tel que nous l'avons esquissé, sera le premier établissement de ce genre fondé en Europe. Puisse-t-il obtenir les mêmes succès que ceux d'au delà de l'Atlantique !

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 16 septembre 1894, M. Carivenc, médecin-major de première classe, a été nommé au grade de chevalier dans la Légion d'honneur.

— Par décision ministérielle du 15 septembre 1894, une médaille d'or a été décernée à Mme Fontaine (sœur Vincent), à l'hospice mixte de Béthune, pour récompense des actes de dévouement à l'occasion d'épidémies.

— *Hygiène des troupes.* — En vue des manœuvres d'armée dans la Beauce, ont été prescrites toutes les mesures nécessaires relatives à l'hygiène. L'hygiène des marches, et l'alimentation en eau ont particulièrement été l'objet de l'attention de l'autorité militaire, ce qui prouve combien elle a souci de la santé du soldat.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Hervochon (de Châteaubriand), Monvenoux père (de Montluel).

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions en Corse, en Algérie et Tunisie organisées avec le concours de l'Agence des Voyages économiques.*

1° Corse (du 10 au 27 octobre 1894). Itinéraire : Paris, Nice, Monte-Carlo, Nice, Bastia, le cap Corse, l'île Rousse, Calvi, Corte, Vivario, Ajaccio, Propriano, Sartène, Bonifacio, Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 475 francs; 2e classe, 425 francs.

2° Algérie et Tunisie (du 15 octobre au 19 novembre 1894). Itinéraire : Paris, Marseille, Alger, Blidah, Alger, Bougie, les gorges du Chabet, Sétif, Constantine, El Kantara, Biskra (l'oasis de Sidi-Okba), Batna, Timgad, Lambessa, Hammam-Meskoutine, Bône, Tunis (excursion facultative à Sousse et à Kairouan), Marseille, Paris.

Prix : 1re classe, 896 fr. 35; 2e classe, 811 fr. 90.

Les billets comprennent : 1° le transport en chemins de fer et à bord des paquebots; 2° le logement et la nourriture dans les hôtels correspondants de l'Agence des voyages économiques; 3° les omnibus et voitures nécessaires pour les excursions indiquées au programme; 4° les soins des guides de l'Agence des voyages économiques.

Le tout conformément aux conditions du programme remis à chaque excursionniste.

Les souscriptions sont reçues aux bureaux de l'Agence des voyages économiques : 10, rue Auber et, 17, rue du Faubourg-Montmartre, à Paris :

Du 25 septembre au 7 octobre pour l'excursion en Corse.

Du 25 septembre au 11 octobre pour l'excursion en Algérie et Tunisie.

Le nombre des places est limité.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : 1° à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux succursales de la Compagnie : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Tiquetonne, 64; — 2° au bureau général des billets de chemins de fer de l'hôtel Terminus et de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 111. — MARDI 25 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 25 SEPTEMBRE 1894. — N° 111.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. .... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

TRAITEMENT DE LA DIPHTÉRIE
PAR LA SÉRUM-THÉRAPIE

On sait en quoi consiste la sérum-thérapie, étudiée expérimentalement et introduite dans la pratique par Behring et ses collaborateurs, qui ont surtout étudié à ce point de vue la diphtérie. Lorsqu'on injecte à un animal, à doses croissantes, les produits solubles de culture du bacille de Lœffler, on arrive à le rendre réfractaire à l'inoculation diphtérique. De plus, le sérum du sang de ces animaux immunisés injecté à des animaux de même espèce ou d'espèce différente, les rend également réfractaires à cette inoculation. C'est la vaccination préventive.

Lorsque le sérum immunisé est injecté à des animaux soumis déjà auparavant à l'inoculation ou à l'injection des produits toxiques, ils résistent beaucoup mieux que ceux qui n'ont pas reçu les injections de sérum. Le sérum immunisé semble donc agir à la façon d'un contre-poison, en même temps qu'il fait de l'organisme un terrain réfractaire à l'inoculation bacillaire. Ici il n'y a plus prévention, mais guérison d'une maladie.

Tout naturellement, on a voulu introduire cette pratique tout à fait nouvelle dans la thérapeutique humaine, et les résultats obtenus paraissent dès maintenant extrêmement satisfaisants, pleins pour l'avenir de promesses plus belles encore.

La communication que M. Roux vient de faire au Congrès d'hygiène de Buda-Pesth rend compte des succès qu'il a obtenus, à l'hôpital des Enfants-Malades, en inoculant aux enfants atteints de diphtérie du sérum de cheval immunisé. Le cheval a été choisi parce que, tout en donnant un sérum d'un pouvoir anti-toxique très marqué, il peut en fournir des quantités élevées sans que sa santé soit compromise. L'animal est préalablement rendu réfractaire à la diphtérie par des injections de toxines de bouillons de culture des bacilles de Lœffler à doses croissantes; on entretient cette immunisation par des injections nouvelles de toxines diphtériques.

L'essai du sérum immunisé dans le traitement de la diphtérie a été fait par M. Roux à l'hôpital des Enfants dans des proportions numériques qui donnent une grande valeur aux résultats obtenus. Les médecins d'enfants sont volontiers sceptiques devant l'annonce d'un traitement nouveau de la diphtérie. Ils savent qu'il faut compter avec la gravité plus ou moins grande des épidémies. M. Roux a inoculé 448 enfants — c'est un chiffre qui commence à compter — et il est bon de remarquer que la contre-épreuve se trouvait à Paris même, faite à l'hôpital Trousseau, dans lequel la diphtérie, non traitée par le sérum, a donné une mortalité beaucoup plus élevée.

Si l'on prend la mortalité par diphtérie aux Enfants-Malades en quatre années, de 1890 à 1893 inclusivement, on relève 2029 décès pour 3971 cas, soit 51,71 p. 100.

Pendant les six mois de la présente année, M. Roux a inoculé 448 enfants : la mortalité est décendue à 24,5 p. 100. En d'autres termes, et en chiffres ronds, la guérison aurait été obtenue deux fois plus souvent. Il est important de remarquer, car cela donne toute sa valeur à cette expérience clinique, que les autres conditions du traitement étaient restées exactement les mêmes. Rien n'avait été changé, on n'avait ajouté que les injections de sérum. Pendant le même temps, 520 enfants soignés à l'hôpital Trousseau par les procédés ordinaires, sans injections de sérum, donnaient une mortalité de 60 p. 100.

Voilà des chiffres et des conditions d'observation comparée qui sont, n'est-il pas vrai ? bien faits pour convaincre. Ajoutons à cela que la méthode de Behring, mise à l'essai en Allemagne, sur une échelle moindre, a donné des résultats identiques. M. Aronson, avec un sérum renforcé, aurait même vu la mortalité tomber à 11,2 p. 100 : il avait traité 169 cas.

Les chiffres que nous avons empruntés à M. Roux sont des chiffres pris en bloc : leur analyse donne des renseignements extrêmement intéressants. Pour ne pas fausser la statistique par un triage arbitraire, on y a laissé tous les cas, les uns de nature à l'alourdir, les autres, au contraire, de nature à l'alléger. On y a compris également les enfants venus de la ville avec une diphtérie très grave, à laquelle ils ne tardaient pas à succomber, et les cas de pseudo-angines diphtéritiques d'une gravité beaucoup moins grande que les vraies angines diphtériques. Sur quatre enfants entrés au pavillon de la diphtérie, il y en aurait un environ ne présentant qu'une angine à fausse membrane sans bacilles diphtéritiques.

Parmi les vrais diphtériques, il faut distinguer encore les

cas dans lesquels il y a diphtérie pure, diphtérie avec association d'un microbe de nature différente, croup opéré ou non opéré. Les angines diphtériques avec association microbienne, surtout association avec les staphylocoques, sont beaucoup plus graves que les angines diphtériques pures, les angines avec croup que les angines sans propagation laryngée, les croups opérés que les croups non opérés. Pour tous ces cas, il y a eu bénéfice évident à se servir de la sérum-thérapie. Le bénéfice est au maximum avec les angines diphtériques pures, qui n'ont donné qu'une mortalité de 7,5 p. 100.

Dans les cas de ce genre traités dès le début par les injections de sérum de cheval immunisé, l'amélioration locale et générale n'a pas tardé à se faire sentir. Les fausses membranes se détachaient, étaient expulsées et cessaient au bout de quelques jours de se reproduire. La propagation au larynx devenait beaucoup moins fréquente, le croup même guérissait plus souvent sans opération : il est donc à espérer qu'on aura des statistiques bien meilleures encore, lorsqu'on aura plus rapidement et plus régulièrement recours à la sérum-thérapie.

Notons encore que la durée totale de la maladie a paru moins longue, les accidents secondaires, la paralysie diphtérique surtout, beaucoup plus rares.

Le nombre des guérisons serait plus élevé, certainement, dans un milieu plus favorable au point de vue des contagions secondaires, auxquelles doivent être rapportées un nombre élevé de morts. En effet, aux Enfants-Malades, les enfants atteints de bronchopneumonie et les enfants trachéotomisés ou non, sont placés dans la salle commune qui devient ainsi un foyer d'infection des plus dangereux. La bronchopneumonie, la scarlatine, la rougeole secondaires font de nombreuses victimes ; il faut absolument qu'on en arrive à un isolement méthodique de ces malades. On fera ainsi une économie de vies humaines qui compensera largement les dépenses d'installation nécessaires. Nous ne pouvons que nous associer aux vœux que M. Roux formule dans ce sens.

En présence des résultats obtenus, il y a évidemment lieu de donner plus d'extension à la mise en œuvre de cette méthode de traitement et de prophylaxie. Il appartient à l'Assistance publique de donner à cette épreuve toute l'ampleur voulue. L'injection de sérum n'a donné lieu jusqu'ici, et ne semble devoir donner lieu dans l'avenir, à aucun des malheureux accidents qui ont marqué le déclin rapide de la tuberculine de Koch : des poussées d'urticaire parfaitement bénignes, c'est à peu près tout ce qu'on signale.

En Allemagne, on trouve déjà dans le commerce du sérum anti-diphtérique, et les médecins peuvent assez facilement s'en procurer. Il est certain que les praticiens français ne manqueront pas d'en réclamer prochainement. Peut-être y aura-t-il lieu de prendre des mesures pour en mettre à leur disposition qui présente toutes les garanties possibles de sécurité. Cela nécessitera l'installation de centres de production, d'instituts particuliers analogues aux instituts vaccinogènes et anti-rabiques dont on connaît l'existence et le fonctionnement.

La communication de M. Roux aura, en France, un retentissement considérable et à juste titre, car elle porte un cachet de sincérité scientifique de bon aloi ; elle se présente du reste sous les auspices de l'Institut Pasteur dont M. Roux est un des maîtres les plus estimés. Toutefois son auteur nous paraît aller trop loin et ne pas donner une note clinique juste lorsque, dans son enthousiasme pour la sérum-thérapie, il déclare que les méthodes de traitement local doivent complètement disparaître. A l'entendre, il faudrait renoncer absolument aux badigeonnages et se borner à faire de grands lavages à l'eau boriquée.

Or, dans ces dernières années, le traitement local avait, au contraire, pris une importance beaucoup plus grande, grâce aux travaux de MM. Roux et Yersin ; on avait été amené à penser que les fausses membranes fabriquaient des produits toxiques qui, déversés dans le sang, donnaient lieu aux accidents généraux de la diphtérie. On avait donc été amené par là même à enlever ces fausses membranes et à empêcher dans la mesure du possible leur reproduction. Il faut reconnaître que les traitements basés sur cette théorie donnaient des résultats relativement satisfaisants, plus satisfaisants en tout cas que les méthodes autrefois employées. Le mélange de Gaucher et les mélanges similaires, le phénol sulfo-riciné et, plus récemment encore, la solution glycérinée de sublimé, avaient certainement diminué le taux de la mortalité, diminué le nombre de cas dans lesquels il y avait eu propagation laryngée.

Faut-il donc renoncer à ces pratiques ? A vrai dire, nous ne comprenons pas très bien la raison pour laquelle on les exclurait; mieux vaut avoir deux armes qu'une seule contre un semblable ennemi.

Évidemment on devra chercher désormais à faire le plus rapidement possible le diagnostic de la diphtérie, cela est possible par l'intervention du microscope, et il est à espérer que l'emploi plus hâtif du sérum immunisé diminuera, dans une mesure considérable, le danger de mort par intoxication générale ou par envahissement laryngé. L'isolement des angines compliquées, une meilleure hygiène des salles de traitement, contribueront encore à diminuer la gravité de la diphtérie ; on est en droit de l'espérer très légitimement. En résulte-t-il que le traitement local doive être réduit aux simples lavages boriqués ? Lorsque le médecin enlève une certaine quantité de fausses membranes, il enlève par là même une masse de microbes qui deviennent ainsi incapables de pulluler et de fabriquer des produits toxiques. Ce qu'on peut lui demander, c'est de ne pas faire de traumatisme local, de ne pas excorier la muqueuse, de ne pas ajouter à l'empoisonnement morbide l'empoisonnement thérapeutique. En observant ces deux conditions, il ne pourra qu'être utile en détruisant les fausses membranes du pharynx et en combattant localement leur reproduction. Supprimer le traitement local serait parfait si le sérum immunisé était tout-puissant ; en attendant, il doit admettre la collaboration.

A. M.

MÉDECINE MILITAIRE

Les sociétés de secours aux blessés en France et en Allemagne.

I

De tout temps, la bienfaisance et la charité individuelles ont cherché à atténuer, dans la mesure du possible, les résultats néfastes de la lutte entre les hommes et plus tard de la guerre entre les nations. Aussi est-il impossible de faire l'historique des nombreuses associations qui, surtout depuis le moyen âge, se sont proposé de secourir les blessés sur les champs de bataille. Les armées d'alors possè-

dent bien des chirurgiens, mais ceux-ci, payés par les chefs qu'ils accompagnent, se trouvent bien vite réduits à l'impuissance absolue, faute d'auxiliaires et de ressources matérielles. Pendant des siècles, les corporations religieuses, les dames charitables donnent leurs soins aux blessés et organisent des corps d'infirmiers, qui appliquent les premiers pansements et transportent les patients dans les couvents voisins du théâtre de la lutte (1).

C'est à notre époque seulement, que des comités et des sociétés s'organisent, exclusivement dans le but de venir en aide aux blessés. Dans tous les pays, l'initiative privée s'est faite l'auxiliaire toujours bien accueillie, du service de santé régulier (2). Les guerres modernes ont, en effet, démontré surabondamment que, dans les nations armées, le service de santé, quelque complète que fût son organisation, ne pourrait après les grandes luttes, suffire à toutes les nécessités du moment.

A l'étranger, en 1864, le prince de Reuss, chef de l'Ordre de Saint-Jean, établit à Berlin un comité central et, dès la première année, organise des ambulances pendant la guerre de Danemark. En 1866, la reine Augusta, de Prusse, organise l'Union patriotique des dames allemandes. La même année, l'archiduc Albert d'Autriche crée une société permanente qui emploie ses ressources au profit des blessés de la guerre de 1866, secourus d'ailleurs aussi par des sociétés locales et les chevaliers de l'Ordre teutonique. Simultanément, des sociétés se fondent en Espagne, Italie, Pays-Bas, Suisse, Suède, Turquie. En 1867, la grande-duchesse Hélène fonde la société russe qui, dès 1870, comptait 8000 membres. En Amérique, pendant la guerre de Sécession, est organisée une commission sanitaire qui centralise l'action de 32000 comités et n'hésite pas à dépenser 400 millions de francs au service des blessés.

Mais, c'est en France surtout, que le sentiment du respect qu'inspire le blessé, n'a pas attendu notre siècle pour se manifester. Sans remonter au delà du XVIIIe siècle, on rencontre de beaux exemples de la générosité des belligérants, donnant eux-mêmes des soins à de nombreux blessés. Qu'il nous suffise de rappeler le suivant : le 27 juin 1743 « le soir de la bataille de Dettingen, les alliés ne se croyant pas en sûreté, malgré leur succès, décampèrent et laissèrent sur le champ de bataille 500 à 600 blessés, que lord Staers recommanda, par une lettre expresse, à la générosité du maréchal de Noailles. On vit alors ce fait curieux, l'armée battue relever et soigner les blessés du vainqueur. »

Plus tard, l'agitation qui devait déterminer la création et la promulgation (1864) de la Convention de Genève, aboutit aussi à la formation d'un comité international pour les secours aux blessés, et fait naître, en 1863, la Société française de secours aux blessés, reconnue d'autorité publique en 1866. D'autres sociétés ne tardent pas à se fonder dans notre pays : l'Union des Femmes de France est reconnue d'utilité publique en 1882, l'Association des dames françaises en 1883.

II

En Allemagne, les sociétés de secours se sont fusionnées pour fonder la Croix Rouge allemande. La Croix Rouge est placée sous le patronage de l'empereur et de la famille impériale. Cette association est, à proprement parler, la réunion d'un grand nombre d'unités ou branches régionales « dont chacune conserve sa personnalité, son activité propres et ne demande au comité central ou comité directeur, que la direction générale vers un but commun » (1).

Les sociétés allemandes de la Croix Rouge ne fonctionnent pas à côté et en dehors du service de santé, mais elles sont encadrées dans ce dernier et subordonnées aux autorités militaires. D'après le règlement sur le service en campagne, elles sont employées, en premier lieu, à assurer le service médical sur les lignes d'étapes et dans les hôpitaux créés sur le territoire; à procéder aux évacuations des malades et blessés; à assurer les soins à donner aux convalescents; enfin, à réunir et à faire parvenir aux armées les dons nationaux. Elles ne peuvent coopérer à l'exécution du service de santé dans la zone occupée par les troupes d'opération qu'avec une autorisation spéciale. Tout ce qui concerne le service des sociétés est centralisé entre les mains d'un commissaire impérial, inspecteur militaire de ce service, dont le bureau est à Berlin, mais qui réside de sa personne au grand quartier général. Au-dessous de ce commissaire, fonctionne dans chaque inspection d'étapes un délégué qui doit se conformer aux instructions de la direction médicale de cette inspection; dans la zone du territoire, il y a un délégué au chef-lieu de chaque corps d'armée. Les membres de ces sociétés employés sur le théâtre de la guerre portent un uniforme spécial, et sont soumis à toutes les lois et règlements en vigueur.

La liste du personnel est rigoureusement établie, avec l'indication exacte du domicile de chaque membre et la mention de son affectation. Tout adhérent est possesseur de deux livrets, l'un contenant les renseignements techniques, l'autre servant de livret individuel d'identité. Les convocations sont adressées sous forme de lettres d'appel individuelles, indiquant à l'intéressé la fonction qu'il doit remplir et la résidence sur laquelle il doit se diriger. L'appel en cas de mobilisation se ferait en deux fois, au cinquième jour, pour la première moitié du personnel, au dixième pour la deuxième moitié.

Le recrutement du personnel médical, pharmaceutique et administratif est assuré, d'après les conditions d'un traité spécial consenti par les adhérents (2). Inutile de dire que ce personnel est tout préparé aux fonctions qu'il sera appelé à remplir.

Le personnel inférieur est constitué par des infirmiers et des infirmières. Depuis 1886 existe une corporation d'infirmiers volontaires de la Croix Rouge; l'instruction théorique et pratique leur est donnée dans un hôpital pendant quatre semaines. Depuis 1892, les infirmières ont, comme les infirmiers, le libre accès des hôpitaux de garnison. Ceux-ci passent un examen devant un médecin militaire désigné par le ministre; enfin, ils sont convoqués à différentes époques pour accomplir un stage (3).

Les ambulances de la Croix Rouge sont constituées à l'avance et leur organisation est réglementée en ce qui concerne le personnel et le matériel, par le Kriegs Sanitæts Ordnung et le Frieden San. Ord. (4).

---

(1) CHAUVEL et NIMIER. *Traité pratique de chirurgie d'armée*, 1890, p. 652 et suiv.

(2) MORACHE. *Traité d'hygiène militaire*, 1886, 2e édit.

---

(1) Étude de chronique étrangère : La croix rouge allemande et les secours aux blessés, *Avenir militaire*, n° du 29 mars 1894.

(2) *Frieden Sanitæts Ordnung*, Annexe 47.

(3) *Feldienst*, 1893.

(4) *Kireden Sanitæts Ordnung*, 1878.

Le personnel de chaque ambulance est prévu à raison de 4 médecins et 10 infirmiers pour 100 malades, sans compter le personnel administratif et les infirmières, soit environ 20 individus pour 100 à soigner. Le matériel consiste en objets de literie, de pansement, de pharmacie, de chirurgie, d'alimentation, de chauffage et d'éclairage, qui sont réunis de façon à constituer un approvisionnement pour trois mois.

Depuis 1889, la Croix Rouge a créé des ambulances mobiles, destinées à rendre les évacuations plus rapides, à faciliter à la fois le traitement et le transport des blessés, en attendant leur passage aux ambulances plus éloignées. Ces ambulances sont organisées dans les baraques mobiles démontables et faciles à transporter. Si, dans la prochaine guerre, les Allemands sont en mesure d'installer assez tôt leurs ambulances mobiles, ils pourront lutter très efficacement contre l'entassement des blessés, ces formations sanitaires devant servir d'auxiliaires et constamment opérer entre les services sanitaires des troupes d'opérations et les services d'évacuation. Mais, nous pensons qu'elles ne rendront pas les services que l'on en attend, vu qu'il leur sera matériellement impossible de se porter assez en avant, et d'être prêtes à fonctionner en temps utile. Nous sommes convaincu que ces ambulances mobiles, pour lesquelles quatre jours au moins sont nécessaires, afin d'effectuer le montage et l'installation, ne sont susceptibles de figurer avec avantage qu'assez loin dans les services de l'arrière ; partout ailleurs, elles seront inutiles et ne pourront que gêner fâcheusement les mouvements des troupes et des convois.

En outre des ambulances mobiles, dont nous venons de parler, les sociétés de secours ont organisé des ambulances de gare, analogues à nos infirmeries de gare. Elles sont aussi largement pourvues de matériel pour le transport par voies ferrées, dans des trains sanitaires, et par voies carrossables. Comme nous, elles se sont préoccupées d'utiliser la navigation fluviale pour le transport des blessés. Les Allemands se souviennent qu'en 1870, c'est la pénurie seule du matériel qui a empêché les évacuations par eau ; la Croix Rouge a mis la question à l'étude, en vue de l'organisation d'un système de transport par des bateaux-hôpitaux.

Que résulte-t-il de cette trop courte étude sur les sociétés de secours allemandes ? Que ces sociétés sont à la fois très nombreuses, très riches et surtout puissamment unies, en vue de l'action commune ; que leur coopération énergique et constante a abouti à la constitution d'immenses ressources médicales, en matériel aussi bien qu'en personnel, et à une large organisation du service des évacuations.

La Croix Rouge allemande sera un puissant auxiliaire du service de santé dans les guerres futures.

III

En France, différents décrets ont réglementé l'organisation des sociétés de secours ; le dernier en date, celui du 19 octobre 1892, est d'une importance capitale, parce qu'il unifie le fonctionnement de ces sociétés et les soumet à un règlement unique, tout en conservant cependant à la Société française de secours aux blessés, le service des infirmeries de gare déjà organisé (1). Le rôle, l'organisation et le fonctionnement des sociétés de secours sont définis dans le décret de 1892, dont nous allons rappeler les grandes lignes.

Les trois sociétés françaises d'assistance (1) sont autorisées à prêter, en cas de guerre, leur concours au service de santé des armées de terre et de mer ; pour l'accomplissement de leur mission, elles sont subordonnées au commandement et aux directeurs du service de santé. Dès le temps de paix, elles sont en relations constantes avec l'autorité militaire.

A cet effet, chaque société est représentée auprès du ministre de la Guerre, par un membre délégué de son conseil supérieur. Ce commissaire civil, agréé par le ministre, est chargé avec un médecin militaire délégué comme commissaire, d'étudier toutes les questions relatives au fonctionnement de la société ; ces deux commissaires forment une commission dite mixte. Chaque semestre se réunit, au ministère de la Guerre, la commission dite supérieure. Elle est présidée par le directeur du service de santé au ministère de la Guerre ; en font partie : les présidents et présidentes, les commissaires civils des sociétés, les commissaires militaires, le médecin principal chargé de la direction du service des magasins d'approvisionnement du service de santé, et un médecin représentant le ministre de la Marine ; un officier d'administration des hôpitaux fait fonction de secrétaire avec voix consultative. La commission supérieure est chargée d'émettre son avis sur toutes les questions qui lui sont soumises par le ministre de la Guerre et les sociétés de secours.

Dans chaque région de corps d'armée, chaque société est représentée par un délégué régional, choisi par le conseil supérieur, agréé par le ministre de la Guerre et accrédité par lui auprès du commandant de corps d'armée (et auprès du préfet maritime dans les 10e, 11e, 15e et 18e régions).

Les délégués régionaux correspondent directement avec le conseil supérieur de leur société, et avec les directeurs du service de santé des corps d'armée.

Le rôle des sociétés d'assistance consiste à créer dans les places de guerre et villes ouvertes désignées par le ministre de la Guerre des *hôpitaux auxiliaires* (2), destinés à recevoir les malades et blessés ne pouvant trouver place dans les hôpitaux militaires. Les sociétés concourent aussi à assurer le service des *hôpitaux auxiliaires de campagne* ; elles font parvenir, aux destinations indiquées par le ministre de la Guerre et de la Marine, les dons recueillis pour les malades et blessés. Rappelons, enfin, que la Société française de secours est exclusivement chargée du service dans les *infirmeries de gare*. L'action des sociétés d'assistance ne peut s'étendre ni au service de l'avant, ni au service des hôpitaux d'évacuation, qui incombent uniquement au service de santé.

Les associations qui pourraient se former plus tard et qui ne seraient pas reconnues d'utilité publique, devront être rattachées à l'une des trois sociétés préexistantes.

Le personnel des sociétés est constitué par des médecins, pharmaciens, officiers ou fonctionnaires d'administration, des infirmiers et employés, dégagés de toute obligation militaire, au point de vue de la loi sur le recrutement et sur

(1) Drs Petit et Collin. *Guide-mémoire*, 2e édit.

(1) Nous les avons énumérées plus haut, en indiquant à quelle date chacune avait été reconnue d'utilité publique.

(2) Chaque hôpital auxiliaire doit contenir 20 lits au moins et 200 au plus. Nous ne pouvons, faute de place, résumer l'organisation des hôpitaux auxiliaires et des infirmeries de gare. (Voir, sur ce sujet, le Règlement sur le service de santé en campagne, titre VI, chap. I et II, p. 27, et la Notice no 11, p. 205 et 232.)

l'inscription maritime; des autorisations nominatives ne peuvent être exceptionnellement accordées de rester, en cas de mobilisation, au service des sociétés, qu'aux membres appartenant à la réserve de l'armée territoriale ou aux services auxiliaires.

Le personnel des sociétés d'assistance employé dans les infirmeries de gare et dans les hôpitaux auxiliaires, est autorisé à porter un uniforme déterminé par le ministre. Cet uniforme est bleu foncé pour le personnel inférieur, noir pour le personnel supérieur. Les signes distinctifs sont, pour cette catégorie, un parement de velours sur la manche de la redingote, indiquant la profession, et un certain nombre de croix brodées, chacune représentant un échelon dans la hiérarchie.

Il est délivré à chaque membre des sociétés une carte nominative et un brassard de la Convention de Genève, dûment numéroté et estampillé par le directeur du service de santé du corps d'armée. Tout porteur de brassard doit être muni de la carte qui porte le même numéro, et qui est signée à la fois par le délégué régional de la société et par le directeur du service de santé du corps d'armée. Ces dispositions ont été prises en vue d'empêcher l'abus que l'on a fait du brassard en 1870. Le professeur Le Fort, dans l'étude approfondie qu'il a publiée après la guerre, dans la *Revue des Deux Mondes*, a montré combien, grâce à un contrôle insuffisant, avaient pu se glisser dans le personnel volontaire des gens sans aveu qui, au lieu de ramasser et de panser les blessés, se bornaient à les dépouiller. Aujourd'hui, de pareils excès ne sauraient se reproduire.

Le personnel des sociétés employé dans la zone de l'arrière des armées, y est soumis aux lois et règlements militaires; il est justiciable des tribunaux militaires. Les formations sanitaires (hôpitaux auxiliaires, infirmeries de gare) dont le fonctionnement est assuré par les sociétés d'assistance, sont placées sous l'autorité du chef du service de santé des étapes ou du commandant d'étapes.

Le matériel des sociétés est des plus considérables; on a pu en voir de beaux spécimens à l'Exposition de Paris, en 1889. De même, les sociétés sont tenues de se fournir à l'aide de leurs propres ressources en médicaments, objets de pansements, instruments, fournitures, denrées et objets de consommation.

C'est l'autorité militaire qui détermine les catégories de malades ou blessés dont le traitement peut avoir lieu dans les établissements desservis par les sociétés d'assistance; celles-ci reçoivent des indemnités fixes de 1 franc par jour, pour chaque malade ou blessé traité et de 25 centimes pour chaque repas distribué dans les infirmeries de gare aux blessés de passage.

Les sociétés de secours ne se bornent plus à constituer des approvisionnements de matériel et à effectuer des envois dans nos colonies, elles ont cherché à faire davantage. Elles ont voulu, dès le temps de paix, essayer de donner la mesure de ce qu'elles feraient en temps de guerre. En 1891-1892, des manœuvres, auxquelles elles ont participé, ont eu lieu à Toulouse et à Saint-Germain. En 1893, le comité de Limoges a été chargé d'organiser un train sanitaire au cours des manœuvres du 12e corps d'armée. En 1894, le comité de Reims a procédé à des expériences-manœuvres, au cours desquelles on a procédé à l'installation d'un hôpital auxiliaire permanent et d'un hôpital auxiliaire de campagne. Les moyens de transport employés ont été les wagons, les voitures régulières d'ambulances, les voitures improvisées et une péniche pour le transport par voie d'eau. Le personnel des sociétés ne peut que gagner à participer à de semblables exercices de mobilisation.

IV

Si l'on veut comparer l'organisation des sociétés d'assistance en France et en Allemagne, et mettre en opposition les résultats obtenus, on est heureux de constater que chacun des deux pays est parvenu à créer une organisation ambulancière remarquable. Que si la supériorité, au point de vue du perfectionnement et de la quantité du matériel, semble devoir être accordée à l'Allemagne, cette supériorité n'est que relative, et nous en trouvons la raison dans les immenses ressources mises par les Allemands à la disposition des sociétés de secours. Il est, en outre, remarquable de constater que la France et l'Allemagne, poursuivant un même but, y sont parvenues par des voies absolument opposées.

Tandis qu'en France l'initiative est partie de deux ou trois centres d'action, qui ont rayonné progressivement sur tout notre territoire, en Allemagne « chaque localité, chaque région a tenu à honneur de posséder une association d'assistance militaire »; c'est le groupement de ces unités qui a abouti finalement à la constitution de la Croix Rouge allemande, qui en a fait une institution à la fois riche, cohérente et puissante.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

439. M. Debray. Contribution à l'étude du zona épidermique et infectieux. — 440. M. Duboscq. La glande venimeuse de la scolopendre. — 441. M. Marette. Recherches sur les variations physiologiques de la toxicité urinaire. — 442. M. Tortellier. Contribution à l'étude de l'étiologie du psoriasis. — 443. M. Georges Ricard. De la vaginite blennorragique et de son traitement. — 444. M. Villain. Essai sur les névralgies à distance dans les affections utérines. — 445. M. Jeannin. Contribution à l'étude de l'embolie cérébrale de la sylvienne droite. — 446. M. Gouvernaire. De l'intervention primitive dans les plaies du crâne par balles de revolver. — 447. M. Paul Condamy. De la cystite aiguë comme cause de rétention d'urine. — 448. M. Binet. Des accidents de l'extirpation des ganglions tuberculeux du cou. — 449. M. Alfred Navarro. Contribution à l'étude de l'hydronéphrose. — 450. M. Souligoux. Pathogénie des abcès froids du thorax. — 451. M. Euvrard. Traitement de l'orchi-épididymite tuberculeuse par la destruction ignée. — 452. M. Kéchissoglou. Contribution à l'étude de l'adénite tuberculeuse de l'aine. — 453. M. Gobillot. Contribution à l'étude de la symptomatologie de la grossesse tubaire (avortement tubaire). — 454. M. Belloir. Contribution à l'étude de l'antisepsie médicale. De l'antisepsie dans la rougeole. — 455. M. Druet. De l'entraînement comme moyen de combattre les effets de la vie sédentaire. — 456. M. Marie. Les éruptions dans la varicelle. — 457. M. Diousidon. Chloroforme et spartéo-morphine. Procédé d'anesthésie mixte. — 458. M. Dauly. Le courant alternatif obtenu à l'aide des machines électro-statiques. Ses propriétés physiques et physiologiques. — 459. M. Mergier. Des différentes méthodes de mesure de la résistance électrique du corps humain et des liquides organiques. Méthode de l'ohm-mètre. — 460. M. Raynaud. Rapports du tremblement sénile et du tremblement héréditaire. — 461. M. Vigneron. Traitement de l'uréthrite blennorragique chez la femme par les injections d'acide picrique en solu-

tion concentrée. — 462. M. Contrastin. Des uréthrotomies complémentaires à sections multiples. — 463. M. Frumusianu. Quelques considérations sur l'anatomie et la physiologie pathologique des rétentions rénales. — 464. M. Duchemin. Contribution à l'étude de la rétention d'urine au cours de la blennorragie. — 465. M. Lebelle. Traitement du cancer de l'estomac par le chlorate de soude.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le pourvoi du docteur Laffite vient d'être rejeté par la Cour de cassation. Il ne reste plus, pour notre malheureux confrère, que le recours en grâce, déjà signé par nombre de notabilités médicales. Ce lamentable procès est une cruelle leçon pour nous tous; il nous montre de quelles difficultés et de quels dangers est hérissé l'exercice, même loyal, de notre profession. Les jeunes, qui entrent dans la carrière, feront bien d'en méditer le douloureux enseignement.

— Les candidats dont les noms suivent ont été admis, après concours, à l'École du service de santé de la marine à Bordeaux, en 1894 :

MM. Le Moal, Auffret, Mielvacque, Chabaneix, Lassiguardie, Barbe, Gachet, Pujol, Lemasle, Imbert, Mias, Cannac, Chauvin, Lamarque, Thomas-Derevoge, Brouillard, Joly, Béraud, Ricaud, Letonturier, Guilmet, Builles, Cadet, Abadie-Bayro, Chabal, Dardenne, Roubaud, Delaune, Barot, Michel, Briaud, Pelofi, Maille, Vallet, Chaumanet, Lepinte, Lemerle, L'Herminier, Sautarel, Grandmaire, Margain, Perrot, Robert, Bellet, Colin, Le Groignec, Fargier, Westermann, Creignou, Savignac, Damond, Gaimard, Le Corre, Petit et Jouvenceau.

— L'ouverture du concours pour l'obtention des bourses de doctorat aura lieu au siège des Facultés de médecine et des Facultés mixtes de médecine et de pharmacie, le lundi 29 octobre 1894.

Les candidats s'inscriront au secrétariat de l'Académie dans laquelle ils résident. Les registres d'inscription seront clos le samedi 20 octobre, à quatre heures.

Seront admis à concourir :

1° Les candidats pourvus de quatre inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire prévu par l'article 3 du décret du 20 juin 1878. Les épreuves porteront sur la chimie, la physique et l'histoire naturelle.

2° Les candidats pourvus de huit inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » le premier examen probatoire et qui justifient de leur assiduité aux travaux pratiques de deuxième année. Les épreuves porteront sur l'ostéologie, l'arthrologie, la myologie, l'angiologie et l'histologie.

3° Les candidats pourvus de douze inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la première partie du deuxième examen probatoire. Les épreuves porteront sur la névrologie, la splanchnologie, l'anatomie des régions, l'histologie et la physiologie.

4° Les candidats pourvus de seize inscriptions, qui ont subi avec la note « bien » la deuxième partie du second examen probatoire. Les épreuves sont : une composition de médecine et de chirurgie. Deux heures sont accordées pour chacune de ces compositions.

5° Les candidats pourvus des grades de bachelier de l'enseignement secondaire classique ou de bachelier ès lettres et de bachelier ès sciences restreint, qui ont été admis à chacun de ces grades avec la mention « bien », pourront obtenir, sans concours, une bourse de première année.

— Ont été nommés dans l'ordre du Medjidié :

Au grade de grand-officier. — M. Monod, directeur de l'assistance et de l'hygiène publiques; MM. les docteurs Grancher, Pozzi et Roux.

Au grade de commandeur. — M. le docteur Martin, directeur des assainissements de la ville de Paris.

— M. le docteur Ledé vient d'être chargé, par le ministre de l'Intérieur, d'étudier l'organisation et le fonctionnement des bureaux de nourrices, spécialement à Paris.

— *Concours ayant trait à l'hygiène.* — Deux concours viennent d'être ouverts par la ville de Paris l'un en vue de l'invention du meilleur procédé d'épuration ou de stérilisation des eaux de rivière destinées à la boisson, l'autre à l'effet de déterminer les meilleurs moyens à employer pour diminuer ou supprimer la fumée des foyers des chaudières à vapeur.

— *Italie.* — Le nouvel hôpital militaire de Rome, édifié sur le mont Célius, occupe une superficie de 5 hectares. Il a été commencé en 1885. Il se compose de 27 pavillons isolés.

Le pavillon destiné aux opérations est particulièrement bien aménagé, et son installation est remarquable. De ses deux étages le supérieur est destiné aux ophtalmiques, l'inférieur aux salles d'opération et à l'électricité.

La rotonde vitrée qui sert aux opérations est précédée d'une grande pièce où se trouvent des fourneaux à gaz, des armoires vitrées contenant un bel arsenal chirurgical et d'énormes récipients où sont renfermés des liquides stériles ou antiseptiques. Ces récipients communiquent avec la salle d'opération au moyen de tubes de caoutchouc; de sorte qu'il suffit à l'opérateur d'ouvrir un robinet pour avoir tel liquide qu'il désire.

Les parois de la rotonde sont plaquées de lames de verre jusqu'à une hauteur de 2 mètres; le sol est en ciment imperméable, la table d'opération en nickel, et de puissantes lampes à gaz rendent possibles les opérations de nuit comme de jour.

D'autres petites salles d'opération, moins luxueuses, mais très soignées cependant, peuvent être utilisées par les chefs de service pour les opérations sur les yeux ou les pansements infectés.

Ainsi se trouvent réalisées, pour le milieu militaire de la garnison de Rome, les conditions matérielles d'asepsie et d'antisepsie, indispensables aujourd'hui dans tout service chirurgical.

— Les écoles municipales d'infirmiers et d'infirmières de la Pitié et de la Salpêtrière ouvriront leurs cours professionnels les mardi 2 (Pitié) et mercredi 3 octobre (Salpêtrière), à huit heures du soir. L'enseignement comprend les cours suivants : cours d'administration, éléments d'anatomie et de physiologie, pansements, soins à donner aux femmes en couches et aux nouveau-nés, hygiène et petite pharmacie.

Les personnes qui désirent suivre ces cours doivent s'adresser : pour l'École de la Salpêtrière, 47, boulevard de l'Hôpital, de neuf heures du matin à midi; pour l'École de la Pitié, rue Lacépède, 1, de huit heures du matin à cinq heures du soir.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Traitement du lymphatisme, par les docteurs Constantin-Paul et Paul Rodet (*Bibliothèque Charcot-Debove*). 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Stérilisation alimentaire, par le docteur J. Arnould (*Bibliothèque Charcot-Debove*). 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Rythmes des bruits du cœur, par le docteur H. Gillet (*Bibliothèque Charcot-Debove*). 1 vol. in-16. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 112. — JEUDI 27 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 27 SEPTEMBRE 1894. — N° 112.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il n'y avait encore rien à l'ordre du jour. Le dévoué président intérimaire, après quelques appels désespérés, a pu obtenir de donner la parole à M. Lagneau, qui a improvisé une communication sur la consanguinité et l'hérédité morbide. On a cru pendant longtemps et beaucoup de gens croient encore que la consanguinité des parents exerce une influence néfaste sur la santé des enfants. La vérité est que, dans les cas de malformations congénitales chez ces enfants, c'est l'hérédité morbide qu'il faut incriminer et non la consanguinité. Si deux membres d'une famille morbide s'unissent entre eux, leurs descendants présenteront cette tare morbide au maximum. Si, au contraire, les conjoints sont sains, ils auront, quoique parents, des enfants parfaitement sains. A l'appui de cette manière de voir, aujourd'hui classique, M. Lagneau a cité plusieurs exemples empruntés à l'espèce humaine et aux animaux. Il y a en Bretagne des populations où l'on ne se marie qu'entre parents et qui, pourtant, sont belles et vigoureuses. Dans les familles royales d'Égypte, les rois épousaient leurs sœurs. Ainsi ont fait les Plotémées, et Cléopâtre, leur descendante, a été un type de beauté accomplie.

Parmi les animaux, on voit souvent les petits d'une même portée s'unir entre eux, et l'espèce ne s'en pas ressentir. Les Anglais arrivent même à perfectionner certaines races d'animaux domestiques en employant ce qu'on appelle le croisement en dedans, qui consiste à faire saillir une femelle par un mâle du même père et de la même mère.

Donc, dans les cas de malformations congénitales chez les enfants de parents consanguins, c'est la morbidité héréditaire et non la consanguinité qui est en cause. L'intéressante communication de M. Lagneau n'a fait, à ce point de vue, que confirmer ce que nous savons depuis longtemps.

M. Guéniot a également cité des exemples, empruntés à sa pratique personnelle, qui confirment absolument cette manière de voir. Il a justement insisté sur la difficulté que peut rencontrer le médecin en présence de parents consanguins qui viennent le consulter sur l'opportunité de leur mariage, en ayant bien soin de lui cacher leurs tares morbides.

Nous signalerons, dans la correspondance, deux lettres de candidature, celles de MM. Lucas-Championnière pour la section de médecine opératoire, et A.-J. Martin, pour la section d'hygiène publique et de médecine légale. L'Académie ne saurait porter son choix sur deux confrères plus sympathiques et plus dignes de ses suffrages.

MAISON MUNICIPALE DE SANTÉ. — M. Alb. MATHIEU.

Paralysies multiples des nerfs craniens liées à la syphilis. Caverne pulmonaire d'origine indéterminée.

Par M. JACOBSON, interne en médecine.

Les paralysies faciales survenant à la période secondaire de la syphilis sont, aujourd'hui, bien connues. Elles sont néanmoins exceptionnelles *au début* de cette période secondaire et paraissent alors devoir être considérées comme l'expression d'un « tertiarisme précoce ». C'est la conclusion à laquelle arrive M. Boix dans un récent mémoire (1).

Le fait suivant, observé dans le service de notre maître, M. le docteur Mathieu, à la maison Dubois, est intéressant à plusieurs points de vue : il s'agit, comme on va le voir, de phénomènes paralytiques portant sur *plusieurs* nerfs craniens; d'autre part, notre malade était atteint en même temps d'accidents pulmonaires, d'origine indéterminée, mais dont les rapports avec la syphilis peuvent tout au moins être discutés. C'est à ces divers titres que nous publions cette observation *in extenso*.

Le nommé D..., employé, âgé de vingt-neuf ans, est entré à la maison Dubois, le 25 mars 1894.

Il ne présente aucun antécédent héréditaire à noter.

Lui-même a toujours été bien portant jusqu'au mois d'octobre 1893, époque à laquelle il a eu un chancre syphilitique suivi bientôt de roséole et de plaques muqueuses.

Un médecin consulté aussitôt a ordonné du proto-iodure d'hydrargyre. Mais ce traitement n'a été suivi que pendant fort peu de temps.

Au mois de janvier 1894, le malade se met à tousser ; son médecin ne constate que quelques signes de bronchite légère et prescrit un sirop calmant, mais la toux persiste.

Le 17 février, nouvelle consultation qui ne donne pas

(1) BOIX. *Arch. gén. de méd.*, fév. 1894.

d'autres résultats. L'état général reste bon, le malade peut continuer ses occupations.

Le 12 mars, le médecin constate chez son malade une congestion intense de la base du poumon gauche ; les crachats deviennent à ce moment très abondants, le malade maigrit et a la fièvre.

Le 25 mars, il entre à la maison Dubois. A son entrée, la toux est vive, les crachats abondants. Le malade dit avoir maigri, il a peu de fièvre (38 degrés).

A l'auscultation du poumon, on note des râles de bronchite disséminés dans les deux poumons ; à la base gauche, on perçoit nettement, correspondant à une zone de matité, des *signes cavitaires* bien limités : il y a du souffle amphorique avec gargouillement et, dans le voisinage, une zone de râles sous-crépitants.

Rien dans les sommets.

Jamais le malade n'a eu d'hémoptysies.

Les *crachats* sont très abondants, verdâtres, épais et d'odeur légèrement fade : le malade remplit son crachoir dans la journée.

L'examen bactériologique ne révèle pas de bacille de Koch.

Il n'y a rien dans les autres organes ; l'appétit est conservé, les digestions bonnes.

L'existence d'accidents syphilitiques antérieurs étant restée inconnue, il n'est pas institué de traitement spécifique.

Malgré l'examen négatif des crachats, le malade est mis aux lavements créosotés.

Jusque vers la fin d'avril, l'état reste sensiblement le même : la fièvre est tombée ; de temps à autre, survient une légère poussée fébrile qui disparaît aussitôt.

A certains moments, les crachats diminuent, tandis que les signes cavitaires disparaissent eux aussi ; mais bientôt on les voit réapparaître brusquement en même temps que les crachats redeviennent abondants : il s'agit vraisemblablement d'alternatives de réplétion et d'évacuation de la cavité pulmonaire.

Le 25 avril, le malade se plaint de céphalalgie violente surtout à gauche : on constate les signes de la névralgie totale du trijumeau gauche.

Le 26 avril, les douleurs persistent ; à la visite, le malade présente les signes d'une *paralysie faciale* gauche à caractère périphérique.

Le 3 mai, survient une paralysie faciale périphérique du côté *droit*.

Il y a donc une double paralysie faciale, mais les troubles paralytiques ne sont pas limités à la septième paire. On note encore :

a. L'impossibilité pour le malade d'exécuter des mouvements de latéralité de la mâchoire inférieure ;

b. Une parésie légère du moteur oculaire externe gauche avec diplopie et strabisme interne léger ;

c. L'ouïe est sensiblement diminuée à gauche ;

d. Enfin, des signes de névralgie bi-faciale, plus marqués à gauche.

A ce moment, on apprend que le malade a eu récemment un chancre et une éruption secondaire dont on trouve la trace sous forme de quelques papules cuivrées disséminées.

Le traitement spécifique est aussitôt institué (frictions mercurielles et iodure : 2 grammes d'abord, puis progressivement jusqu'à 10 grammes).

Le 13 mai, l'état général du malade reste bon. Les signes pulmonaires ne se sont pas modifiés ; l'examen bactériologique des crachats pratiqué à nouveau est toujours négatif.

Les phénomènes névralgiques ont à peu près disparu.

Les paralysies se sont sensiblement améliorées : les mouvements de latéralité de la mâchoire sont revenus ; il n'y a plus de diplopie ni de strabisme.

La paralysie faciale droite s'est considérablement améliorée.

La paralysie gauche a fait beaucoup moins de progrès.

Du 13 mai à la fin de juin, l'état du malade s'améliore, bien que lentement. Les signes pulmonaires, qui d'abord ne paraissaient pas influencés par le traitement, se modifient rapidement à un moment donné.

Le 24 juin, il n'y a plus de signes cavitaires : à la base gauche, on note une zone de submatité et, à ce niveau, un souffle à caractère tubaire. M. le docteur Richardière croit qu'il n'existe plus à ce niveau qu'un noyau d'induration, de sclérose.

Dans le reste du poumon gauche et dans le poumon droit, on ne perçoit aucun signe.

Les *crachats* ont presque totalement disparu.

La *paralysie gauche* persiste, quoique sensiblement améliorée ; la face est déviée à droite, la parole gênée, l'œil se ferme incomplètement ; il n'y a plus de larmoiement.

La *paralysie droite* est guérie.

Le malade quitte l'hôpital le 29 juin : il continuera à suivre le traitement spécifique chez lui.

L'observation précédente soulève deux problèmes intéressants :

1° Quelle est la nature des accidents pulmonaires ?

2° Quelle est la cause anatomique, le mécanisme des symptômes paralytiques ?

On ne peut répondre d'une façon absolue à la première question. On avait d'abord songé à une caverne tuberculeuse de la base, mais l'état général du malade, l'absence d'autres signes pulmonaires, et particulièrement de signes d'induration aux sommets, les résultats négatifs d'examens bactériologiques répétés ont fait abandonner cette hypothèse.

On a pensé alors qu'il s'agissait soit d'une dilatation bronchique, soit, et plus vraisemblablement, d'une caverne consécutive à une pleurésie enkystée et cette deuxième hypothèse ne doit pas être rejetée définitivement.

Enfin on s'est demandé s'il ne pouvait s'agir de syphilis du poumon : le peu de temps écoulé depuis l'accident primitif a fait tout d'abord rejeter cette idée ; on ne connaît pas d'observation de syphilis du poumon ayant débuté si peu de temps après le chancre.

Il semble cependant qu'il faille revenir à cette hypothèse à cause des résultats heureux obtenus par le traitement. Mais ce n'est pas là une raison suffisante : d'ailleurs nous avons vu que, pendant le séjour du malade à l'hôpital, les signes cavitaires ont disparu à plusieurs reprises, pour réapparaître brusquement au bout de quelques jours. Ne s'agit-il pas en ce moment aussi d'une oblitération passagère de la cavité ? L'avenir seul pourra nous éclairer sur ce point.

Quel est maintenant le mécanisme des paralysies ?

Peut-on admettre qu'il s'agit de névrites multiples attribuables à l'action sur les nerfs du poison de la syphilis agissant ici à la façon du poison diphtéritique ?

Cette hypothèse n'est guère acceptable. On ne connaît jusqu'ici, croyons-nous, aucune constatation anatomique qui permette d'affirmer que la syphilis peut agir par ce mécanisme.

D'ailleurs « la rareté des déterminations de la syphilis sur les nerfs périphériques, comparée à la fréquence relative des paralysies diphtéritiques, éloigne encore cette idée » (Boix).

Dans le cas présent, tous les phénomènes paralytiques

sont explicables par une *méningite scléro-gommeuse de la base*, lésion dont l'existence est démontrée par de nombreux examens anatomo-pathologiques.

Faisons remarquer en terminant que, si la nature syphilitique de la lésion pulmonaire était démontrée, on aurait ici une confirmation de l'opinion avancée par M. Boix, à savoir que la paralysie faciale de la période secondaire est la signature du « tertiarisme précoce ».

En présence d'accidents semblables dans la zone des nerfs craniens, en présence comme ici d'une paralysie faciale double, avec névralgie du trijumeau, ptose des paupières, strabisme, etc., il faut toujours songer à la possibilité d'une infection syphilitique de date relativement récente. Il semble même qu'en l'absence de commémoratifs nets dans ce sens et de manifestations syphilitiques évidentes, on doive cependant essayer l'effet diagnostic et curatif d'un traitement antisyphilitique suffisamment énergique.

RECUEIL DE FAITS

Infection puerpérale staphylococcique; pelvi-péritonite; endocardite ulcéro-végétante; parotidite suppurée d'origine embolique.

Par

J. Sabrazès, Médecin des hôpitaux de Bordeaux. et Ch. Faguet, Chef de clinique chirurgicale.

Les streptocoques sont les agents habituels de l'infection puerpérale; il est cependant des cas où d'autres microbes, tels que les bactéries coliformes et les staphylocoques, entrent en jeu, associés ou non aux précédents.

Nous avons observé, dans le service de M. le professeur Lanelongue, un cas de puerpérisme post-abortif, dans lequel les accidents relevaient d'une infection à staphylocoques. Une parotidite suppurée, survenue quelques jours avant la mort et dont nous avons pu établir le mécanisme pathogénique, contribue à augmenter l'intérêt qui s'attache à cette observation :

Nathalie G... est une femme âgée de trente-six ans, ménagère, qui entre à l'hôpital Saint-André de Bordeaux, dans le service de M. le professeur Lanelongue (salle 8, lit 16), le 6 août 1894, pour des suites de couches pathologiques.

Rien à relever dans ses antécédents héréditaires.

Antécédents personnels. — Cette femme n'a eu pendant son enfance aucune maladie grave. Née à terme de parents sains, nourrie par sa mère dans de bonnes conditions, elle n'a jamais présenté aucun signe de rachitisme ni de scrofule. Pas de syphilis héréditaire. La menstruation s'est établie à treize ans, sans accidents; les règles ont toujours été régulières et non douloureuses.

Elle a eu trois grossesses : la première, à l'âge de vingt-trois ans, fut tout à fait normale ; la deuxième, à l'âge de vingt-sept ans, évolua aussi sans accidents pathologiques; la troisième, qui est la grossesse actuelle, date du commencement du mois de mai 1894 et n'offre à signaler aucune particularité jusqu'au 8 juillet : ce jour-là, Nathalie G... reçut un morceau de bois sur la tête, fit une chute dans son escalier et eut une syncope. Le lendemain, vers midi, la malade commença à avoir des métrorragies accompagnées de coliques utérines et dut s'aliter. Les pertes et les douleurs continuèrent et, le 10 juillet, apparurent des frissons ; les pertes avaient déjà, au dire de la malade, une odeur fétide.

Ces mêmes symptômes, augmentant d'intensité les jours suivants, nécessitèrent, le 16 juillet, l'entrée à l'hôpital Saint-André, dans le service de la Clinique obstétricale (1) : on constate, à ce moment, tous les signes d'une infection puerpérale : l'abdomen est ballonné, douloureux à la pression ; de la vulve, s'écoulent des lochies fétides. Au toucher vaginal, le col est gros, ramolli, déchiré au niveau de ses deux commissures, mais surtout du côté gauche ; les culs-de-sac sont empâtés et douloureux ; l'utérus augmenté de volume, douloureux à la pression est immobilisé. Quelques nausées. Pouls à 130, température à 39 degrés. Injections vaginales et intra-utérines antiseptiques; sulfate de quinine (1 gramme) ; lait.

17 juillet : l'état général reste mauvais; frissons ; température à 40 degrés. Curetage avec toutes les précautions antiseptiques habituelles : on retire de l'utérus 80 à 100 grammes de débris placentaires, en partie putréfiés et insérés sur la paroi antérieure. Cette intervention est suivie d'une longue irrigation intra-utérine antiseptique et d'un écouvillonnage de la cavité avec des tampons d'ouate imprégnés d'une solution phéniquée à 5 p. 100. L'hystérométrie pratiquée à l'aide de la curette donne environ 12 centimètres. On bourre le vagin de tampons d'ouate iodoformée.

A midi, la température est à 40 degrés ; à cinq heures du soir à 38°8 ; pouls à 132 ; facies terreux ; piqûres d'éther.

18 juillet : température du matin 37°8; du soir 38°4. Douleur assez vive dans toute la région sous-ombilicale.

19 juillet : les urines contiennent de l'albumine. Température du matin 39°5, du soir 39°8.

20 juillet : température du matin 38°2; du soir 37°2. A partir de ce jour, l'amélioration se manifeste nettement ; apyrexie.

26 juillet : quelques traces d'albumine dans les urines. L'état général reste satisfaisant et la malade, en bonne voie de guérison, quitte l'hôpital, *sur sa demande*, le 28 juillet.

Nathalie G... ne continue pas les soins antiseptiques qui lui ont été conseillés; des phénomènes d'infection se reproduisent bientôt et l'amènent de nouveau à l'hôpital Saint-André. Elle est placée dans le service de clinique chirurgicale de M. le professeur Lanelongue.

6 août : le facies est très altéré; le pouls est petit, filiforme, difficile à compter; la respiration est dyspnéique, la langue est sèche. L'abdomen est ballonné, douloureux dans toute son étendue, mais plus particulièrement dans la zone sous-ombilicale : le palper, même très superficiel, est tout à fait impossible. Il s'écoule de la vulve des pertes purulentes fétides, assez abondantes. Toucher vaginal : col gros, béant, ramolli, déchiré surtout du côté gauche ; les culs-de-sac sont empâtés et douloureux; le corps de l'utérus, en position normale, est augmenté de volume, douloureux à la pression, immobilisé. Les annexes ne sont pas accessibles, la douleur rendant le palper bi-manuel impossible. Le toucher rectal confirme ces divers symptômes. Urines rares; diarrhée fétide ; quelques vomissements. L'examen des poumons révèle des signes de bronchite chronique avec emphysème ; les bruits du cœur sont très précipités, mal frappés; pas de bruits de souffle.

Traitement. — Injections vaginales, injections intra-utérines bi-quotidiennes avec la sonde dilatatrice de Segond (10 litres d'une solution d'acide phénique à 10 p. 1000 pour chaque injection) crayons d'iodoforme dans l'utérus. Tampons vaginaux d'ouate iodoformée. Lavements boriqués.

Champagne, glace, lait. Naphtol β 2 grammes par jour.

(1) Les renseignements qui suivent nous ont été très obligeamment communiqués par notre excellent collègue et ami le docteur Audebert, chef de clinique obstétricale.

7 août : Même état, température du matin 38°2 ; du soir 39 degrés.

8 août : Pas d'amélioration. La malade accuse en outre une douleur assez vive au niveau de la région parotidienne droite qui est très tuméfiée. Langue sèche ; pas de toux ; dyspnée.

9 août : aggravation notable ; cris incessants. Température du matin 38 degrés ; du soir 38°6. Pouls petit, filiforme, irrégulier. La dyspnée présente le type de Cheyne-Stokes : l'auscultation révèle toujours des signes de bronchite chronique avec emphysème ; quelques râles de congestion pulmonaire aux deux bases. Les urines examinées ne renferment que des traces d'albumine. La diarrhée fétide persiste malgré les lavements boriqués donnés deux fois par jour.

10 et 11 août : même état. La région parotidienne droite est beaucoup plus tuméfiée et œdématiée ; la palpation y révèle de la fluctuation.

Enfin la mort survient le 12 août à cinq heures du soir.

Nécropsie le lendemain à dix heures du matin. Tout le petit bassin est rempli de pus dans lequel baignent l'utérus, les annexes et quelques anses intestinales agglutinées.

L'utérus est gros ; ses parois sont épaissies ; sur une coupe, on constate que la cavité qui mesure 10 centimètres de longueur est remplie d'un mélange de pus et d'iodoforme ; elle ne renferme aucun débri placentaire ni membraneux.

Les trompes sont dilatées, remplies de pus ; les ovaires sont rouges, tuméfiés ; ovarite suppurée à droite.

Le rein droit pèse 150 grammes ; il offre l'aspect du gros rein blanc ; la substance corticale mesure environ 2 centimètres d'épaisseur. Lésions analogues du rein gauche dont le poids est de 148 grammes. Pas d'hémorragies dans les capsules surrénales qui sont normales.

La rate est petite, pèse 110 grammes et ne paraît pas altérée.

Le foie est pâle et présente de loin en loin des taches jaunâtres ; poids : 1^{kg}570.

Le poumon droit (430 grammes) et le poumon gauche (370 grammes) sont emphysémateux et congestionnés aux deux bases ; quelques noyaux indurés dans les lobes inférieurs : ce sont des infarctus suppurés.

Pas de liquide dans les plèvres ; quelques adhérences anciennes.

Le péricarde est sain. Le myocarde est mou et décoloré. On trouve sur les valvules mitrale et tricuspidienne des lésions très marquées d'endocardite ulcéro-végétante récente. Le cœur pèse 300 grammes.

La glande parotide droite est suppurée. On pénètre dans le canal de Sténon par la voie buccale et on constate que ce conduit est perméable et ne contient pas de pus sur une longueur de 2 centimètres environ.

La parotide gauche est normale.

Examen bactériologique et histologique. — On recueille du pus dans le *foyer parotidien* et l'examen y montre des amas de cocci. La culture a donné le staphylocoque orangé et quelques colonies de bacterium coli.

Le *pus du petit bassin* contient des cocci associés à des bactéries courtes, polymorphes, arrondies aux deux bouts, se décolorant par le procédé de Gram.

Le *sang du cœur droit*, recueilli à la pipette, est dépourvu de microbes ; les ensemencements restent stériles.

Le frottis des *végétations mitrales* renferme des cocci ; la culture a reproduit à l'état de pureté le staphylocoque orangé.

Le pus des *infarctus blancs* du poumon contient en très grande abondance des staphylocoques.

Des fragments du *canal de Sténon* ont été coupés en série après inclusion dans la paraffine, jusqu'au foyer purulent parotidien ; sur les coupes, on voit que le conduit excréteur a conservé son épithélium cubique jusqu'au voisinage des parties suppurées ; il est donc normal sur presque toute sa longueur et il est impossible de trouver des microbes sur son parcours ; bien plus, le prolongement antérieur de la parotide, épargné par la suppuration, ne contient pas de micro-organismes et contraste avec les *autres régions de la glande*, qui sont transformées en un amas de globules de pus et de staphylocoques.

Les *végétations mitrales*, traitées par les procédés de Gram, Weigert, Kühne, ne présentent que des cocci groupés en amas irréguliers.

Sur les coupes du *foie*, les capillaires portes sont gorgés de sang et très dilatés. Pas de microbes.

Les *reins* sont atteints de néphrite épithéliale ; on n'y décèle pas de microbes.

L'examen histologique des autres organes ne révèle aucune particularité intéressante à signaler.

Inoculation. — Le 14 août, un lapin blanc, pesant 1^{kg}700, reçoit (après dilution dans un demi-centimètre cube de bouillon), dans la veine marginale de l'oreille droite, une anse de culture de staphylocoque doré provenant de l'ensemencement des végétations mitrales.

Le 15 août, l'animal est abattu, ne mange pas ; température rectale 40°2.

Le 16 août, température 38°4 ; le lapin traîne les pattes antérieures, surtout celle du côté gauche. Lorsqu'on le soulève, ce membre retombe inerte et se met en croix par rapport à l'axe du corps. Les courants faradiques déterminent des contractions musculaires normales à droite comme à gauche. La sensibilité électrique au courant galvanique paraît égale des deux côtés. La brûlure profonde détermine des réactions identiques sur les deux membres symétriques.

Le 17 août, le lapin devient tout à fait inerte ; ses quatre membres sont flasques et impotents. Température 34°7. Il meurt à cinq heures et demie du soir et son autopsie est faite immédiatement.

Sur le péricarde viscéral, on trouve des fausses membranes et des villosités fibrineuses ; il n'existe pas de traces d'endocardite. Dans l'auricule gauche est un caillot récent, non adhérent.

Il n'y a, dans les poumons, ni congestion, ni infarctus.

Le foie est légèrement congestionné, mais non suppuré. Il en est de même de la rate.

Les *deux reins* sont parsemés de *petits abcès miliaires* ou *sub-miliaires*, tant dans la substance corticale qu'au sein des pyramides. Quelques-uns, parmi ces abcès, font saillie sous la capsule ; lorsqu'on les incise, il s'en écoule un pus jaune, crémeux, farci de staphylocoques, à l'exclusion de tout autre microbe.

La vessie est distendue par une urine trouble, albumineuse, contenant des cocci.

Le membre antérieur gauche, disséqué avec soin, ne contient de foyer purulent ni dans les muscles, ni dans les articulations, ni dans les os.

Aucune trace de suppuration dans l'encéphale ni dans la moelle épinière, qui est diffluente et fortement congestionnée sur toute sa hauteur.

Les *ensemencements* du sang du cœur, de la pulpe hépatique, des abcès miliaires du rein, des urines, ont donné le *staphylococus pyogenes aureus*, en culture pure.

Il s'agit, en somme, dans l'observation clinique dont on vient de lire les détails, d'une infection généralisée à point de départ utérin, due à l'évolution du staphylocoque orangé. Ce germe a joué le rôle prépondérant : il a déterminé une

endocardite ulcéro-végétante, source d'embolies septiques qui ont, secondairement, inoculé les poumons et la parotide droite; *post mortem*, il était associé à quelques rares éléments coli-bacillaires dans le pus parotidien et pelvi-péritonéal.

La précision des résultats fournis par l'examen histologique et bactériologique du canal de Sténon resté sain, la limitation du foyer suppuratif aux parties postérieures de la glande constituent un sérieux argument en faveur de la réalité des parotidites d'origine vasculaire et embolique, dont l'existence était loin de reposer jusqu'ici sur des raisons absolument démonstratives; on croit, en effet, que les parotidites sont presque toujours l'aboutissant d'une infection ascendante d'origine buccale propagée par le conduit excréteur.

Insistons, en terminant, sur la virulence extrême du staphylocoque extrait des lésions de l'endocarde. Ce parasite, injecté dans les veines du lapin, provoquait une septicémie rapidement mortelle caractérisée par de l'hyperthermie, une paraplégie antérieure, des abcès miliaires des deux reins.

Les lésions rénales suppuratives ne sont pas rares au cours des infections staphylococciques; elles ont été signalées chez l'homme un certain nombre de fois; leur reproduction expérimentale chez le lapin les met hors de doute.

REVUE DE LA PRESSE

Tératome de l'ovaire. — M. Emanuel décrit, dans les « Zeitschrift f. Geburtz. u. Gynækol. », un cas de tératome de l'ovaire gauche chez une jeune fille de quinze ans. L'auteur a fait la laparotomie et enlevé la tumeur qui avait un volume supérieur à celui d'une tête d'adulte, et plusieurs noyaux métastatiques disséminés sur le grand épiploon. Les annexes droites étaient saines. La malade a quitté l'hôpital quinze jours après l'intervention. Elle semblait guérie, mais trois semaines après son départ, elle est de nouveau rentrée avec une ascite considérable, la tumeur a récidivé et quatre mois après la première intervention la malade succomba.

La tumeur primitive, enlevée pendant l'intervention, était formée d'une masse principale de tissu sarcomateux au milieu duquel se trouvaient des formations de provenance ectodermique, des matières sébacées, du tissu fibrillaire et réticulé, du tissu myélomateux et cartilagineux. Des nodules cartilagineux se trouvaient surtout dans les petits kystes, de volume d'un grain de mil à une lentille, à épithélium des plus variables. Dans un, plus volumineux, il y avait un organe qui rappelait parfaitement par sa forme la trachée de l'homme.

A l'autopsie, on trouva une tumeur de l'ovaire droit du volume de deux poings, de nombreuses métastases sur le petit et le grand épiploon, ainsi que sur tout le péritoine viscéral et pariétal. Le moignon de la tumeur enlevée était sain. Un noyau isolé se trouvait dans le tissu sous-cutané de l'abdomen, à gauche de l'ombilic. Au microscope, on constata que toutes ces tumeurs secondaires étaient des tératomes, de même structure que la tumeur primitive, tandis que les petites nodosités disséminées sur le péritoine étaient des sarcomes à cellules rondes. La tumeur cutanée est attribuée à une greffe directe involontaire pendant l'opération.

D'après l'auteur, bon nombre de kystes dermoïdes de l'ovaire ne sont en réalité que des tératomes. Les kystes dermoïdes proprement dits ne contiennent que des tissus de provenance ectodermique, et chaque fois qu'on trouve des traces de l'endo ou mésoderme il s'agit d'un tératome.

Les tératomes sont des tumeurs solides, à développement rapide, parsemées de nombreux petits kystes dont le revêtement épithélial a une forme variable. Dans le voisinage de ces kystes on trouve des nodules de cartilage hyalin. La substance fondamentale de la tumeur est formée de tissu sarcomateux. Au point de vue clinique, les tératomes de l'ovaire sont les tumeurs les plus malignes.

Un cas de guérison de la maladie d'Addison. — Le docteur H. Neumann a communiqué, à la Société de thérapeutique de Berlin, le cas intéressant d'un malade de quarante-quatre ans qui avait été soigné en 1880 pour une maladie d'Addison dont il présentait tous les symptômes : pigmentation intense de la peau, par places, et aussi de la muqueuse des lèvres, des joues et du voile du palais; faiblesse extrême; l'urine ne contient ni albumine, ni sucre. Le malade était traité par l'électrisation (courants continus) et, plus tard, par le fer. L'amélioration, quoique excessivement lente, se faisait cependant : le nombre des hématies était, en 1880, 2 millions; en 1881, 5 millions; en 1885, 7 millions, mais, en 1881, est de nouveau tombé à 5 millions. En même temps tous les troubles symptomatiques de l'anémie disparaissaient, la pigmentation diminuait de plus en plus. Après sept ans de traitement, le malade a quitté l'hôpital guéri et depuis cette époque (c'est-à-dire depuis 1887) M. Neumann n'a plus observé chez lui aucune trace de l'ancienne affection, si ce n'est une légère exagération des réflexes. (*Deuts. Med. Zeitung*, décembre 1893.)

Rupture extrapéritonéale de la vessie. — M. Johannsen a publié, dans la « Saint-Petersb. Med. Wochenschr. », l'observation d'un malade de vingt-six ans, qui, à la suite d'un coup violent sur la hanche, a eu la sensation de désunion des os du pubis et a émis immédiatement un peu de sang par l'urèthre. Il est entré à l'hôpital avec des douleurs violentes à la région inguinale gauche. Le lendemain, le malade, qui n'a pas uriné depuis la veille, a senti un besoin impérieux sans pouvoir émettre une goutte d'urine. La matité vésicale remonte à quatre travers de doigt au-dessous de l'ombilic sur la ligne médiane et descend symétriquement de chaque côté vers une ligne qui unirait les deux épines iliaques antéro-supérieures; mais au lieu de se porter en dedans pour compléter la forme de la vessie distendue, cette matité s'étend en dehors presque horizontalement vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Au niveau de cette région mate on sent à la palpation une certaine résistance.

Cathétérisme. Urine claire; la matité disparaît. Le lendemain, mêmes phénomènes. Les jours suivants, le malade a uriné spontanément. Puis reparaissent des phénomènes de distension vésicale et ainsi de suite. Le huitième jour, se sont montrés à la région inguinale gauche les symptômes d'une infiltration d'urine qui, malgré l'intervention rapide par une incision au-dessus du ligament de Fallope, a amené la mort du malade.

Le doigt introduit dans la plaie pénétrait dans une cavité où faisait saillie la branche horizontale du pubis gauche. A l'autopsie on constata la présence d'une cavité spacieuse, limitée en avant par la paroi abdominale antérieure, en arrière par la vessie, petite et comprimée, latéralement par les branches horizontales des pubis, écartés l'un de l'autre de 2 centimètres de distance. L'urèthre et une petite portion du col vésical sont arrachés.

La région mate n'était donc que la cavité de Retzius distendue. L'auteur insiste sur les limites de cette matité, qui ont une grande valeur diagnostique. Il a fait des expériences sur le cadavre par injection d'eau dans la cavité de Retzius et les limites de la matité étaient exactement les mêmes que chez le malade. Toutes les fois qu'on est en présence d'une matité à limites décrites, il faut songer à une rupture extra-péritonéale de la vessie.

Traitement médical des fractures. — M. Serenine décrit, dans le « Chir. Lietopice » 1893, vingt-quatre cas de fractures dans lesquelles il a eu de bons effets par le traitement par le massage combiné à l'administration de phosphates par voie stomacale. Il donne aux malades trois fois par jour un paquet de

Phosphate de fer. . . . . 12 centigrammes.
Phosphate de chaux. . . . . 30 —

Pour un paquet.

Cette médication a pour effet de hâter la consolidation des fragments. Ainsi chez une malade de cinquante-deux ans, atteinte d'une fracture du col chirurgical de l'humérus, la crépitation a disparu au bout de huit jours, de même que les mouvements anormaux; au seizième jour la malade pouvait élever le bras jusqu'à la position horizontale.

Réduction de l'invagination intestinale par le massage. — M. Harder publie, dans les « Berliner Kl. Wochenschr. », une observation d'un enfant de cinq semaines qui, au début, a présenté des phénomènes d'invagination intestinale durant trois semaines. L'épuisement considérable ne permettait pas une intervention chirurgicale. Rien à la palpation abdominale, mais par le toucher rectal on pouvait sentir une tumeur mollasse, de 7 à 8 centimètres de long, s'étendant jusque dans l'hypocondre gauche. On a fait le diagnostic d'invagination de l'iléon dans l'angle colique gauche. Le massage de l'abdomen a fait disparaître les phénomènes morbides au bout de cinq jours.

Un autre enfant de vingt mois est tombé malade subitement. A l'examen on constata une tuméfaction dans la partie latérale gauche de l'abdomen. Par le toucher rectal on a pu reconnaître une invagination intestinale. Le massage joint à l'opium a ici aussi amené la guérison en quelques jours.

Le massage donne donc, d'après l'auteur, de bons résultats dans les cas récents comme dans les anciens.

Traitement des varices par le bandage de Landerer. — M. Robitsch a eu de bons résultats avec des bandages de Landerer, dans le traitement des varices des membres inférieurs. C'est une sorte de jarretière munie à l'intérieur d'un ressort parabolique et d'un petit réservoir rempli de glycérine ou d'eau. Si les varices ne dépassent pas le genou on met la jarretière au-dessous de cette articulation, à la partie interne de la jambe; si l'ectasie veineuse s'étend plus haut, on la met sur la cuisse. Le réservoir doit reposer sur la veine dilatée; il presse ainsi au moyen du ressort parabolique sur un seul point, tandis que les autres parties du membre sont à l'abri de toute compression. Le ressort agit ici dans le même sens que l'opération de Trendelenburg. Les résultats obtenus sont bons : sur 100 malades traités 90 environ sont très notablement soulagés. Chez certains malades il y avait même guérison absolue, c'est-à-dire disparition complète de la dilatation veineuse. (*Deut. Med. Woch.*, 1893.)

Absence congénitale des deux radius. — M. Krönig a présenté, à la Société d'obstétrique de Leipzig, un enfant de quatorze jours, légèrement hydrocéphale, chez lequel les deux radius font complètement défaut. Les os du carpe existent tous, les pouces sont normalement développés. Les cubitus sont fortement incurvés en dehors, épaissis dans toute leur longueur. Pas de modifications sensibles dans les mouvements de l'articulation du coude. La main est bien conformée, mais déviée vers le bord radial. La musculature de l'avant-bras est normale, mais le long supinateur s'insère par son extrémité inférieure à la partie moyenne du cubitus. Les causes de cette malformation sont absolument inconnues. (*Centralbl. f. Gyn.*, n° 7, 1894.)

Luxations de l'astragale. — M. Schalter a observé, dans la clinique de Zurich, trois cas de cette luxation rare. Deux étaient compliquées de plaie cutanée; chez un de ces malades on a pu réduire la luxation, chez l'autre on fut obligé d'extirper l'astragale. Chez le troisième, à luxation sous-cutanée, la réduction a également réussi. Dans les deux cas de réduction, les résultats étaient excellents au point de vue des fonctions ultérieures.

L'auteur recommande l'essai de la réduction même dans les cas les plus compliqués. Il démontre anatomiquement que l'astragale reçoit des vaisseaux non seulement par sa face inférieure, comme l'a voulu Malgaigne, mais aussi des artères plantaires interne et externe en dedans, de l'artère malléolaire interne au niveau du col, de l'artère dorsale du tarse et de l'artère péronière externe, de sorte qu'on doit, même dans les cas graves, faire la réduction. (*Centralbl. f. chir.*, n° 8.) S. BROÏDO.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En exécution d'une délibération du Conseil municipal de Paris, le préfet de la Seine vient de prendre un arrêté qui fixe le tarif suivant pour les désinfections effectuées par les soins des étuves municipales :

Pour un loyer matriciel inférieur à 800 francs, néant; pour un loyer matriciel de 800 à 999 francs, 5 francs; de 1000 à 1999 francs, 10 francs; de 2000 à 2999 francs, 15 francs; de 3000 à 3999 francs, 20 francs; de 4000 à 4999 francs, 30 francs; de 5000 à 5999 francs, 40 francs; de 6000 à 6999 francs, 50 francs; de 7000 à 7999 francs, 60 francs; de 8000 à 9999 francs, 80 francs; de 10000 à 14999 francs, 100 francs; de 15000 à 19999 francs, 150 francs; de 20000 francs et au-dessus, 200 francs.

Cette part contributive comprendra le passage à l'étuve des objets contaminés et la désinfection des locaux.

Elle ne sera due qu'une seule fois pour une même maladie, quel que soit le nombre des opérations auxquelles cette maladie aura donné lieu.

— Le Congrès international d'hygiène et de démographie a décidé que la prochaine réunion aurait lieu à Madrid, en 1895.

— *Hospices civils de Marseille.* — Le lundi 3 décembre 1894, à huit heures du matin, il sera ouvert, à l'Hôtel-Dieu de Marseille, un concours pour six places d'élèves internes.

Le lundi 17 décembre 1894, à trois heures du soir, un autre concours sera ouvert dans le même hôpital pour six places d'élèves externes.

Ces deux concours auront lieu devant la commission administrative assistée d'un jury médical.

Les candidats devront se faire inscrire au secrétariat de l'administration des hospices, à l'Hôtel-Dieu, et produire un certificat de moralité récemment délivré par le maire du lieu de leur résidence.

Nota. — Bien que le concours de l'internat soit annoncé pour six places et celui de l'externat pour six places, ce nombre pourra être diminué ou élevé si la commission le croit nécessaire.

— *Autriche.* — Trois officiers de réserve du train, qui n'étaient pas hommes de cheval de profession, viennent, avec des chevaux de réforme, de faire le trajet d'Agram en Croatie à Vienne en quatre jours. La distance parcourue a été de 402 kilomètres, dont 299 au trot et 103 au pas. Pendant les temps de pas, les cavaliers marchaient à pied, soit au pas ordinaire, soit au pas gymnastique.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 113. — SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 29 SEPTEMBRE 1894. — N° 113.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE : 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

De quelques faits récents de chirurgie médullaire.

Par A. CHIPAULT.

Nous avons déjà, ici même, parlé à plusieurs reprises de Chirurgie médullaire ; nous avons, d'autre part, en janvier 1894, publié un volume d'études sur ce sujet. Depuis, un grand nombre d'observations qui s'y rapportent ont été produites. Notre intention est de les passer en revue et de voir combien et comment elles modifient les conclusions de nos travaux antérieurs : revision qui n'est pas inutile à la veille du VIIIe Congrès de chirurgie, où la question doit être discutée.

Choisissant l'ordre le plus simple, nous allons examiner successivement, parmi ces interventions récentes, celles qui ont trait aux traumatismes du rachis, à sa tuberculose, aux tumeurs des méninges rachidiennes, enfin à quelques autres lésions rachidiennes, rares et diverses. Nous n'hésiterons pas à nous arrêter, chemin faisant, non seulement aux considérations thérapeutiques, mais encore aux points de clinique et de doctrine soulevés par les auteurs de ces interventions.

I. *Traumatismes du rachis.*

A. TRAUMATISMES OUVERTS. — Les traumatismes ouverts du rachis, qu'il s'agisse de plaie par coup de couteau ou de plaie par balle, sont exceptionnels en pratique civile : aussi nous n'allons point trouver d'exemples récemment publiés des premières, et des secondes seulement un très petit nombre.

Nous devons cependant dire que dans un travail d'ensemble sur la chirurgie de la moelle et de ses annexes, travail que nous aurons plus d'une fois à citer dans le cours de cette Revue, Thorburn (1) donne, à propos des *plaies de la moelle par coup de couteau*, quelques chiffres qui méritent d'être retenus. « Je connais, dit-il, 34 cas de ce genre où, soit la moelle, soit la partie inférieure du bulbe, ont été totalement ou partiellement divisées. Dans nombre de ces cas, soit dit en passant, existaient d'abord des accidents paraplégiques, qui s'améliorèrent pour aboutir à une hémiplégie, type Brown-Séquard ; évolution qui montre la facilité avec laquelle le côté de la moelle non coupé, et seulement comprimé par l'hémorragie, reprend ses fonctions. Sur ces 34 cas, 21 survécurent : de ces derniers, 3 guérirent complètement, 16 conservèrent des troubles sensitifs ou moteurs, 2 étaient en voie d'amélioration lorsqu'on les perdit de vue. La conclusion de ces faits, aussi bien que des recherches physiologiques, est que la moelle humaine sectionnée ne se répare pas. »

(1) THORBURN. Lectures on the Surgery of the Spinal cord and its appendages, *Brit. Med. Journ.*, 1894, t. I, p. 1345 et 1401.

Elle ne se répare pas davantage *à la suite de plaie par balle*. Pas plus à la moelle qu'au cerveau, nous l'avons dit et nous le répétons, on ne peut refaire le tissu nerveux, tué par le traumatisme : son action se limite à celui qui est blessé, et qui, après l'accident, reste gêné dans sa circulation, comprimé par une esquille, une balle ou tout autre agent. Si le chirurgien (et tout le monde paraît d'accord aujourd'hui sur ce point) doit intervenir systématiquement dans les lésions de la moelle par coup de feu, il devra donc ne pas se faire trop d'illusions sur la valeur fonctionnelle de son intervention : tout dépend des lésions qu'il va trouver, et dont il ne peut guère apprécier la nature réelle qu'au cours même de son intervention.

S'agit-il d'une compression légère par une esquille ou par la balle, faisant saillie dans le canal sans l'avoir traversé, le pronostic est favorable. C'est ainsi que Bereskine (1), chez un malade qui avait reçu dans la région précordiale un coup de revolver suivi de paraplégie complète sensitivo-motrice, trouva, après résection des Xe, XIe, XIIe arcs dorsaux et du Ier lombaire, puis reclinaison du fourreau méningé, la balle proéminant dans le canal. Elle avait traversé d'arrière en avant le corps de la XIe dorsale, et s'était arrêtée quelques millimètres avant de produire des lésions irréparables. Elle n'avait provoqué qu'une légère compression, et l'opéré guérit complètement. Dans un cas de Walter L. Pyle (2), la balle pénétrée d'arrière en avant, entre les arcs XIIe dorsal et Ier lombaire, avait plus grave-

(1) BERESKINE. Trépanation du rachis pour plaie par arme à feu; Soc. ch. Moscou, 15 déc. 1893, *Presse méd.*, 1894, p. 70.

(2) WALTER L. PYLE. Report of two cases of laminectomy with a tabulated collection of fifty two cases of laminectomy of recent date, *Ann. of Surg.*, 1894, t. I, p. 664, case I.

ment contusionné la moelle, à mi-largeur, mais, cette fois encore, sans la traverser : l'ablation du corps étranger, de caillots assez abondants, permit une amélioration moins considérable que dans le cas précédent, mais encore très marquée. « La douleur disparut immédiatement après l'opération, et ne revint plus, à l'exception de quelques crises passagères; la sensibilité revint graduellement jusqu'à être complète; le premier retour de la motilité fut noté sept jours après l'opération, dans les couturiers; puis, graduellement, la jambe droite reprit tous ses mouvements; la jambe gauche resta paralysée, sauf pour le mouvement de la cuisse, provoqué par le couturier, et pour quelques mouvements du pied. » Un rétrécissement ancien de l'urèthre avait nécessité, à cause des difficultés du cathétérisme, une cystotomie avec drainage vésical, qui fut maintenu jusqu'au moment où la vessie, en même temps que le rectum, reprit ses fonctions.

Le résultat fut loin d'être aussi satisfaisant dans un cas de John A. Wyeth (1), où la balle, une balle de pistolet, avait pénétré entre les lames droites des IIIe et IVe dorsales. La lamnectomie, faite huit mois après l'accident, permit de constater la section par le projectile de la moitié droite de la moelle et l'écrasement, par les esquilles, de sa moitié gauche : le retour des fonctions fut nul.

Après ces observations, où la lamnectomie par les procédés ordinaires fut employée, nous devons noter celle à propos de qui M. Auffret (2), pensant un moment avoir à intervenir, imagina un trépan tire-fond, destiné à aller chercher par la bouche une balle logée dans la partie latérale droite de l'axis. « Le but de l'opération, déclare-t-il, devrait être, dans un cas de ce genre, de créer à côté du corps étranger un orifice, une cavité artificielle qui permotte l'introduction d'une branche faisant levier, d'un élévatoire dont l'extrémité, passant derrière le corps, lui imprime un mouvement de bascule et le présente à la pince et au davier. » L'application d'une petite couronne de trépan paraît pouvoir remplir cette indication, à condition de modifier l'instrument dans quelques détails : « Il faut allonger la tige du trépan, pour éviter des contacts offensifs pour les dents et les lèvres; le graduer à la base pour permettre de voir exactement le degré d'introduction et pour régler la pénétration; annexer au trépan le tire-fond lui-même en substituant un tire-fond au perforatif, cette disposition permettant par avulsion l'ablation de la rondelle osseuse sectionnée. Il est bien entendu que le curseur fixé d'avance limitera toujours le degré de pénétration de la couronne; que la pointe légèrement conique du tire-fond, limitée tout d'abord à 2 millimètres environ, servira de perforatif, et en même temps permettra le point appui central qui sera rentré en temps opportun. Jusque-là rien de différent du trépan ordinaire. Mais quand la couronne, ayant 8 ou 9 millimètres environ, aura suffisamment isolé le bouchon osseux, sans sortir l'instrument de la bouche du patient, l'opérateur fera glisser la couronne en arrière, y substituera ainsi sans effort le tire-fond, qui pénétrera à son tour jusqu'au point mathématiquement déterminé, et il en fera l'extraction comme avec le tire-fond ordinaire. » L'instrument de M. Auffret nous paraît pouvoir rendre, dans le cas de balle fixée dans les parties antérieures des premières vertèbres cervicales, de réels services, qu'en son absence on tenterait d'obtenir, sans doute avec de moindres chances de succès, de la tréphine ordinaire.

B. Traumatismes fermés. — Les traumatismes fermés du rachis, beaucoup plus fréquents que les traumatismes ouverts, ont naturellement suscité un nombre d'interventions beaucoup plus grand qu'eux.

Thorburn en Angleterre, plus récemment Goldscheider (1) en Allemagne, nous-même à plusieurs reprises, avons insisté sur la nécessité de diviser, au point de vue pronostique et thérapeutique, ces traumatismes fermés du rachis en traumatismes portant sur la moelle et traumatismes portant sur la queue de cheval, ou mieux, pour donner à la division toute son importance, en traumatismes portant sur la moelle, et traumatismes portant sur les racines intra-rachidiennes : celles-ci n'ayant habituellement qu'une petite part dans les traumatismes cervico-dorsaux, en acquérant une plus grande au niveau de la jonction dorso-lombaire, une exclusive au-dessous de la terminaison de la moelle, aux lombes et au sacrum. Nous tenons à affirmer la persistance, à ce sujet, de nos opinions déjà exprimées car, dans un article ici même publié, notre excellent maître, M. Lejars (2), ne parle point de l'extrême différence qui sépare, au point de vue de leur curabilité, les traumatismes rachidiens médullaires, des traumatismes rachidiens radiculaires. Il dit seulement, tout à fait accessoirement, en note : « A la partie inférieure de la colonne lombaire et au niveau du canal sacré, les lésions n'intéressent plus la moelle proprement dite, mais les nerfs de la queue de cheval. » Allusion d'autant plus insuffisante, qu'à deux reprises, dans le texte, M. Lejars appuie sa discussion sur des faits où la lésion portait, non pas sur la moelle, comme il semble le penser, mais bien sûrement sur la queue de cheval. Et cependant, à propos de l'un, fracture ancienne de la IVe lombaire, avec accidents persistants, il dit : « On a proposé, on a tenté plusieurs fois une intervention, à cette période éloignée, le plus souvent sans succès : ce qui s'explique bien, d'ailleurs, et concorde avec tout ce que nous savons de la nature et de l'évolution des lésions traumatiques de la moelle. » A propos du second, fracture du sacrum, suivie de guérison, il ajoute : « Paralysie sensitivo-motrice des membres inférieurs, accidents sphinctériens, tout y était, et les signes d'un traumatisme relativement grave, d'une solution de continuité fonctionnelle, n'en ont pas moins cédé tous, peu à peu et totalement. Certes, en dépit des apparences cliniques, la lésion était d'ordre essentiellement curable. » Les lésions de la queue de cheval ne comportent pas, j'en suis convaincu, même lorsqu'elles sont anciennes, un pronostic thérapeutique aussi négatif, et même lorsqu'elles sont d'apparence grave, un pronostic spontané aussi sévère. Je crois nécessaire de le dire, car M. Lejars conclut son article en disant : « Bien que d'un pronostic toujours obscur, l'intervention chirurgicale, précoce et suffisante, reste légitime et nécessaire, elle n'aggrave pas le mal irréparable et peut seule remédier à celui qui ne l'est pas. » C'est peut-être trop

(1) John A. Wyeth. Report of six operations on the Spinal cord for the relief of paraplegia, *Ann. of Surg.*, 1894, t. II, p. 153, case V.

(2) Auffret. Interventions sur la colonne vertébrale; trépan tire-fond (deuxième mémoire), *Arch. de méd. nav.*, 1894, p. 183.

(1) Goldscheider. Ueber Chirurgie des Rückenmarkserkrankungen, *Deuts. Med. Wochens.*, 1894, p. 593 et 616.

(2) Lejars. Curabilité des traumatismes rachidiens, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 593.

accorder au chirurgien du côté de la moelle, c'est sûrement trop lui retirer du côté de la queue de cheval.

Si nous passons en revue les interventions pour traumatismes rachidiens fermés, nous voyons, en effet, que celles faites pour *traumatismes rachidiens « médullaires »* ont les résultats les plus médiocres.

Cela est constant, lorsqu'il s'agit de fractures médullaires élevées. Que nous donnent-elles, cette année en particulier? Un cas de Myles (1) : fracture du IIIe corps cervical; quarante-huit heures après, résection des IIIe IVe V^e et VIe arcs, mort le lendemain de dyspnée. — Deux cas de Thorburn (2) : dans l'un, fracture de la Ve cervicale, résection des Ve et VIe arcs le deuxième jour, mort le quatorzième; dans l'autre, fracture dorsale moyenne, résection des Ve et VIe arcs dorsaux au bout de sept semaines, survie sans amélioration. — Un cas de Platt (3) : fracture de la IVe dorsale; au bout de quinze jours, résection temporaire des Ve, VIe, VIIe arcs : aucune amélioration. — Un cas de Th. H. Mannley (4) : fracture de la Ve dorsale; résection de l'arc correspondant; mort le quatrième jour sans amélioration. — Un cas de Chavier (5) : fracture des Ve et VIe dorsales; trente-six heures après, résection des arcs correspondants; mort le douzième jour par progression des accidents médullaires. — Deux cas de John A. Wyeth (6) : dans le premier, fracture de la VIIe dorsale, le quatrième mois résection des VIe, VIIe et VIIIe arcs, survie sans amélioration; dans le second, fracture dorsale moyenne, le troisième mois résection des VIIIe, IXe, X^e, XIe arcs, mort de cystite au bout de trois semaines. — Un cas de Casper W. Sharples (7) : fracture de la VIIIe dorsale, ablation de trois arcs, sans résultat fonctionnel. — Un cas de Clinton B. Herrick (8) : fracture dorsale moyenne; même traitement, insuccès complet. — Enfin deux cas de John B. Roberts (9) : dans le premier, les accidents consécutifs à une fracture des IXe et X^e dorsales, ne furent aucunement modifiés par trois lamnectomies faites à quelques mois d'intervalle l'une de l'autre; dans le second, où la fracture siégeait au même niveau, la résection de trois arcs, faite un an après l'accident, n'empêcha pas le blessé de succomber à la progression des accidents trophiques.

En règle générale, les interventions pour fractures médullaires situées plus bas que les précédentes sont moins monotonement infructueuses : différence thérapeutique importante que nous ne retrouvons pas dans les faits de fractures basses récemment publiés : non point, nous en sommes convaincu, qu'elle ne soit réelle, mais parce que ces faits étaient, par la gravité des lésions nerveuses, très défavorables, et qu'en outre, dans presque tous, l'opération a été tardive, alors que sa précocité est, nous l'avons autrefois démontré, une condition indispensable de succès (1).

Or, sur quatre fractures basses opérées précocement, trois montrèrent au chirurgien des lésions irréparables : Folet (2), Clinton B. Herrick (3), Walter L. Pyle (4) trouvèrent la moelle complètement sectionnée par les os déplacés. D'autre part, ce déplacement ne fut pas réduit dans le cas de G. P. Riggs (5), et l'auteur attribue lui-même à cette insuffisance de l'acte chirurgical, l'insignifiance de l'amélioration qui porta seulement sur quelques mouvements du pied, et à un léger degré, sur les troubles sensitifs.

Dans les cas de fractures basses opérées tardivement, l'intervention resta de même, pour une raison ou pour une autre, purement exploratrice, et par conséquent sans résultat. Riggs, opérant huit semaines après l'accident, enleva les deux premiers arcs lombaires et trouva la moelle complètement atrophiée et désorganisée. — Wyeth (6), au bout de huit mois, la trouva, vis-à-vis les XIe et XIIe dorsales, petite et ramollie. — Horsley (7), également au bout de huit mois, ouvrit un fourreau méningé adhérant à la XIIe dorsale, sans battement, rempli d'une gangue conjonctive qu'il fut impossible de disséquer. — Steinbach (8), le dixième mois, trouva le renflement lombaire complètement détruit, sur une étendue de 2 pouces 1/2 à 3 pouces. — Willy Meyer (9), au bout d'un an et demi, y constata la présence de cavités gliomateuses multiples.

John B. Roberts (10), dans un cas très analogue aux précédents, tenta de faire mieux qu'une simple constatation biopsique. Il s'agissait d'une fracture de la XIIe dorsale, avec paraplégie sensitivo-motrice complète et paralysie vésico-rectale, datant de quatre mois. Après résection des arcs XIIe dorsal, Ire et IIe lombaire, le fourreau méningé, très affaissé sur une longueur de 1 pouce 1/2, fut ouvert : la moelle manquait sur cette étendue, tout en paraissant normale au-dessus et au-dessous. John B. Roberts essaya, sans y réussir, de suturer l'un à l'autre les deux bouts médullaires : il y a longtemps que nous avons affirmé l'impossibilité, dans de telles conditions, de cette suture qui, fût-elle possible, n'aurait aucune utilité.

---

(1) Myles T. Laminectomy to Spinal Injuries (Roy. Acad. of Medicine in Ireland, 8 déc. 1893), *The Univ. Med. Journ.*, 1894, p. 46.

(2) Thorburn. Loc. cit. Statistique des fractures, n°s 4 et 5.

(3) Platt. A case of laminectomy; operation eleven mounths after injury of the spine (M. and C. Faculty of Maryland, tenth annual meeting, 22 nov. 1893), *Med. Record*, 1893, t. II, p. 766.

(4) Th. H. Manledy. A few clinical notes on the usual situation of spinal hœmorrage which result from traumatic influence, with report of four typical cases, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1893, p. 487.

(5) Chavier. Intervention hâtive dans un traumatisme du rachis, *Journ. des pratic.*, 1894 t. II, p. 31.

(6) John A. Wyeth Loc. cit., cas III et VI.

(7) Casper W. Sharples. Laminectomy for fracture of dorsal vertebræ, *Med. News*, 1894, t. I, p. 633.

(8) Clinton B. Herrick. Laminectomy, *Med. News*, 1894, t. I, p. 361, cas I.

(9) John B. Roberts. Case of laminectomy for spinal fracture, *Med. News*, 1894, t. I, p. 265, cas I et II.

(1) Sans doute, trouverait-on une preuve nouvelle de ce fait dans les observations signalées récemment par Robert W. Lovett et par Hatch (The Surgical Treatment of injuries of the spine and spinal cord; discussion to the British Medical Associat., 2 Aug. 1894, *The Lancet*, 1894, t. II, p. 352); elles sont trop brièvement rapportées pour que nous puissions les faire entrer en ligne de compte. En effet, Robert W. Lovett dit seulement : « J'ai fait 4 laminectomies pour fractures : 1 succès, 1 mort, 2 survies sans résultat. Aucune de ces interventions n'avait pu être pratiquée avant le quatrième jour, alors que, à mon avis, il vaut mieux opérer dans les vingt-quatre heures. » Et Hatch : « J'ai opéré 5 fois, et mon expérience est tout en faveur des interventions précoces. »

(2) Folet. Trépanation du rachis dans les lésions traumatiques, *Bull. méd. du Nord*, 1894, p. 67.

(3) Clinton B. Herrick. Loc. cit., cas III.

(4) Walter L. Pyle. Loc. cit., cas II.

(5) E. P. Riggs. Two cases of laminectomy for fracture of the vertebræ with compression of the cord, *Ann. of Surg.*, 1894, t. I, p. 661.

(6) John A. Wyeth. Loc. cit., case IV.

(7) Horsley, in Head. On disturbances of sensation with especial reference to the pain of visceral diseases, *Brain*, 1893, p. 46.

(8) Steinbach, in John B. Roberts. Loc. cit., case IV.

(9) Willy Meyer, in Further Report of operations for injury to spinal cord (New-York Surg. Soc., 11 avril 1894), *Ann. of Surg.*, 1894, t. II, p. 184.

(10) John R. Roberts. Loc. cit., case III.

En effet, on ne refait pas, répétons-le encore, le tissu médullaire détruit.

Disons toutefois que ce principe essentiel semble comporter une exception. Les lésions médullaires par fracture des arcs, lésions qui sont évidemment destructives, guérissent par ablation des agents vulnérants, en même temps que disparaissent les symptômes fonctionnels qu'elles avaient provoqués. Nous en trouvons, parmi les observations publiées cette année, trois exemples probants, qui confirment ceux déjà connus. Dans le premier de ces trois faits, appartenant à Freemann (1), la fracture comminutive des arcs accompagnait une fracture des corps vertébraux; l'ablation des esquilles postérieures, pénétrant la moelle, ne pouvait donc avoir qu'une action limitée : ce n'est pas moins à elle, sans doute, puisque rien autre ne fut fait, qu'il faut attribuer le retour partiel de la sensibilité et le retour total des fonctions vésico-rectales. Plus probants et sans mélange de lésion des corps, sont les deux autres faits que nous allons citer : dans l'un, Dawbarn (2), trois heures après l'accident, enleva deux esquilles d'arcs comprimant le renflement lombaire; la paraplégie disparut complètement et définitivement. Dans l'autre, relaté par Grœme M. Hammond (3), l'ablation, quinze jours après l'accident, d'un fragment osseux dentelé, comprimant les cordons postérieurs, fut également suivie, en deux mois, d'une guérison complète.

Les interventions pour fracture médullaire semblent, en somme, cette année, avoir été fructueuses uniquement dans les fractures des arcs. Nous persistons, toutefois, à croire, en nous basant sur des exemples antérieurs, qu'elles peuvent être également favorables dans les fractures des corps vertébraux, lorsqu'elles sont basses, compriment le renflement lombaire sans le détruire, et qu'on les traite précocement et largement.

Les interventions pour *fracture de la queue de cheval* vont d'autre part nous fournir toute une série, plus nombreuse et plus intéressante encore, de résultats heureux.

Écartons, dès l'abord, deux cas tout à fait déplorables, où le malade est mort d'infection : dans le premier [Newton (4)] le cinquième jour; dans le second [Pantzer (5)], le troisième jour après l'opération. De tels faits ne doivent pas, à mon avis, entrer en ligne de compte dans une discussion thérapeutique.

Cinq cas seulement nous restent donc à prendre en considération. Dans le premier, l'opération fut faite vingt-trois jours après l'accident, qui avait provoqué une fracture de la IIe lombaire, avec paraplégie sensitivo-motrice complète; la sensibilité, dès le lendemain, était complètement revenue : bon augure pour l'avenir du malade, dont l'observation était publiée quelques jours après, dans la thèse du docteur Romeyn (6). Les quatre autres opérés furent assez longtemps suivis pour qu'on pût constater leur guérison complète. Le malade de Phelps (1), garçon de vingt-quatre ans, atteint de paralysie complète des deux membres inférieurs, et chez qui ce chirurgien, au bout de quelques semaines, réséqua deux arcs lombaires, pouvait, un mois et demi après, marcher avec des cannes; l'amélioration continuait. — Le malade de Thorburn (2), qui présentait une gibbosité au niveau des IIe et IIIe lombaires, avec paralysie complète des membres inférieurs, sans troubles de la sensibilité ni troubles vésico-rectaux, fut traité, après huit semaines d'état stationnaire, par résection des IIIe et IVe arcs lombaires; dès le quatrième jour reparaissaient de légers mouvements du pied; dès le sixième des mouvements du cou-de-pied et du genou; au bout de six semaines, l'opéré pouvait soulever les jambes du lit; au bout de quatre mois marcher. — Le malade de John A. Wyeth (3), atteint depuis huit mois de paraplégie sensitivo-motrice totale, avec paralysie vésico-rectale, vit, dès après l'intervention, sa vessie et son rectum reprendre leur fonctionnement normal; au bout de quatre ans il marchait comme il voulait, en s'aidant seulement d'une canne, et la sensibilité était reparue jusqu'au niveau du genou. — Le malade de Pantzer (4), opéré quatre ans et demi après une fracture lombaire qui avait laissé après elle de la parésie du membre inférieur droit, pouvait, au bout de vingt-sept jours, se porter sur ce membre sans qu'il cédât.

Ces faits, confirmatifs de faits plus anciens, me semblent prouver, de la manière la plus évidente, la curabilité thérapeutique toute spéciale des traumatismes de la queue de cheval. Bien certainement, du reste, c'est à l'opération, et à elle seule, qu'il faut rapporter l'honneur de leur guérison. Il me suffirait, pour le croire, de constater que celle-ci a toujours attendu, pour se manifester, le jour de celle-là, si tardive fût-elle, et qu'elle a toujours coïncidé avec l'ablation d'agents permanents de lésion nerveuse : dépression et hyperostose du Ier arc lombaire dans le cas de Romeyn; prolifération osseuse rétrécissant le canal dans le cas de Phelps; saillie osseuse venue du corps de la IIe lombaire et dépression de l'arc de la Ire dans le cas de John A. Wyeth; angle dépendant des IIIe et IVe corps lombaires et dépression des arcs correspondants dans le cas de Thorburn; hyperostose de la lame droite et de l'apophyse articulaire de la IIe lombaire, dans le cas de Pantzer.

Il me semble donc évident qu'il faut opérer dans les traumatismes de la queue de cheval, en attendant quelques semaines, pour laisser le temps de s'améliorer spontanément aux cas où ce paquet de nerfs est simplement contusionné ou comprimé par un caillot résorbable, en n'attendant pas plus longtemps si l'on peut, à cause des dégénérations médullaires ascendantes qui pouraient se produire, mais en ne désespérant pas absolument du résultat des interventions les plus tardives.

II. *Tuberculose rachidienne.*

Les interventions pour tuberculose rachidienne ont été, nous allons le voir, relativement peu nombreuses cette année : leur fréquent insuccès, qu'il tienne à l'insuffisance

(1) Freemann. Laminectomy for paraplegia produced by a fall, *The Eclectic Med. Journ.*, 1893, p. 221.

(2) Dawbarn, in : Further Report of operations for injury to the spinal cord (Surg. Soc. of New-York, 11 avril 1894), *Ann. of Surg.*, 1894, t. II, p. 185.

(3) Grœme M. Hammond. Report of cases of traumatic injury to spinal cord, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1893, p. 477.

(4) Newton. A case of fracture and dislocation of the second lumbar vertebra, with operation, *Am. Journ. of Med. Sc.*, 1894, t. I, p. 423.

(5) Pantzer. Two cases of laminectomy. *New-York Med. Journ.*, 1893, t. II, p. 231, case II.

(6) Romeyn. *De operatieve Behandeling van Wervelfracturen*, Amsterdam, 1894, p. 123.

(1) Phelps. Spinal Surgery, or operative procedure on the spinal column for lesions of the cord, *Journ. of nerv. and ment. diseases*, 1893, p. 467, cas III.

(2) Thorburn. Loc. cit., Statistique des fractures, n° IX.

(3) John A. Wyeth. Loc. cit., case II.

(4) Pantzer. Loc. cit., case I.

des techniques ou au choix fâcheux des cas opérés, en est certainement la cause.

Deux faits seulement se rapportent à des TUBERCULOSES RACHIDIENNES SANS SYMPTÔMES MÉDULLAIRES : ces faits appartiennent à B. T. Shimwell (1), qui a combiné une incision juxta-fallopienne à l'incision de Trèves, pour cureter et drainer les corps vertébraux malades. Les deux opérés sont notés comme améliorés, mais ses observations sont beaucoup trop brèves pour mériter une étude attentive.

Les interventions pour PARAPLÉGIE POTTIQUE, publiées avec les détails nécessaires, vont nous arrêter plus longtemps, car leur examen nous paraît comporter des enseignements sérieux, surtout au point de vue de la possibilité et de l'utilité que présente le traitement direct du foyer tuberculeux, cause de la paraplégie.

La plupart de ces tentatives de traitement direct ont été faites par la voie du canal rachidien, et leur résultat semble avoir été bien nettement différent, suivant le siège et la nature des lésions trouvées.

Les lésions siégeant en arrière du fourreau méningé sont, on pourrait le deviner, très favorables par leur limitation habituelle et leur ablation facilement complète. Nous devons cependant, tout d'abord, en citer un cas malheureux récemment publié par John B. Roberts (2). Les arcs étaient envahis et noyés dans le pus d'un abcès froid qui faisait en arrière saillie de chaque côté des apophyses épineuses et en avant pénétrait dans le canal rachidien. La moelle était refoulée contre les corps vertébraux, et sa compression provoquait une paraplégie sensitivo-motrice complète, avec nombreuses ulcérations trophiques. Une incision en ╓╖ permit d'enlever toutes les parties malades : l'enfant, extrêmement affaiblie, ne put supporter l'hémorragie, qui avait été assez abondante, et mourut alors qu'on l'emportait de la table d'opération. A côté de ce cas où l'intervention a été certainement tentée trop tard, l'ablation de lésions rétro-méningées a donné deux succès au professeur Demons (3), et à Thorburn (4). Dans le premier de ces faits, publié par Binaud et Crozet, l'espace épidural postérieur était rempli de fongosités qui furent enlevées à la curette mousse, après résection des IXe, X^e et XIe arcs dorsaux; la paraplégie qui était complète et accompagnée de troubles sensitifs disparut peu à peu, et un an plus tard l'opérée pouvait passer la plus grande partie de la journée hors de son lit. Dans le cas de Thorburn, il s'agissait d'un garçon de neuf ans, souffrant d'hémiplégie droite depuis neuf mois, avec rigidité de la nuque; la résection des IIe, IIIe et IVe vertèbres cervicales du côté droit fit découvrir, entre la face postérieure du fourreau méningé et les arcs, une couche de fongosités cicatricielles, qui furent enlevées : la plaie guérit par première intention, et la paralysie disparut en deux mois. Au bout d'un an et demi l'enfant allait à l'école et travaillait chez un charpentier.

Il est fort rare, du reste, que l'on trouve, après ouverture du canal rachidien, les lésions tuberculeuses occupant ce siège postérieur. Dans l'immense majorité des cas, il faut aller les chercher en *avant du fourreau méningé.*

Presque toujours alors on trouve dans l'espace épidural antérieur, venues du foyer de tuberculose qui siège dans un ou plusieurs corps vertébraux, des fongosités qu'il semble logique d'enlever, tout en cherchant à modifier le foyer malade par des injections de sublimé, d'éther iodoformé, de créosote : malheureusement cette technique, malgré son apparence opératoire favorable, ne donne que des résultats médiocres. Nous avons à relever à son compte quelques faits récents, tous infructueux ou malheureux. — Alexandroff (1), chirurgien de l'hôpital Sainte-Olga à Moscou, résèque chez un garçon de sept ans, atteint de paraplégie pottique, les Ve et VIe arcs dorsaux, récline la moelle à gauche, trouve dans le corps vertébral découvert un foyer caséeux, qui est largement nettoyé à la glycérine iodoformée : après une amélioration de quelques semaines, la paraplégie reparaît aussi complète qu'avant. — Lane (2), chez une femme de cinquante-quatre ans, atteinte de parésie spasmodique, avec troubles sensitifs très étendus, enlève les VIe, VIIe et VIIIe arcs; une sonde cannelée, introduite en avant du fourreau méningé, donne issue à du pus et à des séquestres qui viennent des VIe et VIIe corps vertébraux; l'abcès froid est lavé et drainé; la malade meurt de shock le troisième jour. — Une opérée de Normann Porritt (3) meurt également de shock, au bout de dix-huit heures : chez elle, le foyer prémédullaire, siégeant probablement dans le VIIe corps cervical, n'avait du reste pas été découvert, malgré des recherches prolongées. — Moins rapide, mais également fatal, fut le résultat chez deux opérés de Phleps (4). Le premier, chez qui ce chirurgien avait cureté et drainé, après résection des Ve et VIe arcs, une vaste caverne logée dans les corps vertébraux correspondants, meurt de pneumonie le trente-cinquième jour; le second, âgé de trente ans et atteint de paraplégie sensitivo-motrice depuis un an, ne recueille, d'une opération analogue faite au niveau des corps XIIe dorsal et Ire lombaire, qu'une amélioration très minime et meurt au bout d'un mois. — Sur trois observations de Thorburn (5), deux se sont terminées de même. L'une, faite chez une fillette, atteinte de paralysie sensitivo-motrice totale avec incontinence d'urine, dut être, du reste, arrêtée à mi-chemin, à cause du shock dont l'opérée mourut le soir même; l'autre, pratiquée chez un homme de quarante ans, atteint de paraplégie sensitivo-motrice complète, avec paralysie de la vessie, du rectum et douleurs intenses sur le trajet des VIe et VIIe paires dorsales, permit le curetage et le drainage du foyer siégeant dans les VIe et VIIe corps dorsaux, ainsi que la section des racines siège de la névralgie. Celle-ci disparut dès après l'intervention, mais l'opéré mourut d'épuisement le troisième jour. Le troisième cas de Thorburn, moins malheureux, ne fut toutefois qu'un succès bien incomplet et bien insuffisant.

(1) B. T. SHIMWELL. The treatment of lumbar caries, *Med. News*, 1893, t. II, p. 62.

(2) JOHN B. ROBERTS. A Case of primary tuberculosis of the laminæ and spinous processes of the vertebral column, *Ann. of Surg.*, 1894, t. I, p. 597.

(3) DEMONS, in W. BRISSAUD et J. CROZET. Sur deux cas nouveaux de trépanation rachidienne pour paraplégie consécutive au mal de Pott, *Arch. clin. de Bordeaux*, 1894, p. 1, cas II.

(4) THORBURN. Loc. cit., Statistique de paraplégies pottiques, n° II.

(1) ALEXANDROFF. Paraplégie par spondylite thoracique. Lamellectomie; in *Chirurgie infantile. Observations cliniques faites à l'hôpital d'enfants de Sainte-Olga*, p. 36, Moscou.

(2) LANE, in HALE WHILE. On the exact sensory defects produced by a localised lesion of the spinal cord, *Brain*, 1893, p. 375.

(3) NORMANN PORRITT. Two surgical spinal cases, *The Quart. Med. Journ. for Yorkshire*, 1894, p. 127.

(4) PHELPS. Loc. cit., cas II et IV.

(5) THORBURN. Loc. cit., Statistique de paraplégies pottiques, cas III, IV, V.

Il s'agissait d'une jeune femme, entrée à l'hôpital pour une tuberculose de l'extrémité inférieure du radius, et chez qui se développèrent, pendant le traitement de cette lésion, des troubles sensitifs et moteurs des membres inférieurs, puis supérieurs, à marche rapide. Il y avait en même temps un peu de raideur et de douleur à la nuque. Après incision médiane, on découvrit un petit foyer tuberculeux faisant hernie entre les Ve et VIe arcs cervicaux, qu'on enleva ainsi que le IVe. Le fourreau méningé était refoulé en arrière et à droite par des fongosités qu'on suivit et enleva jusque dans les corps vertébraux. La plaie guérit par première intention; en quelques jours, la sensibilité avait partout reparu, la motilité s'améliorait suffisamment dans les membres supérieurs pour permettre à la malade de manger et de s'habiller, beaucoup moins dans les membres inférieurs; la vessie pouvait garder l'urine pendant plusieurs heures. Malheureusement, huit mois après l'intervention, une fistule se formait au niveau de la cicatrice opératoire, indiquant le réveil de la lésion tuberculeuse (1).

A cette série malheureuse, nous pourrions ajouter un fait personnel du même genre, que nous publierons plus tard d'une façon complète, à cause de l'intérêt de ses détails cliniques. Notre malade était atteint de paraplégie sensitivo-motrice totale à début brusque et récent, paraplégie qui, en l'absence de toute gibbosité, nous parut avoir pour cause possible une tumeur intra-rachidienne. Nous tombâmes en effet, à l'opération, sur un tubercule logé dans l'espace épidural antérieur et contigu à une lésion très limitée d'un corps vertébral. Le foyer morbide fut complètement enlevé et cependant, à notre grande surprise, les symptômes, au lieu de rétrograder, ne firent que progresser; quelques mois plus tard, l'opéré mourait de cachexie et l'on trouvait, à distance du foyer opératoire, sept ou huit corps vertébraux envahis par de la tuberculose diffuse, avec nappes de pus intra et extra-rachidiennes. C'était un de ces cas exceptionnels où le rachis présente plusieurs foyers tuberculeux distincts : nous n'en avions trouvé qu'un.

Le traitement direct des lésions tuberculeuses préméningées par le canal rachidien, à côté des résultats fâcheux que nous venons de citer, a donné quelques succès dans des cas où la compression du fourreau méningé avait pour cause, non plus des fongosités, mais un corps vertébral déplacé.

On sait combien aux autopsies de tuberculoses rachidiennes cette cause de paraplégie est rarement trouvée. « Je ne pense pas, dit M. Ménard (2), que cette compression par les os se produise plus d'une ou deux fois sur cent, si même on l'observe dans cette proportion. » Mes recherches bibliographiques et les autopsies que j'ai faites me donneraient même un chiffre bien moindre. Serait-il juste sur le vivant? On peut en douter en songeant combien, après la mort, la colonne vertébrale est mobile au niveau du foyer de destruction tuberculeuse, lorsqu'il est étendu et non encore cicatrisé partiellement. Le tonus musculaire n'est plus là pour rendre le rachis rigide. Il est donc bien possible qu'une compression osseuse plus ou moins intense existe dans les paraplégies pottiques, non seulement lorsqu'on la retrouve spontanément persistante sur le cadavre, mais encore dans quelques-uns des cas où, sans qu'il en soit ainsi, la disposition des os malades permet de la provoquer sur le cadavre par flexion du rachis.

En tout cas, nous trouvons à noter, dans ces derniers temps, deux observations où l'on a constaté, au cours de l'intervention, l'existence d'une saillie osseuse compressive préméningée. La première appartient à Israël (1), qui, chez une jeune femme de vingt-deux ans, atteinte de paraplégie, trouva, après résection des VIIe et VIIIe arcs, une saillie osseuse préméningée qu'il réduisit; l'amélioration, lente et régulière, était très considérable au bout de huit mois, lors de la publication du fait. La seconde appartient à Mayo Robson (2); le malade y est également noté, mais sans détails, comme très amélioré.

Après les faits précédents, où le foyer tuberculeux a été attaqué par la voie du canal rachidien, nous en trouvons trois seulement où l'on a employé, pour l'atteindre, la méthode circa-vertébrale de Vincent. La première de ces observations appartient à Turetta (3); elle fut pratiquée chez un garçon de seize ans, qui, en travaillant la terre, avait été saisi d'une vive douleur dans la région dorso-lombaire, puis, au bout de quelques jours, de parésie des membres inférieurs. En même temps, apparaissait une gibbosité dorso-lombaire et deux abcès inguinaux par congestion. Un an après le début des accidents, deux incisions de 10 centimètres, placées à droite et à gauche des apophyses épineuses, permirent de faire le drainage transsomatique de la I^e et de la IIe lombaire. Après de nombreux pansements, comprenant chacun un lavage de la poche à la teinture de créosote et à la teinture d'iode glycérinée, les drains furent raccourcis, puis supprimés. Quatre mois après l'opération, l'enfant pouvait marcher sans bâton : les apophyses correspondant aux vertèbres drainées étaient, l'une par rapport à l'autre, complètement immobilisées dans les mouvements du tronc. M. Ménard (4) a opéré deux fois par la même technique. Chez la première de ses malades, il avait entrepris une lamnectomie (5) et c'est seulement en voyant un flot de liquide tuberculeux s'écouler sur le côté gauche du fourreau méningé, qu'il fit une contre-ouverture à 6 centimètres en dehors de la ligne médiane, à travers les muscles de la gouttière vertébrale, pour placer un drain dont l'extrémité profonde pénétrait dans le foyer tuberculeux; la plaie de la lamnectomie fut suturée complètement. Dès le lendemain de l'intervention, les mouvements et la sensibilité avaient en partie reparu. Au bout de deux mois, « la malade pouvait se lever et marchait sans appui et sans gêne, autour de la salle des malades. La fistule de la contre-ouverture, occupée d'abord par le drain, persistait, mais ne donnait lieu qu'à une suppuration très peu abondante. Il suffisait de renouveler le pansement une fois par semaine ». Une autre fois, trois mois et demi après une lamnectomie qui n'avait produit aucun résultat, M. Ménard

(1) Dans sa communication déjà citée à British Medical Association, 2 Aug. 1894, Robert W. Lovett cite trois cas de lamnectomie pour paraplégie pottique « avec deux brillants succès et une mort ».

(2) Ménard. Causes de la paraplégie dans le mal de Pott, son traitement chirurgical par l'ouverture directe du foyer tuberculeux des vertèbres, *Rev. d'orthop.*, 1894, p. 46.

(1) Israël, in Steiner. Die Trepanation der Wirbelsœule bei spondilitischer Compressionslœhmung, *I. D. zu* Berlin 1892.

(2) Mayo Robson. Surgery of the spine (Leeds and West Riding M. C. Society, 3 nov. 1893), *Brit. Med. Journ.*, 1893, t. II, p. 1107.

(3) Tunella. Sul drenaggio vertebrale nel male di Pott, *Gaz. degli Ospidali*, 1893, p. 1283.

(4) Ménard. Loc. cit., Obs. II et III.

(5) M. Ménard donne au drainage transsomatique le nom de transversectomie, et à la lamnectomie celui de lamellectomie.

fit encore, après résection de deux apophyses transverses et de l'extrémité vertébrale des côtes correspondantes, l'ouverture, le lavage avec une solution tiède de sublimé et le drainage du foyer tuberculeux siègeant dans les IIIe, IVe, Ve et VIe dorsales. L'opération avait été faite du côté droit ; dès le soir, quelques mouvements avaient reparu dans le membre inférieur de ce côté ; au bout d'un mois et demi environ, moment où l'observation fut publiée, « la malade exécutait rapidement et complètement plusieurs fois de suite tous les mouvements des différentes articulations des deux membres inférieurs, hanche, genou, pied. Le moindre contact était senti, la moindre piqûre était vivement douloureuse. Le trajet du tube à drainage était resté fistuleux. A chacun des premiers pansements qu'on fit à huit jours d'intervalle, on trouva, à la place de la gaze iodoformée qui recouvrait immédiatement la plaie, une couche épaisse de matière caséiforme. La fistule persistera sans doute pendant une longue période. » Les cas de Turetta et de Ménard semblent, au premier abord, assez satisfaisants. Mais peut-on conclure à la guérison d'une tuberculose vertébrale, après des périodes d'observation de quatre mois, trois mois, un mois et demi, lorsque, surtout, persistent des fistules profondes et fongueuses ? Je suis loin d'en être convaincu.

En somme, les faits où l'on a été, dans le but de traiter une paraplégie pottique, attaquer directement, soit par le canal rachidien, soit par la voie circa-vertébrale, le foyer tuberculeux producteur de la paraplégie, n'ont guère été encourageants, sauf lorsqu'on a trouvé des fongosités uniquement rétro-méningées, ou une arête osseuse compressive, due au déplacement du corps vertébral carié : circonstances que la clinique est, jusqu'à présent, incapable d'ordinaire de prévoir. Faut-il, en attendant la possibilité de ce diagnostic, continuer à intervenir, dans n'importe quel cas, par les techniques jusqu'ici connues? Personnellement je ne le crois point. Faut-il chercher à être plus complet encore qu'on ne l'a été jusqu'à présent, en associant aux opérations circa-vertébrales qui traitent le foyer tuberculeux, la lamnectomie qui découvre les lésions rétro-méningées et les arêtes osseuses pré-méningées? Ce serait peut-être bien hardi. Enfin, doit-on, renonçant à l'opération radicale, tenter des opérations palliatives, seulement auxiliaires de l'orthopédie ? Deux ont été expérimentées ; nous allons voir quels en ont été les résultats.

a. L'une est la *lamnectomie simple*, faite dans le but de décomprimer la moelle refoulée contre les arcs par les fongosités pré-méningées. Espoir qui paraît rationnel en se fiant aux seules données anatomiques et qui le paraît plus encore, lorsqu'on a vu, au cours de l'intervention, le fourreau méningé faire brusquement et fortement hernie par l'ouverture rachidienne créée. Les résultats n'ont pas répondu à ces espérances légitimes : il est probable que la cicatrice opératoire ne tarde pas à jouer vis-à-vis de la moelle le rôle compresseur que jouaient auparavant les arcs ; en tout cas, après une amélioration souvent bien minime, parfois nulle, la récidive est rapide. De nombreux exemples en ont été publiés dans ces dix dernières années. Voici les plus récents : M. le professeur Demons (1), chez une malade atteinte de paraplégie sensitivo-motrice avec troubles vésicaux et gibbosité correspondant aux VIe, VIIe et VIIIe dorsales, résèque les arcs de ces vertèbres. La sensibilité

(1) Demons, in W. Brissaud et J. Crozet Loc. cit., Obs. I.

s'améliore légèrement, mais des ulcérations trophiques se développent et l'opérée meurt le vingtième jour, dans une poussée aiguë de tuberculose pulmonaire. Doyle (1), chez un garçon de cinq ans et demi, atteint de paraplégie pottique spasmodique avec cystite, résèque de même les arcs correspondants à la gibbosité : après une amélioration passagère, le malade meurt de pyélo-néphrite. M. Ménard (2), dans un cas où la gibbosité siégeait au niveau des VIIe, VIIIe, IXe et Xe dorsales, enlève deux arcs ; dans un autre, où elle était un peu plus haut placée, il en enlève trois ; chez ses deux opérés, le résultat est absolument nul. La lamnectomie simple, comme intervention palliative dans les paraplégies pottiques, nous semble donc, de par ces faits et ceux qui les avaient précédés, définitivement condamnée.

b. Noble Smith (3), dans son tout récent volume sur la tuberculose vertébrale, propose une intervention moins ambitieuse que la précédente : le *vrillage des apophyses épineuses*, destiné simplement à calmer les douleurs dues à la congestion para-tuberculeuse des os.

« Depuis quelques années déjà, dit-il, j'ai insisté sur les bons effets du vrillage des os congestionnés voisins des articulations tuberculeuses. Les résultats heureux que j'ai obtenus de cette méthode dans les inflammations chroniques de la hanche, du genou et du coude, m'ont engagé à l'employer dans les cas de tuberculose rachidienne avec douleurs vives à la pression d'une ou deux apophyses épineuses. L'immobilisation suffit d'ordinaire pour supprimer les souffrances du mal de Pott, c'est vrai, mais dans quelques cas, malgré l'amélioration générale, la douleur locale persiste, dénotant, je pense, une congestion plus ou moins intense des apophyses épineuses. Cette douleur est du reste tout à fait distincte de la douleur profonde qui a pour siège les corps vertébraux. L'insignifiante opération que je propose l'a toujours complètement fait disparaître. Dans quelques cas, la ponction de l'os au ténotome et l'incision du périoste ont suffi ; d'ordinaire, j'ai dû faire pénétrer jusqu'au tissu spongieux une vrille de un huitième de pouce de diamètre. Pendant les deux ou trois jours qui suivent, une sensation de brûlure est habituellement notée par le patient, puis toute douleur disparaît. Dans quelques cas, où elle était particulièrement vive avant l'intervention, j'ai terminé celle-ci par une injection intra-osseuse d'acide phénique à 1/40 ; je ne sais trop si elle est bien nécessaire. Mais le vrillage lui-même m'a donné d'excellents effets, sans doute en faisant une véritable saignée de l'os très congestionné. »

III. *Tumeurs intra-rachidiennes.*

Si le résultat médiocre des interventions radicales tentées dans les paraplégies pottiques ne nous a guère étonné, nous avouons avoir été singulièrement déçu par le résultat fâcheux de 6 sur 8 interventions récemment faites dans des tumeurs des méninges rachidiennes. Nous n'en restons pas moins convaincu qu'il s'agit là de tentatives nécessaires et qu'il est du devoir du chirurgien, dans une affection où le traitement chirurgical est la seule chance de guérison, de le tenter, même délicat et dangereux.

(1) Doyle. Lamnectomy (Royal Academy of Medicine in Ireland, 3 déc. 1893), *The univ. Med. Journ.*, 1894, p. 46.

(2) Ménard. Loc. cit., Obs. I et III.

(3) Noble Smith. *Spinal caries (Spondylitis or inflammative disease of the spinal column*, London, 1894, p. 109.

Dans un cas, dû à Bruns (1) [de Hambourg], la tumeur n'a pas été découverte. Elle siégeait, comme c'est presque toujours le cas, au-dessus du point où on la supposait être. La malade guérit de cette intervention exploratrice, pour succomber à l'influenza un an plus tard. On trouva une tumeur intra-durale myxo-sarcomateuse, placé à la partie postéro-latérale droite du renflement lombaire.

Dans 7 autres cas, la tumeur a été découverte d'emblée. Une fois, il s'agissait d'une tumeur osseuse tout entière intra-rachidienne, deux fois d'une tumeur extra-durale, quatre fois d'une tumeur intra-durale.

Deux seulement de ces sept extirpations ont été suivies de succès. Le premier appartient à Caselli (2) : chez son malade, atteint de paraplégie sensitivo-motrice, à marche rapide, avec douleurs en ceinture extrêmement pénibles, il découvrit, à la face interne du Ve arc dorsal, un petit ostéome déprimant la dure-mère, et l'enleva facilement; le troisième jour, l'opéré commençait à mouvoir et à sentir ses membres inférieurs; le vingt-septième jour, il quittait son lit, et lorsque l'observation fut publiée, il marchait comme avant d'être malade. Le second succès a été obtenu par John A. Wyeth (3) dans un cas de tuberculome intra-dural siégeant à la partie postéro-latérale droite de la moelle au niveau du Ve arc dorsal. Un mois après l'opération, la miction était redevenue normale; quelques jours plus tard, de légers mouvements des pieds et des jambes étaient possibles; le troisième mois, l'opéré commençait à marcher. En publiant dernièrement son observation, quatre ans et quatre mois après l'opération, Wyeth constatait enfin que « le fonctionnement des parties autrefois paralysées était absolument normal; l'enfant marchait, courait, dansait comme tout enfant de son âge. »

Les cinq autres extirpations de tumeurs intra-rachidiennes ont eu pour conséquence une mort rapide. Dans un cas (Bruns), elle paraît tout à fait inexplicable; dans un autre (Sœnger et Krause), elle fut due à la progression d'une bronchite pré-opératoire; dans trois enfin (Watson Cheyne, Thompson, Clutton), proportion déplorable, à l'infection opératoire. — Dans le cas de Bruns (4), il s'agissait d'un jeune homme opéré déjà à plusieurs reprises pour des tumeurs de siège très divers, et qualifiées de kératomes. Le développement rapide d'une paraplégie sensitivo-motrice, remontant jusqu'à la IIIe paire dorsale, ayant fait porter le diagnostic de tumeur intra-rachidienne, on se décida, malgré sa nature maligne probable, à opérer. La résection des quatre premiers arcs dorsaux permit d'enlever le néoplasme étalé, du IIe au VIe arc, sur la face postérieure de la dure-mère. Après avoir passé douze heures en excellent état, l'opéré mourut d'une façon subite et imprévue. — Le malade de Sœnger et Krause (5), morphinomane et atteint de bronchite chronique, était au contraire, dès avant l'opération, dans un état général qui devait en faire prévoir l'issue fatale. La résection des VIIe, VIe, V^e et IVe arcs dorsaux permit d'inciser la dure-mère sur une longueur de 10 centimètres et de découvrir, sur la partie antéro-latérale gauche de la moelle, au niveau du VIe corps dorsal, un sarcome, du volume et de la forme d'un œuf de pigeon, qui fut facilement enlevé. La mort survint le quatrième jour, après qu'on eut pu constater très nettement la disparition des douleurs en ceinture qui, avant l'opération, étaient d'une extrême intensité. — Le malade de Watson-Cheyne et Ferrier (1), à qui l'on put enlever un myxo-fibrome intra-dural siégeant en arrière et à droite de la moelle, du VIe au XIe arc dorsal, mourut de septicémie sans avoir présenté aucune amélioration, au bout de trente-six heures. — Celui de Ransom et Thompson (2), porteur d'un sarcome extra-dural postérieur étendu du VIIe au IXe arc dorsal, fut emporté en quarante-huit heures par des accidents de même nature. — Enfin l'opéré de Turney et Clutton (3) survécut huit jours à l'extraction d'un myxome intra-dural de un pouce et demi de long, à partie moyenne correspondant au VIIIe arc dorsal. Dès le lendemain de l'intervention, la sensibilité avait reparu dans le membre inférieur droit jusqu'au niveau du genou; le troisième jour, elle s'était étendue à la totalité de ce membre, sauf dans la région antéro-supérieure de la cuisse; le quatrième jour, cette région elle-même était sensible, ainsi que du côté gauche le mollet et la partie postérieure de la cuisse; le cinquième, les deux membres inférieurs avaient leur sensibilité complètement normale et les orteils avaient recouvré leur motilité. Mais, à ce moment, survinrent les accidents infectieux et l'amélioration s'arrêta.

Je ne considère point, je le répète, ces faits comme aussi décourageants qu'ils pourraient paraître au premier abord : ils constituent seulement, à mon sens, une série fâcheuse au delà de laquelle il faut savoir regarder et espérer, en prenant acte des dangers considérables de l'intervention dans les cas de ce genre.

IV. *Lésions diverses.*

Il nous reste encore à jeter un coup d'œil sur quelques interventions faites contre diverses lésions du rachis ou des méninges, beaucoup plus rares que leurs traumatismes, leur tuberculose ou leurs tumeurs : interventions dont le nombre est, naturellement, fort restreint.

Parmi celles faites pour lésions osseuses, nous trouvons deux interventions de Morian (4) pour ostéomyélite aiguë des arcs vertébraux : un succès, une mort par pleurésie; et une lamnectomie de Shaw et Bush (5) pour ostéite kystique de nature indéterminée, siégeant sur les IVe et V^e arcs lombaires et accompagnée de paraplégie; de l'amélioration se fit, mais lente et, lorsque l'observation fut publiée, était encore fort incomplète.

Parmi les opérations pour lésions des méninges, nous

(1) Bruns. Tumor des Lenden und Unteren Dorsalmarkes (Berliner Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, 12 mœrz 1891), *Neurol. Centralbl.*, 1894, p. 201.

(2) Caselli. Resezione delle 3^a e 4^a vertebra dorsale (apofisi spinosi e lamine), *Riforma med.*, 1893, t. IV, p. 380.

(3) John A. Wyeth. Loc. cit., case I.

(4) Bruns. Ein Fall von Sarkom des Lenden und Sakralmarkes (Versammlung der Irrenœrzte und Westphalens zu Hannover, 1 mai 1894), *Neurol. Centrabl.*, 1894, p. 360.

(5) Sœnger et Krause. Ein Fall von Operativ behandelter Rückenmarkgeschwulst, *Münch Med. Wochens.*, 1894, p. 431.

(1) Watson Cheyne et Ferrier. A case of tumour of the spinal cord; removal, death, *The Lancet*, 1894, t. I, p. 739.

(2) Ransom and Thompson. Case of tumour of the spinal dura mater, *Brit. Med. Journ.*, 1894, t. I, p. 395.

(3) Turney and Clutton. Case of tumour pressing on the spinal cord; operation; death, *The Lancet*, 1894, t. I, p. 398.

(4) Morian. Ueber die Acute Osteomyelitis der Wirbel, *Deuts. Med. Wochens.*, 1893, p. 1258.

(5) J. E. Shaw and J. P. Bush. Lesion of the cauda equina; operation, relief of symptoms, *The Bristol M. C. J.*, 1893, t. II, p. 161.

noterons seulement, d'après Phelps (1), une méningite cérébro-spinale suppurée, traitée avec persistance d'hémiparaplégie par résection du IIIe arc dorsal et drainage intra-dural; d'après Stephen Paget (2), un cas analogue, traité sans succès de la même manière, après résection des IVe et V^e arcs cervicaux. Nous laisserons de côté les ponctions lombaires pour excès de tension du liquide céphalo-rachidien (méningites séreuses, hydrocéphalie), ponctions dont on a publié ces derniers temps un nombre assez considérable et dont nous comptons faire, ici même, l'étude dans une Revue spéciale.

Devons-nous tenter de clore, par quelques considérations générales, cette Revue, basée sur des faits publiés dans un espace de temps limité, faits ici peu nombreux, là susceptibles de faire « série », ainsi que nous avons eu plusieurs fois l'occasion de le dire. Ce serait déplacé, croyons-nous, et peut-être un peu prématuré, malgré que nous pensions le moment très prochain où des conclusions thérapeutiques sûres s'imposeront, pour certaines catégories de faits au moins, à la lumière des faits publiés.

REVUE DE LA PRESSE

Réduction des luxations par la méthode sanglante. — M. Helferich recommande la réduction des luxations irréductibles récentes ou peu anciennes par la méthode sanglante au moyen de l'incision, au lieu de la résection de l'articulation, comme on l'a fait jusqu'ici. L'auteur cite deux cas de luxation irréductible du coude et un cas de luxation de la hanche opérés de cette façon et qui ont tous fourni les meilleurs résultats, au point de vue de la mobilité. Dans tous ces cas il s'agit des enfants, ce qui a une grande importance pour le développement ultérieur. L'opération ne présente pas de grandes difficultés si l'on emploie des incisions appropriées et si l'on se met à l'abri des hémorragies. Après l'incision ou l'écartement des tissus qui brident l'articulation, la réduction serait facile. Il n'y a pas ici d'ankylose si les cas ne sont pas compliqués par des lésions graves des parties molles ou des os, tandis qu'elle est fréquente dans la réduction sous-cutanée des luxations et assombrit le pronostic. (*Deut. Med. Woch.*, 1893.)

Lithiase biliaire, cholécystogastrostomie. — M. Gersuny (de Vienne) a opéré une femme de quarante-cinq ans atteinte d'obstruction du canal cholédoque. Il a établi une anastomose entre la vésicule biliaire et la région pylorique de l'estomac. C'est la première opération de ce genre. La malade est guérie, mais présente quelques troubles nutritifs par suite de la déversion anormale de la bile. (*Centralbl. f. chir.*, n° 7, 1894.)

Ovariotomie par voie vaginale. — M. Gersuny (de Vienne) a enlevé à une malade de trente-trois ans, par voie vaginale, une tumeur qui se trouvait derrière l'utérus, proéminant dans le cul-de-sac postérieur. C'était un kyste dermoïde de l'ovaire. Le cas est surtout intéressant par ce fait qu'il fut pris un an auparavant pour un abcès et incisé. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 7, 1894.)

Atrophie aiguë des muscles de l'épaule par suite de traumatisme du crâne. — M. Idzinski a publié, dans la « Wiener Med. Presse » (1893), l'observation d'un homme de vingt-quatre ans qui a reçu un coup sur le sommet de la tête, à droite, sans fracture osseuse et qui s'est aperçu quinze jours après l'accident d'une certaine faiblesse de l'épaule gauche, faiblesse qui augmentait de plus en plus.

A l'examen, on constata une atrophie très prononcée du deltoïde, du biceps, du sus et sous-épineux. Sensibilité normale, réflexes conservés, pas de points douloureux. L'auteur croit qu'il s'agit d'une atrophie musculaire d'origine cérébrale; il se base sur le siège du traumatisme à la région des centres moteurs corticaux droits, l'atrophie musculaire du côté gauche, l'absence de toute autre cause.

Comme il n'y avait aucune déformation du crâne, l'auteur croit que, anatomiquement, on a affaire à une dégénérescence ou modification molléculaire de la substance cérébrale provoquée par le traumatisme.

Un cas rare de gangrène spontanée. — M. Zeller publie, dans la « Berliner Kl. Wochenschr. » (1893), un cas de gangrène spontanée chez une jeune femme chlorotique. La malade, âgée de vingt ans, souffre depuis un an de douleurs articulaires et de faiblesse du bras droit. Plus tard, sont survenus des fourmillements et une teinte violacée des extrémités des doigts. Ces phénomènes apparaissaient périodiquement et alternaient avec l'anesthésie complète des doigts atteints. Après une des attaques pareilles, tous les cinq doigts de la main droite furent nécrosés jusqu'à la partie moyenne de la deuxième phalange et on fut obligé de les amputer. Les artères ne donnaient pas pendant l'opération. En l'absence de toute cause étiologique, on a supposé qu'il s'agit de gangrène spontanée. Ce cas est particulièrement intéressant, en ce sens que, tout en évoluant comme la maladie de Raynaud, la lésion n'était pas symétrique. D'après M. Zeller, c'est un fait unique dans la littérature.

Luxation de l'épaule par suite de paralysie infantile. — M. Remak décrit, dans la « Berliner Klin. Wochenschr. », une luxation lente et progressive de l'épaule chez un enfant de douze ans, atteint de paralysie infantile. Par suite de contracture des pectoraux et des muscles rotateurs en dedans de l'épaule, la tête humérale est sortie peu à peu de la cavité glénoïde. Le triceps brachial atrophié et écarté n'y a apporté aucune résistance et la tête de l'humérus a glissé en arrière, d'où production d'une luxation rétro-glénoïdienne sous-acromiale. En plus, l'hémiplégie spasmodique empêchait le développement normal de la cavité glénoïde.

Contribution à l'étude de la gastrostomie. — M. Nicolaysen (de Christiania) a eu à intervenir dans trois cas de rétrécissement de l'œsophage. Il a fait la gastrotomie et, dans les trois cas, la fistule gastrique restait en occlusion chaque fois qu'on enlevait la sonde. Aussi cette dernière était-elle retirée après chaque repas.

Ces fistules gastriques, au lieu d'être obliques comme dans les cas de Witzel, étaient directes.

Pour avoir une fistule qui se ferme par la tonicité des muscles, on emploie l'ancien procédé modifié. On fait une incision de la peau des muscles et du péritoine parallèlement au rebord costal gauche, sans faire attention à la direction des fibres musculaires. La séreuse gastrique de la paroi antérieure de l'organe, au voisinage de la région lésée, est ensuite scarifiée circulairement avec un instrument pointu (aiguille), dans une étendue de 2 à 3 centimètres de circonférence. Autour de la surface ainsi limitée, on applique quatre ou six points de suture en capiton (Matratzennähte) comprenant la séreuse et la musculeuse stomacales et traversant toute l'épaisseur de la paroi abdominale à 1 centimètre environ en dehors de l'incision; les fils sont noués au-dessus des tubes en caoutchouc, après application des autres points de suture.

---

(1) Phelps. Loc. cit., cas I.

(2) Stephen Paget. Acute meningitis treated by drainage of the spinal cord, *The Lancet*, 1893, t. II, p. 873.

La partie centrale de la région scarifiée, d'une étendue de 1 centimètre environ, est ramenée entre les lèvres de la plaie abdominale et fixée aux lèvres de cette plaie (péritoine pariétal et muscles). Le reste de la plaie est ensuite suturé par des points superficiels et profonds. L'ouverture de l'estomac peut se faire soit immédiatement, soit douze ou vingt-quatre heures après, et, dans ce dernier cas, on met un fil conducteur dans la partie centrale de la portion de l'estomac incluse dans la plaie.

L'orifice qu'on pratique dans l'estomac ne dépasse pas les dimensions d'une sonde de Nélaton de moyen calibre. L'ouverture de la plaie abdominale jusqu'aux parois stomacales mesure environ 2 centimètres de longueur, c'est-à-dire dépassant à peine la distance ordinaire entre deux points de suture, et les lèvres de la plaie se touchent presque. Après l'union de la plaie, l'orifice abdominal est de même dimension que le calibre de la sonde introduite. La sonde est laissée pendant trois jours dans l'estomac. Ensuite elle est retirée dans l'intervalle des repas. La modification de l'ancien procédé consiste donc en ce que l'ouverture de l'estomac est très petite et que la paroi abdominale est suturée, dès le début, étroitement autour de la fistule. (*Centralbl. f. Chir.*, n° 4, 1894.)

Hystéropexie abdominale pour rétro-déviation de l'utérus. — M. Frommel a abandonné son ancienne méthode de traitement opératoire des rétro-déviations de l'utérus, car dans la majorité des cas, il y a récidive. Il a maintenant recours à l'hystéropexie abdominale. Il décrit un cas particulièrement intéressant. Il s'agissait d'une malade qui présentait des adhérences nombreuses des organes du petit bassin entre eux, avec les anses intestinales et avec le péritoine pelvien. Après avoir détaché ces nombreuses pseudo-membranes, l'auteur a fait la réduction de l'utérus et l'a fixé à la paroi abdominale. Quinze mois plus tard, la malade a accouché à terme d'un enfant bien portant.

M. Frommel emploie, dans les hystéropexies abdominales, la méthode de Léopold qui amène, dans un temps très court, une réunion solide de l'utérus et de la paroi abdominale. Il cite comme preuve l'autopsie d'une malade, morte d'une embolie pulmonaire et qui fut opérée onze jours auparavant. La face antérieure de l'utérus était déjà si intimement unie à la paroi abdominale, qu'on n'était arrivé qu'à grand'peine à les désunir. (*Zeitschs. f. Geburtsh. u. Gynæk. XXII.*)

Dystocie par dilatation énorme de la vessie du fœtus. — M. Walther rapporte un cas où la dystocie fut causée par l'ascite et la dilatation de la vessie de l'enfant qui s'est présenté par les pieds. Pendant les manœuvres, la paroi abdominale se déchira brusquement au niveau du triangle de J.-L. Petit, la sérosité péritonéale s'écoula au dehors et on a pu extraire l'enfant.

C'était un fœtus de huit mois environ, à l'état de macération. L'autopsie a montré qu'il y avait une hypertrophie excentrique de la vessie, contenant plus de 500 grammes de liquide. Les uretères étaient légèrement dilatés, les reins à peine lésés. L'urèthre était très étroit à sa partie moyenne, mais sans atrésie proprement dite. Pour l'auteur, la dilatation de la vessie doit être mise sur le compte de cette étroitesse de l'urèthre.

Les organes génitaux présentaient des anomalies intéressantes. Les organes génitaux externes n'étaient pas différenciés, au-dessous du pubis il y avait une sorte de bosselure contenant dans son intérieur une cavité en guise de vagin et s'ouvrant à son sommet par un orifice délicat. Le col, la partie moyenne du corps de l'utérus et l'ovaire droit faisaient complètement défaut.

Il n'y avait pas de fusion des canaux de Muller, de sorte que les deux cornes utérines étaient indépendantes. L'anus et le rectum faisaient défaut; il y avait une petite communication entre la terminaison du gros intestin et la vessie.

D'après l'auteur, l'arrêt de développement remonte à la huitième semaine de la grossesse. (*Zeitschr. f. gyn.*, XXVII.)

Opérations dites conservatrices des ovaires, des trompes et de l'utérus. — M. Martin communique, dans la « Deutsch. Med. Wochensch. », une statistique qui tend à démontrer que l'opération conservatrice des organes génitaux de la femme ne présente pas sensiblement plus de danger que l'opération radicale. Les opérées sont, dans l'immense majorité des cas, débarrassées définitivement de leur lésion. Les récidives sont exceptionnelles. En même temps, on conserve à la femme ses fonctions génitales, qui rendent possibles la gestation et l'accouchement.

Les chiffres de la statistique sont les suivants :

1° Extirpation d'un ovaire avec résection partielle de l'autre : 27 cas, 1 seul cas de mort. Des 26 cas de guérison, 2 ont nécessité une intervention ultérieure, 8 de ces opérées ont eu des grossesses après l'intervention ;

2° Résection partielle d'une trompe atrésiée après ablation totale de la trompe du côté opposé : 40 cas dont 2 mortels, 4 récidives, 1 grossesse ultérieure ;

3° 144 énucléations de fibromes interstitiels : 26 cas de mort (beaucoup de malades étaient opérées avant la perfection de la technique opératoire), 4 ont été atteints de nouveau de fibromyome utérin, 2 grossesses ultérieures.

S. BROÏDO.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 24 septembre 1894, M. Gazin, médecin-major de première classe, est désigné pour l'hôpital militaire de Belfort.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Achard, pour le 89ᵉ régiment d'infanterie, et Bosc, pour le 29ᵉ bataillon de chasseurs à pied.

— Par arrêté ministériel, en date du 27 septembre 1894, une médaille de bronze a été décernée à M. Clervoy, médecin à Paris, pour s'être signalé au cours de diverses épidémies.

— MM. les élèves internes et externes des hôpitaux et hospices civils de Paris sont prévenus que les travaux anatomiques commenceront le lundi 1ᵉʳ octobre 1894.

Des conférences sur l'histologie normale et pathologique seront faites par M. le docteur Lesage, chef du laboratoire.

MM. les élèves seront chaque jour exercés, sous sa direction, au maniement du microscope.

Nota. — Les microscopes et autres instruments nécessaires aux recherches histologiques seront mis gratuitement à la disposition de MM. les élèves par l'administration de l'Assistance publique.

— *L'hygiène à l'Exposition de 1900.* — L'hygiène fera partie du groupe de l'Économie sociale, classe 110, on y verra exposé tout ce qui a trait à : I la science de l'hygiène, II l'hygiène individuelle et l'hygiène des habitations, III l'hygiène dans les édifices publics, les établissements collectifs et IV dans les communes rurales, V l'hygiène et l'assainissement des villes, VI la défense des frontières contre les maladies pestilentielles, VII les denrées alimentaires et objets usuels, VIII les eaux minérales et sanatoria, IX les statistiques sanitaires et législation.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mignard (de Fontaine-Française) et Potel (de Veules).

en 2e classe, des billets circulaires, valables 30 jours, comprenant le tour de la presqu'île : Rennes, Saint-Malo-Saint-Servan, Dinard, Saint-Brieuc, Lannion, Morlaix, Roscoff, Brest, Quimper, Douarnenez, Pont-l'Abbé, Concarneau, Lorient, Auray, Quiberon, Vannes, Savenay, Le Croisic, Guérande, Saint-Nazaire, Redon et Rennes.

Le voyageur partant d'un point quelconque pour aller rejoindre cet itinéraire, pourra obtenir dans ce but et sur demande faite à la gare de départ, 4 jours au moins à l'avance, un billet de parcours complémentaire de la classe du billet circulaire, et comportant une réduction de 40 p. 100 sous condition d'un parcours minimum de 150 kilomètres.

La même réduction lui sera accordée après l'accomplissement du voyage circulaire, soit pour revenir à son point de départ initial, soit pour se rendre sur tel autre point qu'il aura choisi.

Nota. — Le voyage circulaire peut être commencé à l'un quelconque des points du parcours.

— La commune de Combronde (Puy-de-Dôme) demande un docteur. — S'adresser à M. Miraton, pharmacien à Combronde.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

	3 mois	6 mois	1 an
FRANCE	8 fr. 50	16 fr.	30 fr.
UNION POSTALE	10 fr.	18 fr.	35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Rhumatisme vrai secondaire, infectieux et pyogénique, à localisations presque exclusivement fibreuses. Interprétation pathogénique spéciale. Particularités intéressantes.

Par E. H. COLLIN,
Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille.

I

Il m'a paru intéressant de livrer à la publicité, en raison des conditions particulières qui lui ont donné naissance, et qui n'ont cessé de l'accompagner dans son évolution, le fait suivant dont je ne crois pas, d'autre part, que la littérature médicale offre beaucoup d'exemples.

Le rhumatisme, dont la cause prochaine nous échappe jusqu'à nouvel ordre, est loin d'être une entité morbide absolument définie.

Ainsi que le dit Kelsch (*Traité des maladies épidémiques*, p. 306), « d'une variabilité et d'une mobilité extrêmes dans ses manifestations symptomatiques; relevant de modifications organiques profondes, tout en restant à la merci d'influences extérieures multiples, le rhumatisme tient à la fois des maladies diathésiques et de celles qui peuvent être engendrées par les causes les plus diverses et les plus banales ».

Rien n'est plus exact; et j'espère, par l'observation qu'on va lire, démontrer, pour le rhumatisme, non seulement, ce qui est aujourd'hui de vulgaire notoriété, le réveil toujours possible de la diathèse sommeillante, mais encore l'influence indéniable, sur cette diathèse, d'une cause, non banale cette fois, et offrant, au contraire, cette particularité remarquable, de conserver, au produit d'une conception de hasard, la modalité clinique qui lui est propre, tout en gardant elle-même, et cela d'une façon prépondérante, les caractères de son originalité personnelle.

OBSERVATION. — De R..., soldat de la classe 90 au 43e régiment d'infanterie. Cuisinier de profession.

Antécédents. — 1° *héréditaires* : père rhumatisant.

2° *personnels* : première atteinte de rhumatisme articulaire, à l'âge de quinze ans; deuxième atteinte en juin 1892. Aucune complication au cours de ces deux atteintes. A fait, depuis cette époque, sans manifestations rhumatismales nouvelles, son service à sa compagnie qu'il a quittée, il y a quelques mois, pour être attaché comme cuisinier au Cercle des officiers.

Pas de syphilis; pas d'alcoolisme; pas de blennorragie ni antérieure, ni actuelle.

Juin. Le 17 juin 1894, dans la soirée, après un refroidissement dont il a eu parfaitement conscience, de R... est pris subitement d'un malaise caractérisé par un frisson, puis par de la courbature générale, des vomissements et *un violent mal de gorge*.

Cet état se maintient sans changements pendant quarante-huit heures. Dans la nuit du troisième jour, il ressent, pour la première fois, des crampes très douloureuses dans les cuisses et dans les jambes : il ne peut, sans grandes souffrances, mouvoir les membres inférieurs.

Le 19, dans la matinée, on l'apporte à l'hôpital où il entre dans mon service. Il lui est complètement impossible de se tenir debout, et ce n'est qu'avec l'aide de deux infirmiers qu'il peut être mis au lit.

Procédant aussitôt à son examen, je suis frappé, tout d'abord, de voir de *véritables saillies*, tant aux cuisses qu'aux jambes, correspondant aux points douloureux accusés par le malade. A la palpation qui, bien que faite avec ménagements, est malaisément endurée, je reconnais avoir affaire à des *contractures* manifestes, disséminées sur les différents points ci-dessous.

A. *Cuisses*. — 1° Le long des attaches tendineuses supérieures de la masse des adducteurs du côté droit; 2° à la portion moyenne, dans une étendue de 8 à 10 centimètres, de la partie externe de la cuisse (fascia lata) des deux côtés; 3° à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur, sous l'aponévrose fémorale, du moyen adducteur du côté droit; 4° à la partie moyenne, également sous l'aponévrose, des muscles de la partie postérieure du même côté.

B. *Jambes*. — 1° A la partie moyenne sous-aponévrotique des muscles de la face postéro-interne du mollet droit; 2° à la région correspondante, du côté gauche.

Les genoux et les pieds, comme d'ailleurs toutes les articulations, sont libres et indemnes de douleur et de gonflement.

Il n'y a donc d'atteints, en résumé, que les *tissus fibreux* et, plus spécialement, le tissu cellulaire péri et sous-aponévrotique.

Quant au cœur, il est absolument sain.

La langue est sèche, rôtie et fendillée. Température 39 degrés. L'urine est alcaline et albumineuse.

Prendre : sulfate de quinine, 1 gramme; potion bromure de potassium et chloral *āā* 2 grammes. Liniment chloroformé. Enveloppement ouaté.

Rien de particulier pendant les jours qui suivent.

Le 24, dans la nuit, le malade éprouve, à la partie postérieure du bras droit, au-dessus de l'olécrane, une douleur analogue à celles ressenties aux membres inférieurs. En ce point, se trouve une tumeur dure, comme contracturée, semblable à celle des cuisses et des jambes. Sous-aponévrotique, elle s'étend à la portion tendineuse du triceps et remonte à 8 ou 10 centimètres au-dessus de l'interligne articulaire.

L'articulation elle-même reste absolument étrangère aux lésions observées au-dessus et presque entièrement autour d'elle. Le malade, en effet, peut se mouvoir sans souffrir et, n'était la tension due au gonflement des tissus environnants, les mouvements articulaires proprement dits demeureraient possibles.

L'épicondyle et l'épitrochlée, nettement perceptibles, ne sont point douloureux au toucher.

La nuit suivante, la contracture douloureuse gagne la face antéro-interne de l'avant-bras; accompagnée cette fois d'empâtement, elle porte sur la masse des muscles épitrochléens. Le membre est en pronation et ne peut, sans douleur, être volontairement changé de place; les mouvements de flexion des doigts sont devenus impossibles ou tout au moins très limités.

Dans la nuit du 25 au 26, à la suite d'un effort fait par le malade pour se soulever dans son lit, il ressent brusquement une vive douleur au côté droit et à la partie supérieure de l'abdomen. En effet, à trois travers de doigt, au-dessus et un peu en dehors de l'ombilic, on remarque, dessinant un relief accentué, une tumeur dure et douloureuse, de la grosseur d'un œuf de poule, développée sous le feuillet antérieur de la gaine aponévrotique du grand droit.

Même état durant les trois jours suivants, au cours desquels, cependant, une nouvelle tumeur, peu saillante, mais allongée, se forme au tiers inférieur de la jambe droite, le long et en dehors de la crête du tibia, sous l'aponévrose d'enveloppe du jambier antérieur et de l'extenseur commun.

La température reste limitée entre 38 et 39 degrés.

Le 29, à la visite, le malade appelle l'attention sur son coude droit, d'une façon plus spéciale que les jours précédents.

A l'examen, on voit que tous les tissus péri-articulaires, postérieurs et latéraux, présentent un degré d'empâtement très prononcé. A deux travers de doigt, au-dessus de l'olécrane, on retrouve la tumeur signalée plus haut, de forme et de limites encore indécises et ne donnant point, en tous cas, au toucher, de sensation manifeste de fluctuation. Le point d'origine en est, à n'en pas douter, dans le tissu cellulaire de l'aponévrose sus-tricipitale. Après avoir gagné au-dessus la couche celluleuse située entre la peau et le tendon du muscle, elle a fini par envahir ce dernier, ainsi que le tissu cellulaire de voisinage.

Quant à la bourse séreuse olécranienne, elle paraît être restée indemne.

Au-dessous de l'articulation, l'empâtement de la région musculaire épitrochléenne s'étend de plus en plus.

Le bras et l'avant-bras gauches sont absolument libres de toute atteinte.

Juillet. Pendant les trois premiers jours du mois, état stationnaire. Le malade, toutefois, est pris de diarrhée, et *des éruptions confluentes de sudamina* se montrent disséminées un peu partout.

Le cœur n'offre toujours aucune altération. L'urine, à nouveau analysée, est toujours alcaline, et contient, comme au début, une certaine quantité d'albumine.

La tumeur abdominale est toujours douloureuse et empâtée, mais ne laisse percevoir aucune fluctuation manifeste.

Pr. : A la prescription, non modifiée jusqu'à ce jour, j'ajoute le salicylate de bismuth (4 grammes).

Le 4, à la visite, nouvelle tumeur, située, cette fois, à l'union du tiers inférieur et du tiers moyen du couturier, à gauche, avec empiètement sur le moyen adducteur, sous-aponévrotique et symétrique de celle du côté droit.

La tumeur sus-olécranienne est plus molle et plus étendue; l'empâtement des épitrochléens, d'autre part, a augmenté; le doigt y laisse son empreinte et l'on éprouve la sensation d'une fluctuation profonde, mais des plus nettes. Température 38°5.

Devant l'état de ces deux régions, il convient de ne point tarder davantage à donner issue au pus dont la présence ne laisse plus subsister le moindre doute.

M. le médecin principal Moty qui, d'ailleurs, a vu le malade avec moi à plusieurs reprises, veut bien me prêter, à cette occasion, son assistance spéciale.

La masse épitrochléenne est ponctionnée la première (*premier phlegmon*) : il s'en écoule du pus, mêlé de sang, en quantité notable. De la tumeur sus-olécranienne (*deuxième phlegmon*), sort également et en abondance (moitié d'un crachoir), un pus bien lié, jaune, non grumeleux, en somme franchement inflammatoire, *et avec lequel, séance tenante, un tube de gélose et un autre de bouillon sont ensemencés. Du sang, pris à l'extrémité d'un doigt, sert, d'autre part, à ensemencer un second tube de bouillon.*

Un drain est laissé dans chacune des collections ponctionnées, et l'on y fait une injection de sublimé au millième.

Soir, température 39°2. *Malgré cette évacuation, si importante cependant, de pus, la température s'est élevée de près d'un degré.* Le malade, toutefois, se plaint beaucoup moins de son coude.

5. Matin, température 38°4. Légère détente dans les membres inférieurs, surtout à droite. Mais, par contre, la tumeur abdominale est devenue manifestement fluctuante. Elle est ponctionnée à son tour (*troisième phlegmon*), et elle donne issue à un verre à bordeaux environ de pus.

Pr. : Le malade supportant parfaitement la quinine, je la continue à la même dose (1 gramme), en raison sinon de son effet antithermique, tout au moins de ses propriétés antiseptiques. J'y joins le quinquina (Décoction, 6 grammes; Extrait, 4 grammes; Sirop d'écorce d'orange amère, 30 grammes).

Les tubes, ensemencés la veille, portent les traces évidentes du succès de la culture. La gélose présente une traînée blanc jaunâtre, facilement reconnaissable déjà; les deux bouillons sont troubles.

Une goutte de chacun d'eux laisse voir, au microscope, de nombreux staphylocoques. Deux nouveaux tubes de gélose sont ensemencés, chacun avec un des bouillons ci-dessus.

Soir, température 39°6. Dans le courant de l'après-midi, et sans que rien ait permis de le prévoir, le genou droit est devenu le siège d'un gonflement considérable (*première manifestation articulaire*), en même temps que très douloureux. C'est une poussée d'une nature nouvelle dans l'espèce, mais qui se présente avec les caractères indiscutables de l'arthrite rhumatismale commune.

Pr. : En raison du choix actuel de l'infection, et bien que cette localisation soit évidemment secondaire, il me paraît que le *salicylate de soude*, que son inefficacité reconnue contre les manifestations fibreuses du rhumatisme m'a empêché jusqu'ici d'employer, trouve, cette fois, plus opportunément sa place. Je le prescris donc à la dose de 4 grammes, l'associant, comme j'ai l'habitude de le faire, à l'antipyrine (3 grammes), et je suspends momentanément le sulfate de quinine.

6. Matin, température 38°5. Légère amélioration dans l'état du genou. Détente sensible dans les autres parties envahies des deux membres inférieurs. Il semblerait qu'actuellement

l'expression morbide soit, en quelque sorte, limitée au genou droit.

Très bon état des régions opérées.

Les tubes de gélose ensemencés avec le bouillon précédemment fertilisé, donnent, comme par la fertilisation directe, une traînée, cette fois d'un jaune d'or magnifique. C'est donc au staphylococcus « pyogenes aureus » que nous avons affaire ici. L'examen microscopique de la veille se trouve, de la sorte, confirmé, et, de plus, complété quant à la variété même du germe pathogène.

7, 8, 9. Température entre 38°5 et 39 degrés. Pas de changement appréciable dans l'état général ; mais amélioration de plus en plus sensible du genou qui n'est presque plus tuméfié, et encore moins douloureux.

Fondé à penser que cette poussée articulaire a été favorablement influencée par le salicylate continué depuis le premier jour de son administration, je le maintiens un jour encore ; et je reviens au sulfate de quinine (1 gramme), autant au moins pour combattre l'état septico-pyohémique général que dans l'espoir d'atteindre directement la température assez rebelle, comme on voit, à son action antithermique.

Les phlegmons opérés ne donnent plus de pus.

Sur ces entrefaites, de R... est repris de diarrhée. Cette fois, je ne la combats que faiblement, la considérant comme une décharge naturelle dont il importe grandement, à moins qu'elle n'épuise le sujet, de ne point perdre le bénéfice. Bien entendu, dans ces conditions, le quinquina est continué *ut supra*.

10. Matin, température 39 degrés. Pendant la nuit, *l'articulation tibio-tarsienne droite s'est prise à son tour* (*deuxième manifestation articulaire*). Concurremment avec elle, et comme pour mieux confirmer l'essence rhumatismale du processus, exclusivement fixé d'abord, et pendant longtemps, sur les tissus fibreux, la tumeur sous-aponévrotique, signalée le 4, à la partie moyenne de la cuisse gauche, et qui avait semblé disparaître depuis, se montre à nouveau, comme la première fois, indurée, contracturée et douloureuse.

Pr. : Devant la nouvelle poussée articulaire ci-dessus, le salicylate de soude est repris, en souvenir de son effet salutaire constaté lors de l'atteinte du genou.

11. Matin, température 38°7. L'articulation tibio-tarsienne est sensiblement dégonflée ; elle se meut sans douleur. Quant au genou, il a repris sa physionomie normale et son jeu régulier.

12, 13. Rien de particulier, si ce n'est que la région des adducteurs et de la partie supérieure des muscles postéro-internes de la cuisse gauche (vers leurs attaches tendineuses) est de nouveau indurée.

Pr : Le salicylate de soude est supprimé ; également, jusqu'à nouvel ordre, le sulfate de quinine, admirablement toléré, mais dont je ne veux point user l'action par un emploi trop prolongé. Je maintiens le quinquina, et je lui adjoins afin de combattre les toxines intestinales, et indirectement ainsi l'état septicémique général, le *benzo-naphtol*, à la dose de 2 grammes en 4 cachets pour les vingt-quatre heures.

15. Matin, température 38°5. Au tiers inférieur de la jambe droite, le long et en dehors de la crête du tibia, tumeur, rouge, douloureuse, fluctuante, qui n'est autre que celle signalée déjà à la fin de juin, à la même région, et qui, cette fois, se présente avec les caractères tranchés d'une nouvelle collection purulente (*quatrième phlegmon*).

Ponctionnée, elle donne issue à une abondante quantité de pus.

Soir, température 39°4.

17. Matin, température 38°4. Fluctuation manifeste de la région supérieure et postéro-interne de la cuisse gauche, précédemment empâtée (*cinquième phlegmon*).

Il s'en écoule une grande quantité de pus (les trois quarts d'un crachoir).

Soir, température 38°5.

État relativement satisfaisant les jours suivants. Toutefois, nouvelle tumeur au tiers inférieur et antéro-interne de la cuisse gauche.

22. Matin, température 37°5. — *Trois nouvelles collections purulentes* (*sixième, septième et huitième phlegmons*), à la cuisse gauche : 1° une, de petit volume, au tiers inférieur et externe ; 2° une autre, plus importante, signalée déjà au tiers inférieur et antéro-externe, presque sur le trajet de la fémorale ; 3° enfin, une troisième de beaucoup la plus considérable, donnant lieu à un empâtement œdémateux de toute la portion supérieure des faces antérieure, externe et postérieure, et ayant son point d'origine dans la région sus-trochantérienne, si abondamment pourvue en tissu fibreux, non seulement de par le fascia lata, mais aussi grâce aux nombreuses insertions tendineuses dont elle est le siège.

Chose bizarre, cette surcharge purulente semble laisser l'organisme absolument indifférent ; la température, comme on le voit, est limitée à 37°5.

Le malade est-il aseptisé ? La résistance phagocytique est-elle assez puissante pour neutraliser, en quelque sorte, l'influence septique ? Plus simplement, l'organisme du sujet, grâce aux toniques et aux antiseptiques, peut-il faire que le pus se forme sans que cette « nécrobiose » se traduise par une expression thermique appréciable ? Enfin, ce qui est plus probable, ne se trouve-t-on pas en présence d'un phénomène intime de mécanisme microbien ? C'est ce que je pense, et c'est ce que je tenterai de démontrer plus loin.

Ce qui est certain, c'est que l'état général paraît satisfaisant : la diarrhée a pris fin, la langue est humide et de couleur normale, l'appétit se développe ; et, en définitive, si notre sujet continue à être une véritable « fabrique de pus », cette fabrique, du moins, fonctionne sans éclat et sans bruit.

Soir, température 39 degrés. La température a monté de *un degré et demi !* C'est, pour aujourd'hui, le fait le plus saillant et le plus intéressant, fait non sans précédents dans le cours de cette observation, et sur lequel je me propose de revenir également plus tard.

A part un *nouveau phlegmon* (*le neuvième*) de minime importance, à la cuisse droite, et ponctionné le 23, l'état se maintient stationnaire les jours suivants.

L'alimentation, très prudente jusqu'ici, est poussée de plus en plus (une portion du petit régime), et la quinine, maintenue à titre d'antiseptique, n'est plus prescrite qu'à 60 centigrammes.

En raison d'un œdème (mécanique) des articulations tarso-métatarsiennes, et des deux jambes jusqu'au genou, de légers massages, ainsi que des mouvements communiqués, sont pratiqués avec ménagement.

3 août. Matin, température 37°9. Sous l'aponévrose du tiers inférieur de la région antérieure de la cuisse gauche, *empâtement et fluctuation manifeste* (*dixième phlegmon*). Ponctionnée profondément, cette nouvelle collection donne issue à une abondante quantité de pus. La poche est lavée au sublimé, et un drain mis à demeure.

D'autre part, le genou du même côté est gonflé et douloureux : il est le siège d'un épanchement dont il est encore malaisé de préciser la nature. En tous cas, il ne peut être que de voisinage, et je ne songe nullement, cette fois, à le mettre sur le compte d'une nouvelle manifestation articulaire de nature rhumatismale.

Soir, température 38°8. Le malade souffre énormément de son genou, qui est tuméfié et chaud, sans changement de coloration toutefois. Le moindre contact, le plus petit ébranlement sont douloureusement ressentis. Dans ces conditions, une ponction de l'article est décidée et pratiquée

séance tenante, par M. le médecin principal Moty. Il en sort une notable quantité de pus, dont l'issue soulage immédiatement le malade.

4. Matin, température 37°5. Le malade a reposé spontanément; d'autre part, et, principalement, en comprimant le genou de bas en haut (ce qui témoigne de l'influence du voisinage sur la suppuration de l'articulation), le pus s'écoule en abondance par l'orifice de la ponction pratiquée hier matin au-dessus d'elle.

Dans la nuit du 7 au 8, *légère poussée articulaire* (*la troisième*), sur le poignet gauche. Ainsi que je viens de le dire, c'est la troisième manifestation de cette nature. C'est le rhumatisme *vrai* qui, de loin en loin, vient, pour ainsi dire, apposer sa griffe, afin qu'on n'en perde point le souvenir.

Le pus continue à être évacué, tant par l'orifice de la dernière ponction de la cuisse, que par le genou qui, au fur et à mesure, devient moins douloureux et moins gonflé.

L'empâtement œdémateux des pieds et des jambes a presque entièrement disparu, sous l'influence du massage.

Quant à la poussée articulaire du poignet gauche, elle a été essentiellement passagère, et le troisième jour, il n'en reste plus trace.

Pr. : le benzo-naphtol est supprimé; la quinine continuée, d'abord à 50 centigrammes, puis, pendant quelques jours encore, afin de ne point en cesser brusquement l'emploi, à 30 centigrammes, et le quinquina enfin, donné sous forme de vin auquel j'ajoute, à titre de reconstituant, l'*arséniate de soude*, à la dose de 5 milligrammes.

Continuation progressive de l'amélioration pendant le reste du mois. Aucun nouveau phlegmon ne se produit. Le malade sent ses forces revenir rapidement; les membres inférieurs, quoique raides encore, se meuvent sans aucune douleur; le massage assouplit de jour en jour les articulations, y compris le genou gauche qui ne garde aucune trace de la ponction dont il a été l'objet.

Par-ci, par-là, dernier vestige du rhumatisme, qui tient à affirmer jusqu'au bout son droit de cité dans l'organisme, des *douleurs articulaires*, mitigées mais très nettes, se font sentir aux deux genoux, ainsi qu'au cou de pied droit. C'est la *quatrième poussée* de ce genre. Mais, de plus en plus atténuées, ces manifestations spéciales semblent s'éteindre peu à peu, à mesure que l'infection pyohémique cesse ellemême de donner signe de vie. *En effet le sang ne fertilise plus, ni le bouillon, ni la gélose.*

Convient-il d'en conclure, d'ores et déjà, que la septicémie a dit son dernier mot? Je le crois. En tout cas, il est permis d'affirmer que, *pour le moment*, le germe septique a perdu toute virulence, peut-être même toute vitalité.

Septembre. Au moment où je termine cette très longue observation, celui qui en est le sujet est complètement guéri. Depuis un certain temps, il marche sans aucun appui; le massage, pratiqué chaque jour, ainsi que les bains sulfureux administrés deux fois par semaine, ont rendu aux membres inférieurs leur souplesse et leur intégrité normales. En un mot, de cette interminable série d'accidents, dont l'origine infectieuse a tenu son existence si longtemps en échec, il ne reste plus, à de R..., que le souvenir des appréhensions passées et des douleurs endurées.

REVUE DE LA PRESSE

Traitement opératoire de la vulvite prurigineuse. — M. Sanger, après avoir discuté l'étiologie et la pathogénie de la vulvite prurigineuse, cite deux observations personnelles où il a traité ses malades par l'intervention chirurgicale. L'auteur arrive aux conclusions suivantes :

1° Dans la vulvite prurigineuse chronique ne cédant à aucun traitement, l'extirpation partielle ou totale de la vulve est une opération excellente.

2° Chez les vieilles femmes, on peut enlever aussi le clitoris et ses replis, chez les jeunes on se contentera d'une opération partielle.

3° L'autoplastie des régions opérées doit terminer l'opération. (*Centralbl. f. gyn.*, n° 7, 1894.)

Anévrysmes cirsoïdes des extrémités supérieures. — M. Wagner insiste sur la confusion qui existe au point de vue de la nomenclature de cette affection. Il ne cite pas moins de vingt-six noms sous lesquels on la désigne.

D'après l'auteur, le nom d'anévrysme est tout à fait impropre, car il est certain qu'il s'agit d'une véritable tumeur d'une néoformation d'origine artérielle, à caractère essentiellement progressif, avec hypertrophie excentrique des artérioles de petit calibre.

M. Wagner cite quinze cas décrits dans la littérature comme tumeurs cirsoïdes, tandis qu'il s'agit là, d'après la description, d'angiomes simples, anévrysmes vrais, phlébectasie diffuse, etc.

Les tumeurs cirsoïdes se développent le plus souvent sur des taches érectiles, plus rarement sur une blessure ou une cicatrice. Le traumatisme et la puberté jouent un grand rôle dans son développement. La cause de son siège de prédilection au cuir chevelu et aux mains n'est pas encore expliquée.

M. Wagner s'est occupé surtout des tumeurs cirsoïdes de la main. Il en a observé une à l'index droit d'une femme de cinquante-trois ans. Cette tumeur s'est développée lentement pendant quarante ans. On fut obligé de pratiquer la désarticulation du doigt. (*Beitrage z. Kl. Chir. XI.*)

Tétanos traumatique. — M. O. Vulpius décrit, dans la « Deuts. Med. Wochensch. », un cas de tétanos traumatique terminé par la mort, dont il a pu découvrir la source d'infection. Un morceau d'étoffe est resté dans la plaie et trouvé seulement après la mort. L'inoculation, aux animaux, de fragments de cette étoffe ainsi que du produit de sécrétion de la plaie, a donné des résultats positifs.

L'auteur décrit ensuite le mode d'élimination des toxines. La toxicité de l'urine semblait augmenter au fur et à mesure de l'évolution de la maladie : l'urine prise neuf heures après les premières manifestations de l'affection, injectée aux cobayes, n'avait aucune influence; treize heures après, elle provoquait des convulsions tétaniques légères, l'urine recueillie *post mortem* tuait les animaux. Le sérum sanguin agissait aussi bien sur les souris et les cobayes, que sur les lapins. Avec la bile, on n'a pas eu de résultats positifs.

M. O. Vulpius en tire la conclusion que les périodes d'incubation et de la maladie confirmée sont plus courtes si l'on introduit directement dans l'organisme des toxines. La période latente dure plus longtemps, la mort est plus tardive en cas d'inoculation de substances contenant des bacilles.

Désinfection des poumons tuberculeux par lavage direct des foyers. — M. Gourina, se basant sur la guérison fréquente des ulcérations tuberculeuses externes par des lavages désinfectants, croit qu'on pourrait obtenir de bons résultats par le même procédé dans les ulcérations tuberculeuses des poumons. Il a en effet introduit chez les animaux des liquides désinfectants dans les voies respiratoires et est arrivé après ses expériences aux conclusions suivantes :

1° L'introduction de liquide dans la trachée par une canule, sans anesthésie préalable, ne provoque pas de toux; le liquide tombé dans l'espace glottique retourne dans l'isthme du gosier et est ensuite dégluti;

2° Les râles fins qui apparaissent immédiatement après

l'introduction du liquide diminuent rapidement et disparaissent le lendemain;

3° En procédant lentement et avec précaution on n'observe ni accélération de la respiration, ni dyspnée, ni troubles cardiaques;

4° Les animaux en expérience sont complètement remis le lendemain de l'opération.

M. Gourina introduisait de 10 à 40 centimètres cubes de liquide avec une vitesse de 1 centimètre cube par seconde; puis, quand le liquide a passé dans les petites bronches, on répète l'opération. En tout, il introduisait 10 à 20 centimètres cubes par kilogramme de poids vif; pour un homme il faudrait donc injecter jusqu'à 1200 grammes (!).

Les liquides employés étaient des solutions de chlorure, de phosphate et d'hypophosphite de soude; du sublimé à 3 p. 10000 avec du chlorure ou phosphate de soude à 1 p. 1000, de sulfate de zinc à 2 p. 1000; de l'acide phénique à 1 p. 100, l'acide sulfonique à 1 p. 100; du ferrocyanure du potassium à 1 p. 100 avec du chlorure de sodium à 7 p. 1000; une solution dacide phénique à 1 p. 100 dans l'huile d'amandes; d'iodoforme à 5 p. 100. Les dernières injections provoquaient de la dyspnée, des râles nombreux.

Pour procéder de la même façon chez l'homme, il faudrait introduire dans la trachée une sonde molle, après anesthésie locale préalable à la morphine jointe à la cocaïne et pour l'anesthésie pulmonaire générale, donner au malade une potion de morphine et de bromure de potassium. Quant aux liquides à injecter, leur *composition doit être mixte*, car on sait que la phtisie, comme toutes les autres infections chroniques, est due à des microbes associés. (*Nowosti therapii*, décembre 1893.)

Érysipèle de l'estomac. — M. Oukke a observé un malade entré à l'hôpital Ouïasdowski (de Varsovie) avec une parotidite droite. Une petite ulcération fut le point de départ d'un érysipèle d'abord localisé au cou, et qui a envahi peu à peu le dos et la poitrine. Le malade était sans connaissance; les muqueuses buccale et linguale étaient rouges, la voix rauque, la dysphagie prononcée. La mort est survenue au dixième jour par pneumonie lobaire. A l'autopsie, on constate au niveau du cardia des vésicules remplies d'un liquide jaunâtre et transparent, ressemblant à l'érysipèle bulleux. La muqueuse gastrique est hyperhémiée et tuméfiée par places. Au microscope on a pu voir des streptocoques remplissant les fentes lymphatiques. Pour l'auteur, le processus érysipélateux s'est propagé le long de l'œsophage à la tunique muqueuse de l'estomac. (*Med. H. Warsch. Ouiasd. Hosp.*, 1893.)

Leucocytose expérimentale. — M. Golzmann a étudié, dans sa thèse de doctorat, le mécanisme de la leucocytose et ses causes, mais au lieu d'avoir recours aux injections des bactéries comme l'ont fait Buchner, Verigo, Romer et beaucoup d'autres, l'auteur a employé l'essence de térébenthine, substance moins variable que les cultures bactériennes. Il a fait : 1° l'introduction par voie stomacale d'essence de térébenthine en solution dans l'huile chez les chiens; 2° des injections dans les veines d'une solution de térébenthine dans de l'huile stérilisée; 3° des injections de la même solution dans la rate (après laparotomie); 4° des injections d'huile pure aux animaux témoins, enfin, 5° injections veineuses d'essence de térébenthine aux animaux splénectomisés.

De toutes ces expériences, il résulte : 1° qu'immédiatement après l'introduction de térébenthine par voie sanguine, stomacale ou splénique, il aurait une *aleucocytose* très courte (de quelques secondes à quelques minutes), à laquelle fait suite une *leucocytose*; 2° que l'aleucocytose est surtout prononcée dans les cas d'injection directe de térébenthine dans la rate, aleucocytose qui fait défaut chez les animaux splénectomisés.

L'examen histologique de la rate, après injection de térébenthine dans le sang, confirme l'hypothèse sur le rôle que joue la rate dans l'aleucocytose. Pour l'auteur, la térébenthine agit en produisant une leucalyse ayant pour conséquence une aleucocytose; la leucocytose qui lui fait suite montre la régénération des éléments figurés du sang en excès. (*Rouskaïa Medicina*, n° 2, 1894.)

Forme grave de syphilis cérébrale. — M. Trapesnikoff a rapporté, au Ve Congrès des médecins russes, l'observation d'un malade qui est entré à l'hôpital avec céphalées intenses et présentant une éruption qui s'est montrée d'abord aux paumes des mains, puis s'est généralisée à tous les membres.

Comme antécédents, on note un chancre induré en 1891, auquel succéda, deux mois plus tard, l'éruption. Le malade fut traité d'abord par des injections de sozoïodolate de soude et l'iodure de potassium. L'éruption a presque disparu. Sa céphalée rebelle n'était pas influencée par la phénacétine. Elle a cessé spontanément pendant trois semaines et fut remplacée par une hémiopie bilatérale. Aucune modification des milieux de l'œil et des viscères. On a fait au malade des frictions mercurielles. Deux jours plus tard, les céphalées réapparurent, accompagnées de nausées, de vomissements, de fatigue intellectuelle, d'excitation, du délire, réaction faible des pupilles, exagération des réflexes. Température 38, rétention d'urine, puis nystagmus, strabisme interne à droite, embarras de la parole; l'urine est devenue acajou; faiblesse extrême et excitation par moments, délire des actes et des paroles, dysphagie, cyanose de la face et ptosis. Enfin coma et mort. A l'autopsie, on a trouvé une adhérence des méninges entre elles au niveau de la scissure inter-hémisphérique, pachyméningite au niveau de la faux du cerveau. La pie-mère est œdémateuse. Athérome partiel des artères de la base. Epaississement de l'épendyme des ventricules latéraux et du quatrième ventricule. Destruction du plancher du troisième ventricule et des tubercules quadrijumeaux. La partie antérieure du pédoncule cérébral gauche est gris jaunâtre, de consistance gélatineuse. Oblitération de l'artère cérébrale postérieure du côté correspondant.

Le malade n'étant pas alcoolique, M. Trapesnikoff suppose qu'il s'agit là d'une artérite infectieuse d'origine syphilitique.

Traitement des angiomes caverneux. — M. Roubetz a observé un cas d'angiome de la lèvre supérieure, dans lequel la ligature des artères afférentes n'a donné aucun résultat; aussi l'auteur eut-il recours aux injections de perchlorure de fer. Avant de les faire, il appliquait des pinces entre les commissures labiales et les ailes du nez et comprimait l'artère de la cloison du nez par une ligature élastique qu'on passait au-dessous des oreilles et qu'on nouait à la nuque. La solution de perchlorure de fer employée était à 10 p. 100 (v gouttes) la première séance et de 15 p. 100 les onze suivantes; le traitement a duré six semaines, au bout desquelles la tumeur a beaucoup diminué et est devenue très ferme. M. Roubetz a vu son malade un an après et n'a plus trouvé aucune trace de l'angiome. (*Rouskaïa Medicina*, n° 2, 1894.)

Kystes hydatiques multiples du grand épiploon et du péritoine. — Le docteur Himmelfarb a observé une malade souffrant depuis deux mois de douleurs abdominales vives et présentant à la moitié inférieure de l'abdomen une tumeur, du volume d'une tête d'adulte, élastique, bosselée, non fluctuante, mate à la percussion, mobile latéralement et en haut, très peu mobile en bas. Le déplacement de cette tumeur en bas est très douloureux. La limite supérieure de la tumeur dépasse l'ombilic de

trois doigts, l'inférieure est à deux travers de doigt de la symphyse pubienne. Pas d'ascite. Par le toucher vaginal, on constate que l'utérus n'a aucune connexion avec la tumeur; dans les culs-de-sac, on sent de petites nodosités nombreuses, mais on perçoit difficilement la tumeur principale.

La malade entra à l'hôpital, dans le service du docteur Kolatschewski, où on lui fit une laparotomie. On a trouvé une tumeur principale formée par l'agglomération de petites masses dures et d'autres analogues disséminées sur le péritoine pariétal et l'épiploon. Croyant qu'il s'agissait d'un sarcome, l'opérateur se borna à enlever deux nodosités pour en faire l'examen microscopique et ferma l'abdomen. A l'examen histologique, ces nodosités se présentaient sous forme de masses calcaires avec membrane fibreuse épaisse, recouverte et infiltrée de graisse; ce n'était donc pas un sarcome.

Quelques mois après, M. Himmelfarb revit la malade qui souffrait de nouveau; mais cette fois-ci la tumeur était à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic, ce qui éliminait l'idée de tumeur maligne; du reste, l'état général très bon et l'absence d'ascite étaient contraires à cette hypothèse. Étant donné l'absence de connexité de la tumeur avec l'utérus et l'intégrité du foie, de la rate, du pancréas et des reins, le diagnostic ne pouvait hésiter qu'entre une tumeur des ovaires ou du grand épiploon. Mais la situation élevée de la tumeur, les caractères particuliers de sa mobilité (dont rendent compte les connexions anatomiques de l'épiploon), l'impossibilité de la sentir par le toucher vaginal, la diminution du volume de la tumeur principale et l'existence de petites masses dans les culs-de-sac et sur le péritoine pariétal, tous ces signes parlent en faveur d'une tumeur de l'épiploon et éliminent le kyste (papillaire) de l'ovaire.

M. Himmelfarb arrive ainsi par élimination au diagnostic de kystes hydatiques multiples du péritoine et du grand épiploon, kystes qui ont subi l'infiltration calcaire. L'intervention radicale est impossible, étant donné le grand nombre de kystes. (*Gaz. hebd. méd. de la Russie mérid.*, n° 5, 1894.)

Gastroptose et gastro-ectasie. — Les recherches de Kuttner et d'Einhorn ont démontré que dans la gastroptose, contrairement à ce qui s'observe dans la dilatation de l'estomac, les excursions respiratoires restent sans influence sur l'image éclairée de l'organe. M. Savelieff, se basant sur ces faits, a produit une série d'expériences sur des malades et est arrivé aux conclusions suivantes :

1° Dans beaucoup de cas de gastroptose, si l'organe n'est pas tombé au-dessous de l'ombilic, les mouvements respiratoires le mobilisent en bas et à droite à chaque inspiration et non pas verticalement en bas; 2° dans la dilatation de l'estomac, même prononcée, l'influence de la respiration est minime; 3° la forme de l'estomac à la diaphanoscopie est tout à fait autre que quand l'organe est distendu par l'acide carbonique.

La diaphanoscopie n'est donc pas, d'après l'auteur, un moyen certain pour distinguer certaines affections gastriques entre elles. (*Medicina*, nov. 1893.) S. BROÏDO.

CONGRÈS FRANÇAIS DE MÉDECINE INTERNE

PREMIÈRE SESSION (LYON 1894).

M. le professeur Potain a accepté de présider la première séance et de prononcer le discours d'ouverture du Congrès.

Deux rapports seront présentés au Congrès sur chacune des trois questions mises en discussion :

Étiologie et pathogénie du diabète. — Rapporteurs : M. le docteur Lancereaux (de Paris) et M. le professeur Lépine (de Lyon).

De la valeur clinique du chimisme stomacal. — Rapporteurs : MM. les professeurs Hayem (de Paris) et Bourget (de Lausanne).

Des aphasies. — Rapporteurs : MM. les professeurs Bernheim (de Nancy) et Pitres (de Bordeaux).

Le Conseil de l'Association française pour l'avancement des sciences a décidé de faire représenter l'Association au Congrès, et a délégué à cet effet M. le professeur Bouchard.

Nous rappelons que le Congrès aura lieu du 25 au 29 octobre.

Le titre des communications doit être adressé à M. le docteur L. Bard, secrétaire général, rue de la République, 30, avant le 10 octobre. Les adhésions et les cotisations (20 francs) doivent être adressées à M. le docteur Lannois, trésorier, rue Saint-Dominique, 14, à Lyon.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sir Joseph Lister quitte définitivement son service hospitalier et descend de sa chaire. Ses admirateurs, ses collègues et ses anciens élèves ont formé à Glascow, à Édimbourg et à Londres des comités pour réunir les fonds nécessaires à une grande manifestation dans laquelle on lui fera présent de son portrait.

Les souscriptions ne doivent pas excéder deux guinées, soit 52 francs. On espère que le montant de la souscription permettra d'offrir à chacun des souscripteurs un souvenir de cette manifestation.

On peut adresser sa souscription à M. le docteur Silk, 29, Wey Mouth str. Portland place (London W.); au docteur James Finlayson, 2, Woodside place (Glascow); au professeur Chiene, 26, Charlotte square (Édimbourg); au professeur William Rose, 17, Harley street (London W.).

— Le concours de premier interne ouvert à l'hôpital Saint-André de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. Brindel.

— Une souscription est ouverte pour l'érection d'un monument funèbre sur la tombe du docteur Tourasse. Ce monument est destiné à honorer et perpétuer la mémoire de cet homme de bien en reconnaissance de son dévouement à la population des communes de Saint-Maur, Joinville-le-Pont et Saint-Maurice.

Les souscriptions sont reçues à Saint-Maur, chez M. le docteur Bitterlin; au Parc, chez M. le docteur Sallefranque; à Adamville, chez MM. les docteurs Dupertuis et Monmarson; à la Varenne, chez MM. les docteurs Piettre et Laffont; à Joinville-le-Pont, chez MM. les docteurs Henri Rousseau et Stieffel.

— *Serbie.* — Le budget de la guerre en 1894 prévoit, pour le service de santé, un crédit de près de 151 000 francs alors que les prévisions du budget total sont évaluées à 14 millions environ.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 115. — JEUDI 4 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 4 OCTOBRE 1894. — N° 115.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8** fr. **50**. — 6 mois : **16** fr. — 1 an : **30** fr.
UNION POSTALE. 3 mois : **10** fr. ». — 6 mois : **18** fr. — 1 an : **35** fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie a écouté, dans un respectueux silence, l'éloge de Villemin par M. Bergeron. Ce discours a été prononcé, au nom de l'Académie, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire de Villemin, à Bruyères. C'est un juste et légitime hommage rendu au savant, illustre autant que modeste, qui restera une des gloires scientifiques les plus pures de ce siècle. M. Bergeron, comparant l'œuvre de Villemin à celle de Laënnec, qui a le premier démontré l'identité des différentes tuberculoses, et à celle de Koch, à qui l'on doit la découverte du bacille tuberculeux, s'est félicité, comme Français, que sur ces trois grandes découvertes, les deux premières fussent l'œuvre de Français.

M. Le Dentu a fait un rapport sur une communication de M. Clozier (de Beauvais) relative aux altérations squelettiques considérées, par cet auteur, comme étant la conséquence de la dilatation de l'estomac.

Enfin M. Duret (de Lille) a communiqué plusieurs observations de chirurgie intéressantes. Citons, parmi ces faits, un cas de gastropexie pratiquée chez une femme qui était atteinte d'un abaissement considérable de l'estomac.

HOPITAL SAINT-JOSEPH. — M. L. Monnier.

Deux observations de chirurgie orthopédique du membre inférieur.

Observation I. — *Ankylose vicieuse de la hanche à la suite d'une coxalgie. Ostéotomie sous-trochantérienne. Guérison.* — Ch... (Alexis), treize ans, entre le 25 février 1893 dans notre service d'enfants. Mère bien portante, père atteint de bronchite chronique, frère mort de méningite à cinq ans. A eu des convulsions vers l'âge de six ans, et, quelques mois après, éprouve les premiers symptômes d'une coxalgie gauche avec douleurs dans le genou, aussi s'attarda-t-on à traiter le genou par des bains et l'immobilisation pendant dix ou douze mois. A cette époque, il fut enfin mis dans une gouttière, puis soumis à l'extension continue, le tout pendant plus de deux ans. Dans quel état fut-il envoyé à Berck à ce moment-là? nous l'ignorons. Ce qu'il y a de certain, c'est qu'après onze mois de séjour au bord de la mer, il revint à Paris dans l'attitude où nous le trouvons lors de son entrée dans le service, car tout traitement fut cessé à cette époque. Depuis une quinzaine il souffre un peu dans la hanche, c'est uniquement ce qui incite les parents à conduire l'enfant à un chirurgien et nullement l'infirmité dont celui-ci est atteint.



Fig. 1. — Ankylose de la hanche avant l'opération (dessin d'après nature).

État actuel. — Enfant vigoureux, d'une bonne musculature : déshabillé et placé debout de profil, il a l'attitude que représente la figure 1, dessinée d'après nature.

La cuisse est fléchie sur le bassin : il en résulte d'une part une ensellure très marquée, d'autre part un équinisme fonctionnel nécessaire pour maintenir la stabilité : en effet, la figure annexe montre que, si l'on supplée à l'inégalité de longueur par une épaisse brique, le pied se met aisément à angle droit. L'absence d'équinisme réel s'explique ici par ce fait que la jambe est tellement courte que la marche est impossible sans béquille, malgré l'abaissement considérable du bassin de ce côté.

La cuisse et la fesse sont atrophiées, le mollet lui-même est moins gros. Le membre, dans son ensemble, est en adduction modérée.

En faisant coucher le malade, on constate que le fémur

est complètement ankylosé à angle droit sur le bassin : dans cette attitude, l'ensellure disparaît.

La pression détermine une certaine douleur dans la fosse iliaque externe où se trouve la tête fémorale luxée.

Le membre inférieur gauche s'est notablement moins développé que son congénère, car en, additionnant la longueur du fémur et celle du tibia, on trouve une différence de 6 à 7 centimètres.

Quelques badigeonnages de teinture d'iode et le repos au lit pendant six semaines firent disparaître la légère poussée articulaire qui s'était faite, mais pour des raisons extra-médicales, l'opération de l'ostéotomie ne fut pratiquée qu'au bout de deux mois.

4 mai : anesthésie; lavages antiseptiques habituels; incision longitudinale de 4 à 5 centimètres sur la face externe et au-dessous du trochanter, jusqu'au périoste; décollement à la rugine de celui-ci; application transversale au-dessous du trochanter de l'ostéotome de Mac Ewen. L'os est dur et épais et, sans le coussin de sable sur lequel s'appuie bien le membre, l'instrument aurait pénétré très difficilement. La section linéaire et transversale étant effectuée aux trois quarts, une puissante pression rompt l'os avec bruit. Le membre est placé aisément en excellente situation : le fragment supérieur fait une légère saillie à l'aine. Lavages au sublimé au millième; drain, suture; pansement iodoformé. Appareil plâtré entourant la cuisse et la ceinture, consolidé, pendant sa dessiccation, par une attelle en bois : extension continue avec un poids de 1 kilogramme. Le raccourcissement n'est plus que de 5 à 6 centimètres.



Fig. 2. — Ankylose de la hanche redressée par l'ostéotomie sous-trochantérienne (dessin d'après nature).

18 mai : après l'opération, pendant un jour ou deux, souffrances très supportables, surtout dans le genou : pas la moindre fièvre. Fenêtre dans le plâtre au niveau de l'aine, afin de surveiller le fragment supérieur : pas d'empâtement inflammatoire, saillie modérée. Un tampon d'ouate fixé avec une bande le refoule en arrière.

1er juin : ablation du plâtre et du pansement. Pas de suppuration. Drain et suture sont enlevés : crayon d'iodoforme dans le trajet du drain. Même appareil plâtré.

13 juin : deuxième ablation du plâtre ; cal suffisamment solide pour permettre à l'enfant de soulever sa jambe au-dessus du plan du lit et de se tenir un instant debout, en excellente position. — Plâtre et extension continue.

4 juillet : il y a quinze jours, on lui a enlevé tout appareil et aujourd'hui la marche est permise avec des béquilles.

13 juillet : marche avec une canne assez aisément; simple engourdissement dans le genou. Raccourcissement vrai de 5 à 6 centimètres. Le résultat obtenu après l'opération s'est donc maintenu. Exeat.

Revu en octobre, il est tel que nous le représente la figure 2. En corrigeant par une brique l'inégalité de longueur, comme le fera pendant la marche une semelle en liège, on voit combien est satisfaisante la nouvelle attitude. L'ensellure est fort atténuée, la direction du fémur permet à la jambe de se placer parallèlement à l'autre : tout le membre a pris un réel développement musculaire.

L'enfant marche avec une canne deux heures sans fatigue, quoique boitant, car, par suite de la négligence des parents, une chaussure appropriée n'a pas été faite. Celle-ci rendra la déambulation encore plus satisfaisante.

Le résultat est en somme aussi parfait que possible chez ce jeune garçon et ce fait prouve l'innocuité de l'ostéotomie linéaire et son efficacité. Cette opération nous paraît, chez ces coxalgiques vicieusement consolidés, bien supérieure à l'ostéotomie du col, à la résection de la tête fémorale ou la désinsertion de cette tête d'avec ses rapports dans la fosse iliaque. Ces diverses interventions se font, en effet, en plein foyer d'évolution tuberculeuse, ancienne c'est vrai, mais pouvant reparaître sous le choc toujours intense du ciseau et des violences des ruptures manuelles des adhérences. Supérieure aussi, selon nous, est l'ostéotomie sous-trochantérienne à l'ostéoclasie, car il nous semble bien difficile de limiter la puissance de l'ostéoclaste à une région si étroite et de ne pas ébranler en même temps les jetées osseuses ankylosantes. Enfin, et c'est par là que nous terminerons ces réflexions, c'est par un défaut de soins que la hanche malade s'est consolidée en position vicieuse, ce qui nécessite une opération subséquente. Il y a donc obligation absolue pour le médecin à n'abandonner ces malades à eux-mêmes qu'après avoir constaté une ankylose complète en situation rectiligne.

Obs. II. — *Varus équin griffe-pied creux bilatéral, consécutif à une paralysie infantile. Ténotomies multiples et massage forcé. Guérison.* — C... (Roseline), onze ans, entre salle Sainte-Berthe n° 1, le 19 mars 1894. Est venue au monde à terme, très forte et bien constituée. Quelques manifestations strumeuses dans l'enfance : pas de convulsions, parfois des vomissements bilieux. A l'âge de six ans, sans causes connues, elle marche « de travers », suivant l'expression des parents. Quelques mois après, elle est atteinte d'influenza, particulièrement intense pendant trois jours, durant lesquels elle aurait eu des « grimaces nerveuses ». Au sortir de cette maladie, les pieds étaient infiniment plus déviés et cette déviation a augmenté malgré le port d'appareils à tuteurs latéraux, remontant au-dessus du genou, pendant dix-huit mois.

État actuel. — Fillette de taille au-dessous de la moyenne d'assez bon teint, mais chétive : l'intelligence comme le corps est peu développée : debout, elle a une ensellure très marquée : les cuisses fléchies sur le bassin et en adduction, les jambes fléchies sur les cuisses et en abduction : ces deux segments sont maigres, surtout les inférieurs : enfin, les pieds sont très déformés ainsi qu'en font preuve les figures 3 et 4. Ils ne reposent que sur l'extrémité antérieure des métatarsiens : c'est à peine si un ou deux des petits orteils touchent un peu sur le sol : quant au gros il en est à 1 centimètre et demi environ et, comme le remarque Duchenne (de Boulogne), plus l'enfant s'efforce d'appuyer

sur le sol avec les orteils, plus elle les en éloigne, plus ceux-ci se luxent sur les métatarsiens, plus leur direction se rapproche de la verticale par rapport à ces métatarsiens,

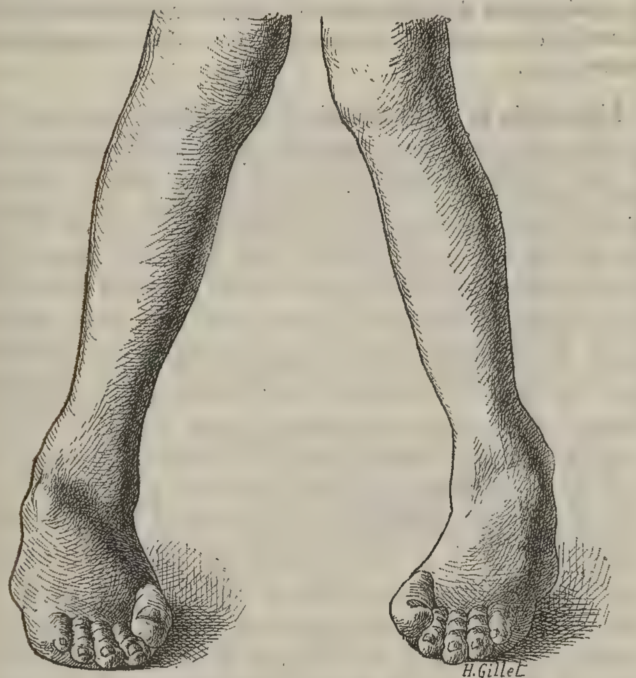


Fig. 3. — Varus équins consécutifs à une paralysie infantile, avant l'opération (dessin d'après un moulage).

plus enfin l'équinisme se prononce. Cette disposition se voit bien sur la figure 4.

L'avant-pied (tarse et scaphoïde, et un peu le cuboïde) a une direction voisine de la verticale formant ainsi un angle presque droit avec l'arrière-pied.

L'astragale se dessine sous forme d'une saillie considérable nettement visible, principalement sur le pied droit : enfin, le tendon d'Achille est fortement tendu : il en résulte un élargissement notable du diamètre antéro-postérieur du cou-de-pied, c'est également par la figure 4 que l'on juge bien de ces déformations.

La marche, fort disgracieuse naturellement, se fait en sautillant, mais elle peut se prolonger une demi-heure environ sans grandes douleurs.

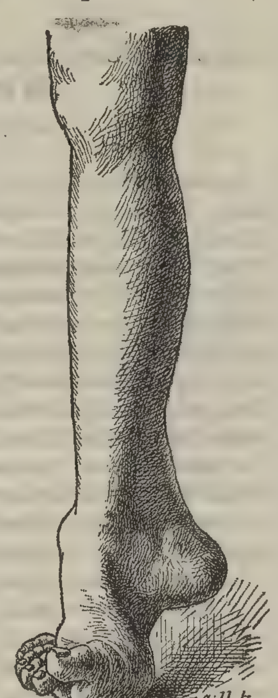


Fig. 4. — Varus équin vu de profil (d'après un moulage).

20 mars : lavages antiseptiques. Bande d'Esmarch. Ténotomie de l'aponévrose plantaire, sur le bord interne du pied droit, faite presque à ciel ouvert, car le bistouri a un peu trop entamé la peau : massage forcé, diminution notable de l'enroulement de l'avant-pied et réintégration partielle de l'astragale dans la mortaise. Ténotomie du tendon d'Achille : massage forcé, le pied est porté à angle droit : 3 centimètres environ séparent les bouts du tendon divisé. Ténotomie de l'extenseur propre du gros orteil et du tendon de l'extenseur commun allant au petit : redressement et réduction de la luxation sur le métatarsien. Enfin, ténotomie du long fléchisseur propre du gros orteil. Massage forcé de tous les orteils. Pansement antiseptique, appareil plâtré. Ablation de la bande d'Esmarch, pied en élévation.

24 mars : douleurs modérées pendant les quatre ou cinq heures qui ont suivi l'opération. Apyrexie, excepté un soir où il y a 38°2 : il a suffi le lendemain de desserrer la bande maintenant le plâtre. Aujourd'hui, exactement la même opération sur le pied gauche : réintégration plus difficile de l'astragale dans la mortaise, il y a 3 centimètres et demi d'écartement entre les bouts séparés du tendon d'Achille.

7 avril : a très peu souffert après l'opération. Un seul soir 38°2. Ablation des plâtres, tendons d'Achille parfaitement réparés, attitude satisfaisante surtout à droite. Massage assez vigoureux de tout le pied, des deux côtés, douleurs vives. On remet les plâtres.



Fig. 5. — Varus équin après le traitement (d'après un moulage).

16 avril : massage énergique tous les deux jours, bains de temps à autre.

5 mai : au massage redresseur des pieds, on ajoute celui des jambes, des cuisses et des lombes : des appareils à tuteurs latéraux, s'arrêtant au-dessous du genou, avec semelle portant une articulation qui arrête l'extension à l'angle droit, sont appliqués.

9 mai : ces jours-ci premiers essais de marche, les appareils de nuit étant placés dans des souliers appropriés, les pieds reposent bien à plat ainsi que le prouve la figure 5, qui montre en même temps le remarquable résultat obtenu : pas de douleurs dans ces jointures si fort malmenées en apparence par le massage forcé.

Les orteils posent sur le sol, quand la fillette le veut, hormis le premier et le cinquième qui en sont encore à quelques millimètres : les saillies astragaliennes ont disparu, le pied reste seulement fortement cambré. L'enfant se tient droite, la flexion des cuisses n'existe plus, l'ensellure persiste quoique atténuée.

Dans les mois suivants cet état s'améliore encore et, en septembre dernier, une lettre nous apprenait que le succès était complet.

Il est difficile de voir un exemple plus complet de cette conformation vicieuse du pied que Duchenne (de Boulogne) a figuré et décrit sous le nom de griffe-pied creux.

Ce serait une erreur de croire que l'on peut toujours,

dans ces cas, réintégrer l'astragale dans la mortaise : les observations que nous avons publiées en 1892 et 1893 prouvent qu'assez fréquemment c'est impossible et qu'il faut avoir recours à l'opération sanglante : résection partielle ou totale de l'astragale.

La facilité relative avec laquelle nous avons obtenu la correction des difformités, chez cette fillette, par des ténotomies multiples et le massage manuel forcé, nous fait préférer cette méthode à celle décrite par notre distingué confrère de Lyon, le docteur Delore, dans le numéro de mai 1893 de la *Revue orthopédique*. Les résultats qu'il a obtenus sont certainement très beaux, mais il les doit à l'action extrêmement puissante d'un appareil, le *tarsoclaste*. C'est assez dire que ce traitement n'est pas à la portée de tous les chirurgiens et, d'un autre côté, l'énorme pression que subit le dos du pied, nous semble plus dangereuse que la plaie infime laissée par le ténotome bien aseptisé, ou même que l'incision, plus longue, nécessaire pour réséquer tout ou partie de l'astragale, quand les règles de l'antisepsie sont rigoureusement observées.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 2 octobre 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de MM. Le Roy des Barres, Motet, Laugier, qui se portent candidats dans la section d'hygiène publique, médecine légale et police médicale; et de MM. Delorme, Monod, Pozzi et Reclus, qui se portent candidats dans la section de médecine opératoire.

RAPPORT

Asymétrie du corps humain. — M. LE DENTU lit un rapport sur un travail de M. le docteur Clozier (de Beauvais) sur l'asymétrie acquise entre les deux moitiés du corps humain.

M. Clozier a voulu décrire une asymétrie particulière caractérisée par l'abaissement de l'épaule droite, des déformations concordantes de la cage thoracique, des déviations de la colonne vertébrale et l'abaissement du membre inférieur droit. L'ensemble de ces modifications de forme et de position des diverses parties du squelette reconnaîtrait pour cause la verticalité et la dilatation de l'estomac.

Pour admettre cette interprétation, il faut que la corrélation entre les troubles dyspeptiques de la dilatation stomacale et l'asymétrie du corps apparaisse étayée par des constatations indiscutables; il faut que l'enchaînement des diverses déviations ou déformations d'où résulte cette asymétrie soit démontré, et que, par leur association, elles constituent un type différent des autres espèces de déviations décrites jusqu'à ce jour. C'est ce qu'il reste à M. Clozier à prouver par un nombre suffisant de faits.

LECTURES

Gastropexie. — M. DURET (de Lille) fait une communication sur une opération de gastropexie, pour prolapsus invétéré de l'estomac dans la région sous-ombilicale, chez une malade de cinquante ans, réduite à un amaigrissement extrême, et souffrant de troubles dyspeptiques intenses, ne pouvant plus même tolérer le lait, qui demandait qu'on lui *raccroche* l'estomac. Par l'ouverture abdominale, il a saisi le viscère, l'a remonté jusqu'à la région épigastrique, et l'a fixé par une ligne de sutures continues, s'étendant sur le pylore et la petite courbure, et s'attachant d'autre part au péritoine et aux tissus fibreux sous-jacents. Trois mois après, l'estomac était resté fixé en position normale, et la malade digérait la viande, le pain, les légumes et avait repris de l'embonpoint. Cette remarquable opération n'avait pas encore été exécutée, croit-il, au moins dans notre pays.

Lithotritie et néphrectomie. — M. DURET, dans une seconde communication, rapporte un cas de *lithotritie* suivie de *néphrectomie* pour un calcul ramifié du rein du poids de 150 grammes. La volumineuse pierre était accompagnée d'une poche considérable de *pyonéphrose* contenant 2 litres de pus et qui a été enlevée dans la même séance. Les suites opératoires ont été excellentes; un an et demi après l'opération, l'opérée jouit d'une excellente santé, peut se livrer aux travaux fatigants des champs et faire plusieurs lieues à pied, sans aucune souffrance. M. Duret fait passer sous les yeux des membres de l'Académie la pierre coralliforme, qui est un des types du genre. Il termine en traçant la technique opératoire qu'il a employée dans ce cas difficile. L'opération a eu lieu en plusieurs temps : 1° incision de la paroi et ponction de la poche, évacuation par la région lombaire; 2° section du rein sur son bord convexe, ainsi que de la poche; 3° fragmentation de la pierre à l'aide du gros lithotriteur de Dolbeau pour la taille périnéale : elle forme quatre ou cinq fragments du volume d'une mandarine; 4° extirpation du rein par la méthode sous-capsulaire; 5° ablation de la poche. L'opération avait duré deux heures.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Un prix de 25000 francs contre la diphtérie. L'historique du legs Saint-Paul.

Par M. le docteur CABANÈS.

Le docteur Roux a subi le sort commun à tous les novateurs. A peine a-t-il révélé au monde savant, pénétré d'admiration, et au public, soulevé d'enthousiasme, les résultats de ses laborieuses recherches, que de toutes parts ont surgi des inventeurs, méconnus ou parfaitement ignorés, qui ont réclamé à leur profit la priorité de la découverte. A ceux qui contestent au docteur Roux le mérite de son invention et qui prétendent avoir trouvé le remède certain de la diphtérie, nous indiquerons bien volontiers un moyen de faire valoir leurs prétentions. Il a été fondé, il y a une quinzaine d'années environ, par un généreux donateur, un prix que l'Académie de médecine est chargée de distribuer à celui qui aura trouvé un remède « reconnu comme efficace et souverain contre la *diphtérite* ». Une somme de 25000 francs a été remise, dans ce but, par M. et Mme Victor Saint-Paul, et le prix porte le nom de *Prix Saint-Paul*. Point n'est besoin d'être pourvu du diplôme de docteur pour prétendre à cette récompense, puisqu'il est stipulé que toute personne pourra prendre part au concours « sans distinction de nationalité ni de profession ».

Les circonstances qui ont fait naître l'idée de ce prix méritent d'être rappelées. M. Achille Saint-Paul, licencié ès lettres et docteur en droit, secrétaire général de la préfecture de Seine-et-Oise, avait entrepris un voyage en Orient au commencement de l'automne de 1878. A son retour, il eut le désir de visiter l'Italie, qu'il se proposait de traverser seulement, pour regagner au plus tôt son poste. Se souvenant qu'il a un ami qui habite Turin, il ne quittera pas le pays sans lui serrer la main au passage. L'ami est absent et

ne sera de retour qu'au bout de deux jours. Deux jours à Turin, pense notre voyageur, c'est bien monotone. Il ira donc passer vingt-quatre heures à Milan. Fatale inspiration! Une épidémie de diphtérie règne à ce moment dans cette ville. Quand M. Saint-Paul revient à Turin, il emporte avec lui le germe de la maladie à laquelle il doit succomber. Inquiet d'être sans nouvelles, le père du jeune homme se dispose à l'aller rejoindre. Mais un télégramme arrive qui contient ces simples mots : « *Départ retardé de deux jours par un gros rhume.* » Dans la soirée, deuxième dépêche plus alarmante : « *Angine. Viens. Amène un médecin.* » La voie, obstruée depuis plusieurs jours par la neige, est à peine déblayée. L'administration ne peut faire partir un train spécial. Force est d'attendre au lendemain. Le lendemain on part. Un médecin, dont le dévouement a toujours été à la hauteur du talent, le docteur Millard, accompagne M. et Mme Saint-Paul. Quand on arrive à destination, il est trop tard, les parents désolés n'auront à serrer dans leurs bras qu'un cadavre.

« Il y a, disait éloquemment le docteur Bergeron en rapportant les faits dont nous avons donné un sobre récit, des douleurs égoïstes qui deviennent dures, impitoyables pour le prochain. Quiconque échappe au malheur les offense et les irrite, elles voudraient voir l'univers en deuil, et c'est à peine si les plus cruellement frappés à leur tour, trouvent grâce devant elles. Mais ce n'est pas ainsi que sentent les cœurs généreux et tendres; ils sont déchirés et ils ont encore la force d'aimer. Ils souffrent de leur propre douleur, mais ils souffrent aussi de la douleur d'autrui. Le malheur qui les a frappés, ils tremblent à la pensée de le voir atteindre les autres; ils voudraient leur éviter les tortures qu'ils ont subies, et c'est sous l'inspiration de ce sentiment de compassion, que M. et Mme Saint-Paul ont fondé un prix : ils ont voulu que de leur malheur sortît un bienfait et ils ont offert à l'Académie une somme de 25 000 francs, destinée à récompenser celui qui aura trouvé un moyen assuré de guérir la diphtérie. »

Depuis la fondation du prix Saint-Paul, de nombreux concours se sont succédé. Quantité d'ouvrages, d'opuscules, de simples recettes ont été adressés à l'Académie, mais, les conditions du programme n'ayant pas été remplies, le prix est resté sans attribution. Toutefois, sans porter atteinte à l'esprit et à la lettre du contrat de donation, on a pu distribuer des primes d'encouragement à ceux qui se sont le plus approchés du but sans l'atteindre. En ouvrant le concours à tous, les fondateurs du prix ont éveillé bien des ambitions, autant et plus encore parmi les personnes étrangères à la médecine que dans le camp médical. Le premier concours, celui de 1881, n'a pas donné de résultats appréciables. Six mémoires avaient été envoyés. Aucune récompense n'a été accordée. L'année suivante, pas moins de quatre-vingt-onze mémoires ou notes sont adressés à l'Académie. Si on essaie de classer les concurrents par profession, on relève dans le nombre : un aubergiste, un verrier, un mécanicien, un fondeur, un commis des télégraphes, un invalide des mines; et, parmi les concurrentes — car les femmes ne sont pas exclues du concours — la femme d'un fonctionnaire public, d'un vétérinaire, d'un ... exécuteur de justice!

Ce sont surtout les contrées du centre et du nord de l'Europe, l'Allemagne notamment, qui ont fourni le plus fort contingent d'inventeurs. Dans le fatras d'élucubrations qui ont été soumises à l'examen de la Commission académique, on a de la peine à recueillir une idée sensée. Tout d'abord, on a dû éliminer les candidats — et il en est un bon nombre — qui se sont bornés à informer l'Académie qu'ils ont en leur possession le remède souverain de la diphtérie, mais qu'ils ne pourront le faire connaître avant d'être assurés qu'ils auront une part assez large du prix à distribuer. L'un d'eux, un Mecklembourgeois, a la tranquille audace de réclamer la modeste avance de 372 francs pour venir à Paris faire sa démonstration.

Non moins inventif est cet habitant de Hambourg qui propose de flageller le patient sur la région la plus charnue du corps « jusqu'au sang », afin, dit-il, de provoquer des crises (?) aiguës qui détacheront les fausses membranes.

Un seul mémoire a retenu l'attention de la Commission qui accorde à son auteur, M. le docteur Leloir, devenu depuis un des plus distingués professeurs de la Faculté de Lille, une récompense de 500 francs.

Les concours de 1883 et 1884 (1) ont mis en lumière quelques intéressants travaux, à défaut d'une découverte géniale. En 1883, l'Académie reçoit 102 lettres, 38 mémoires et une *dépêche télégraphique*. En 1884, 101 lettres ou mémoires arrivent des cinq parties du monde. Ils sont écrits dans toutes les langues connues. Il y en a d'anglais, d'allemands, de russes, d'italiens, d'espagnols, de portugais, de hollandais, de hongrois, de polonais, etc. Sur les 242 opuscules envoyés, le tiers au moins contient l'indication de remèdes secrets. Mais les inventeurs se réservent d'en faire connaître la formule lorsque l'Académie leur aura garanti la prime de 25000 francs.

L'un d'eux, un Bohémien, ne pousse-t-il pas la défiance jusqu'à exiger que l'argent soit déposé à la trésorerie royale de sa province avec un diplôme de « professeur de sciences supérieures et de médecine »?

S'il y a concurrence (*sic*), il sera institué une Commission devant laquelle le Tchèque expliquera lui-même les bénéfices de sa méthode en langue allemande. Son voyage, ainsi que les frais de séjour, devront, bien entendu, lui être payés.

Il en est heureusement de moins exigeants qui font connaître leur secret, mais avec l'espoir que l'Académie le gardera religieusement, si toutefois elle ne leur accorde une part du prix. La plupart de ces recettes, est-il besoin de le dire, sont du domaine de la pure fantaisie.

Un abbé préconise une pommade dont on doit faire une friction sur le vertex du malade, en même temps qu'on en applique une compresse sur « le nœud de la gorge » pendant vingt-quatre heures.

Un jeune étudiant de Pilsen vante, avec une conviction qu'il essaie de faire partager, un remède qui lui aurait sauvé la vie, ainsi qu'à ses frères et sœurs. Et le remède, c'est... du beurre fondu! Et nous passons sous silence les réclames des bandagistes, des pharmaciens, voire même des maîtres de pension et des fabricants de voitures!

Dans le nombre des médicaments proposés, il s'en trouve de déjà connus et qui, à vrai dire, ont donné quelques résultats satisfaisants. Tels le chlorate de potasse, les acides phénique, salicylique, le soufre, qui a joui longtemps d'une grande vogue, surtout en Amérique, le cubèbe, les alcalins, l'essence de térébenthine. Un médecin parisien, que nous nous garderions de désigner autrement, accorde sa préférence à ce dernier liquide et pour un motif qu'on devinerait malaisément. Un jour, il faisait réparer une maison de campagne, inhabitée depuis longtemps, et qu'il venait d'acquérir. Des moisissures d'humidité formaient comme de larges plaques sur le papier de tenture. Il en fait l'observation au peintre chargé de la répa-

(1) En 1885, 73 mémoires ont été envoyés à l'Académie. Une seule récompense, à titre d'encouragement, a été décernée au docteur Suss (de Paris). En 1886, rien. En 1887, 28 communications; 3 prix et 5 mentions honorables. En 1889, 22 concurrents; 1 prix de 2000 francs a été donné à M. le docteur Gaucher et 1 mention honorable à un autre médecin. En 1892, 22 candidats ont pris part au concours; 3 encouragements de 500 francs et 1 mention honorable ont été distribués par l'Académie.

ration. Un badigeonnage à l'huile térébenthinée enlève la tache instantanément. *Eureka!* s'écrie notre brave homme et, dès ce moment, il s'arme d'un pinceau et d'un pot à essence toutes les fois qu'il est appelé auprès d'un diphtérique. C'est à ce même confrère que nous sommes redevables de ce qu'il nomme, dans un langage assez pittoresque vraiment, le *biberonnage aérien.* Il s'agit d'un appareil à tubulures, où il enferme un mélange de sa composition, à base de goudron et de chloroforme. Le malade n'a qu'à respirer les vapeurs qui s'échappent par le tube, et les fausses membranes disparaissent comme par enchantement. Le praticien en question prétend avoir obtenu des « résultats presque incroyables » avec son biberon aspirateur, résultats « auxquels il était loin de s'attendre ».

A ceux que son procédé ne parvient pas à convaincre, notre confrère sert un argument qui, à son dire, ne manque jamais son effet : « J'ai construit, dit-il, à l'usage des incrédules, un appareil qui contient de l'eau, un jus de citron et 1 gramme de cyanure alcalin, et je crois pouvoir affirmer que, dès sa première aspiration, si mon contradicteur ne tombe pas foudroyé, il sera converti et croira à l'influence puissante des inspirations aussi bien sur l'homme que sur les microbes. » Assurément ce moyen de persuasion ne peut manquer de réussir, puisqu'en supprimant le contradicteur, il supprime du même coup, la contradiction.

En dépit des apparences, le remède préconisé par une bonne dame de Nancy n'offre pas moins de danger. Les enfants atteints du croup devront *croquer*, et non pas seulement sucer, 25 à 30 pastilles de chlorate de potasse, et absorber une potion contenant de 4 à 12 grammes du même sel. Souhaitons que la bonne dame n'ait jamais l'occasion de mettre en pratique sa formule. La Brinvilliers, de funeste mémoire, n'eut pas d'armes plus offensives dans sa fameuse chambre aux Poisons!

Nous préférerions nous soumettre au traitement que conseille un brave médecin tourangeau, lequel fait avaler tous les jours, à ses malades, le jus d'une demi-douzaine de citrons, ou bien encore, comme procédé à la portée de tous, nous recommanderions les badigeonnages au pétrole. C'est un médecin de campagne qui a songé, le premier, à tirer parti de ce procédé qui sert plus généralement à l'éclairage. En 1881, ce modeste praticien eut à donner ses soins à un malade, pour une plaie d'arme à feu d'une certaine gravité. Comme la plaie était grisâtre, gangréneuse, il prescrivit des applications phéniquées en permanence sur le membre atteint. Mais comme on se trouve loin de tout pharmacien, que le cas est urgent, il faut se hâter. On cherche alors ce qu'on pourrait bien, en attendant, substituer au phénol. Soudain les yeux s'arrêtent sur le bidon de pétrole. A tout hasard, on va essayer ce liquide. Au bout de quelques heures, la plaie est détergée, bourgeonnante, et la guérison définitive survient quelques jours après. Depuis, on a appliqué le pétrole contre les fausses membranes de la diphtérie. De plus timides se sont contentés de l'appliquer en compresses sur le cou; on a enregistré, en tout cas, d'évidents succès à l'actif de cette médication dont la simplicité n'est pas le moindre mérite.

Un volume entier suffirait à peine à épuiser la liste des spécifiques de la diphtérie; nous n'avons tenu à relever que les plus connus. On ne saurait prévoir à cette heure l'avenir réservé à la méthode que nous a fait connaître le docteur Roux. En tout cas, on ne peut méconnaître qu'elle se présente sous les meilleurs auspices, puisqu'elle a pour garant le passé, tout de travail et de probité scientifique, d'un des meilleurs élèves, devenu maître à son tour, de notre grand Pasteur.

ÉCOLE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

Concours d'admission en 1894. — Liste, par ordre de mérite, des candidats admis à cette école.

1. MM. Lafforgue, Coche, Rauzy, Tartavez, Rivet, Daireaux, Vincent, Melliès, Etcheverry, Canel.

11. Bernard, Blary, Long, Nicolini, Carrive, Rabalant, Metzquer, Grysez, Cousergue, Doumenjou.

21. Oullier, Magerand, Doumeng, Natalelli, Heusch, Peltier, Bonhomme, Dupuy, Chassin, Deyrolle.

31. Pascal, Billon, Ménard, Jodry, Chambon, Demilly, Drevet, Mazière, Blan, Anthony.

41. Vidal, Fischer, Boullier, Donier, Combe, Fournereaux, Virey, Imbert, Mazellier, Rousset.

51. Sandras, Desse, Lambroschini, Neumann, Duchêne-Marullaz, Bourgeois, Duchesne, Raoult-Deslongchamps, Fournier et Clerc.

Les trente premiers candidats admis devront se présenter à l'École le 23 octobre courant, soit de neuf à onze heures du matin, soit de deux à quatre heures de l'après-midi; les trente autres, le lendemain 24 octobre, aux mêmes heures.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 28 septembre 1894, ont été désignés et ont reçu les affections suivantes dans le corps de santé militaire :

MM. les médecins-majors de première classe Alphant, pour le 7e régiment du génie; Mareschal, pour le 6e régiment du génie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouvier, pour le 39e régiment d'artillerie; Perrin, pour le 40e régiment d'artillerie; Arragon, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Saint-Mihiel (provisoire).

MM. les médecins aides-majors de première classe Barthélemy, pour le 7e régiment du génie; Sturel, pour le 40e régiment d'artillerie; Claude, pour le 39e régiment d'artillerie; Martin, pour le 6e régiment du génie.

— *Mesures de salubrité dans les manufactures en France.* — Le décret du 10 mars 1854, rendu après avis conforme du comité consultatif d'hygiène de France, vient de rendre applicables, dans les établissements industriels, les mesures auxquelles désormais les patrons devront se conformer en ce qui concerne l'aération ou la ventilation, l'éclairage, les eaux potables, l'évacuation des poussières et vapeurs, les fosses d'aisances.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Barbaste (de Sézanne), Baux (de Châteauneuf-sur-Cher).

— M. le docteur Albert Mathieu, médecin du Bureau central, commencera le mardi 16 octobre, à dix heures, dans le service de M. le professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu, une série de conférences pratiques sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Il les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 116. — SAMEDI 6 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 6 OCTOBRE 1894. — N° 116.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 1er octobre 1894, ont été nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. le docteur Esquer.

Au grade de pharmacien de deuxième classe. — M. le pharmacien auxiliaire de deuxième classe de la marine Phélipot.

— Par arrêté ministériel, en date du 4 octobre 1894, un concours s'ouvrira le 8 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École de médecine de Rennes.

— Le ministre de la Guerre présidera, le dimanche 4 novembre prochain, l'inauguration de l'École de santé militaire de Lyon.

— Un concours pour la nomination aux places d'externe titulaire en médecine, vacantes au 1er janvier 1895, dans les asiles publics d'aliénés du département de la Seine (asile clinique; asiles de Vaucluse, Ville-Évrard, Villejuif; infirmerie spéciale des aliénés à la Préfecture de police), s'ouvrira le samedi 1er décembre 1894, à midi précis, rue Lobau, n° 2, à Paris.

Le registre d'inscriptions restera ouvert au service des aliénés de la Préfecture de la Seine, rue Lobau, n° 2, de midi à cinq heures, du lundi 29 octobre au samedi 10 novembre 1894 inclusivement.

— Un de nos confrères vient d'être condamné à trois mois de prison et 500 francs d'amende, avec application de la loi Bérenger, pour avoir délivré un certificat médical faux. Il avait eu l'imprudence de se fier à la déclaration d'une mère de famille, sans s'être rendu compte de l'état du prétendu malade.

— *Hygiène des locaux militaires.* — La « Revue du Génie » vient de publier la circulaire relative à la tenue et à l'hygiène des casernements. On y trouve les prescriptions les plus détaillées concernant l'entretien des chambres (planchers, planches à bagages, lits, crachoirs), des corridors, réfectoires et latrines. La question des eaux, des infirmeries, de la généralisation des bains douches, y est étudiée en détail.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boux (de Châteauneuf-sur-Cher); Carbonel (d'Assier); E. Dulceux (de Poisson); Houtout (de Gironcourt); G. Loysel (de Cherbourg); Widal, ancien médecin inspecteur des armées.

— *Faculté de médecine de Paris.* — *Inscriptions.* — Le registre d'inscriptions du premier trimestre de l'année scolaire 1894-95, ouvert le mercredi 10 octobre, sera clos le samedi 10 novembre, à trois heures.

Les inscriptions seront délivrées dans l'ordre ci-après, de midi à trois heures de l'après-midi.

Inscriptions de deuxième, troisième et quatrième années de doctorat, — de deuxième, troisième et quatrième années d'officiat, les 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 24, 25, 26 et 27 octobre, et les 3, 7, 8, 9 et 10 novembre 1894.

MM. les étudiants sont tenus de prendre leur inscription aux jours et aux heures ci-dessus désignés. L'inscription trimestrielle ne sera accordée, en dehors de ces dates, que pour des motifs sérieux et appréciés par le Conseil de la Faculté.

MM. les étudiants sont priés de déposer, un jour à l'avance, leur feuille d'inscription chez le concierge de la Faculté; il leur sera remis en échange un numéro d'ordre indiquant le jour et l'heure auxquels ils devront se présenter au secrétariat pour prendre leurs inscriptions.

Consignations pour examens. — Les bulletins de versement des droits de consignation pour tous les examens seront délivrés, à partir du lundi 8 octobre, le lundi et le mardi de chaque semaine, de midi à trois heures.

En ce qui concerne le premier examen de doctorat et les examens de fin d'année (officiat), les bulletins de versement ne seront délivrés que le lundi 8 et le mardi 9 octobre, conformément à l'avis déjà donné au mois de juillet.

Les consignations pour examens de fin d'année (officiat) ne seront reçues que sur présentation d'une autorisation spéciale. Sont dispensés de cette autorisation les élèves ajournés en juillet 1894.

Travaux pratiques. — Les travaux pratiques sont obligatoires ou facultatifs. Ils sont obligatoires pour tous les étudiants aspirant au doctorat ou à l'officiat. Ils sont facultatifs pour les étudiants ayant seize inscriptions.

Les droits afférents aux travaux pratiques obligatoires sont soldés en prenant l'inscription trimestrielle correspondante.

Sont admis à prendre part aux travaux pratiques facultatifs, à la condition d'y être autorisés par M. le doyen sur leur demande écrite : 1° les étudiants ayant seize inscriptions; 2° les étudiants en cours irrégulier d'études; 3° les docteurs français; 4° les docteurs et étudiants en médecine étrangers à la Faculté.

L'autorisation est valable pour la durée de l'année scolaire.

Les droits sont de 40 francs, payables en une fois.

Cartes d'étudiants. — Les cartes d'étudiants, pour l'année scolaire 1894-1895, seront délivrées au secrétariat de la Faculté : 1° au moment de la prise de l'inscription pour les étudiants entrant en deuxième, troisième ou quatrième année; 2° les lundis et mardis pour les étudiants ayant seize inscriptions.

REVUE GÉNÉRALE

Les affections parasyphilitiques.

Par Paul GASTOU,
Chef de clinique adjoint de la Faculté.

I

Je ne saurais mieux fixer le but de cette Revue, qu'en empruntant à mon maître, M. le professeur Fournier, les lignes suivantes : « On croit trop que la syphilis, maladie spécifique, se restreint à des manifestations et à des lésions d'ordre spécifique. Erreur profonde, erreur d'anatomo-pathologistes exclusifs et à courte vue, erreur à laquelle l'observation inflige un démenti journalier. On a dit : « La syphilis ne fait que de la syphilis. » Illusion ! La syphilis fait autre chose que de la syphilis. Elle ne réagit pas seulement sur ses victimes, en tant que maladie spécifique et de par son poison propre, elle réagit aussi sur elle en tant que maladie générale, et cela de par la perturbation profonde qu'elle importe dans l'organisme, de par la crase humorale qu'elle modifie, de par le tempérament qu'elle affecte, la santé qu'elle altère, etc. Et ces influences d'un autre ordre, d'un ordre non spécifique, se traduisent souvent par telles ou telles manifestations morbides qui, pour être issues de la syphilis comme origine, n'ont cependant plus rien de syphilitique comme nature.

Cette grande maladie n'est pas seulement, exclusivement, une affection à symptômes et à lésions syphilitiques. C'est une maladie qui, par les réactions qu'elle exerce sur l'organisme, est susceptible d'éveiller, à côté de ses troubles propres, des troubles d'un autre ordre, par exemple de s'en prendre à ce qu'on appelle vulgairement et en bloc « la santé », d'amoindrir la résistance vitale, de retentir sur le développement de l'embryon et de l'enfant, de créer des déchéances organiques et des prédispositions morbides, de constituer, en un mot, toute une catégorie d'accidents qui ne sont plus de la syphilis, je le veux bien, mais qui en sont des produits, des dérivés, et auxquels, pour ce motif, j'ai proposé d'appliquer le nom de : *parasyphilitiques.* »

La dénomination d'*affections parasyphilitiques* (1) indique donc que la syphilis est capable de faire naître, d'être l'origine de maladies non syphilitiques de nature, c'est-à-dire n'ayant en rien l'évolution et l'apparence des manifestations syphilitiques, et n'étant qu'exceptionnellement modifiées par le traitement spécifique.

D'où la définition suivante : *Les affections parasyphilitiques sont des affections qui, reconnaissant la syphilis comme cause originelle habituelle, mais non exclusive, ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure de potassium, comme le sont les affections de nature syphilitique.*

DIVISION. — Au nombre de ces affections : le *tabes* et la *syphilis pigmentaire*, sont nettement reconnues d'origine syphilitique. D'ici peu, il en sera de même de la *paralysie générale* et probablement de l'*amyotrophie*, tout récemment décrite par M. le professeur Raymond.

A côté de ces maladies, il en est d'autres dans lesquelles on rencontre, très souvent, à l'origine la syphilis, soit acquise, soit héréditaire.

(1) Alfred FOURNIER. *Les affections parasyphilitiques*, p. 373 à 275, Paris 1894.

Ce sont, pour la syphilis acquise : la neurasthénie aiguë de la période secondaire ou tertiaire et ses différentes formes : céphalée, pseudo-encéphalopathie, pseudo-tabes, syphilophobie, etc., l'hystéro-neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie.

Pour la syphilis héréditaire : la cachexie fœtale, les malformations congénitales : dentaires, osseuses, organiques ; les troubles dystrophiques généraux ou partiels, tels : les arrêts et retards de développement général ou partiel, les atrophies, les prédispositions morbides.

Et en dehors de ces troubles organiques, des altérations d'ordre anatomique ou dynamique.

Parmi les premières : le rachitisme, l'hydrocéphalie, la méningite, la maladie de Little, le tabes et la paralysie générale juvénile.

Parmi les secondes : la neurasthénie, l'hystérie, l'épilepsie.

Enfin, il est toute une catégorie d'affections dont la nature est inconnue et qui dérivent fréquemment de la syphilis. Il est prématuré d'appeler affections parasyphilitiques, le diabète, l'hémoglobinurie, le tabes auriculaire et oculaire, les érythémies tertiaires, l'adénie, certaines leucoplasies buccales et pelades dystrophiques. Comme le dit M. le professeur Fournier : « Nous ne les connaissons que très imparfaitement, du moins quant à leurs relations possibles avec la syphilis. Il convient donc de n'en rien dire encore et de savoir attendre (1). »

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE DES AFFECTIONS PARASYPHILITIQUES. — Les affections parasyphilitiques ont pour caractère anatomique de ne présenter aucune altération se rapprochant de l'infiltration syphilitique ou de la gomme, mais au contraire des lésions qui sont celles de toutes les maladies infectieuses à longue évolution, c'est-à-dire des artérites et des scléroses généralement plus ou moins disséminées.

Les affections parasyphilitiques produisent, en outre, des lésions dynamiques ne se traduisant par aucune altération appréciable, soit anatomiquement, soit cliniquement.

Voici quelques exemples des lésions organiques que l'on rencontre :

Je ne parlerai pas du tabes et de la paralysie générale, dont les lésions sont connues, non plus de l'hydrocéphalie, de la méningite et du tabes congénital spasmodique ou maladie de Little, dû à un arrêt de développement du faisceau pyramidal.

Dans les autopsies de malades morts d'amyotrophies parasyphilitiques, M. le professeur Raymond a trouvé, en dehors des altérations musculaires, les lésions suivantes ; macroscopiquement : méninges médullaires épaissies et opalines, racines antérieures grêles et atrophiées. Histologiquement : diminution considérable et déformation des cellules ganglionnaires ; lésions des noyaux bulbaires, des nerfs périphériques et surtout du système vasculaire ; vaisseaux volumineux et gorgés de sang, artérioles épaissies par infiltration des tuniques moyenne et externe, etc. En résumé : myélite vasculaire intense et diffuse (2).

(1) A. FOURNIER. Loc. cit., p. 272.

(2) Pr RAYMOND. Sur quelques cas d'atrophie musculaire à marche progressive chez des syphilitiques, *Bull. et Mém. de la Soc. méd. des hôpit. de Paris*, 3 fév. 1893.

Que voyons-nous également dans la syphilis pigmentaire. Deux faits essentiels (1) : 1° surabondance d'éléments pigmentaires dans les divers districts de la peau : couche de Malpighi, épiderme, corps papillaire ; 2° d'après de Maïeff : épaississement des artérioles et des veinules cutanées qui se présentent doublées, triplées, voire quadruplées comme parois vasculaires ; quelquefois même oblitération complète de ces vaisseaux par réduction de calibre et tuméfaction de l'épithélium.

Autre genre de modifications organiques dans le rachitisme. M. le docteur Albert Robin a trouvé que les os des enfants hérédo-syphilitiques sont particulièrement remarquables par la proportion considérable d'eau qu'ils contiennent, et cela au détriment des éléments essentiels, nobles, du tissu osseux (à savoir phosphate et carbonate de chaux, associés à l'osséine).

Voici donc une maladie qui, non contente de faire des lésions syphilitiques, fait aussi des lésions extrasyphilitiques, des lésions vasculaires, des lésions banales, telles que les ferait n'importe quelle maladie infectieuse.

Elle fait mieux encore, elle produit des lésions chimiques.

« Et par l'action anémiante, débilitante, dépressive qu'elle exerce sur l'économie ; par le trouble profond, le branlebas, qu'elle importe dans les fonctions du système nerveux, et aussi par sa réaction sur le moral » (2) ; elle fait de toutes pièces des perturbations dynamiques, qui aboutissent à l'hystérie ou à l'épilepsie, en passant par la neurasthénie.

Enfin, où elle devient extraordinaire c'est lorsque, chez les hérédo-syphilitiques, elle enraie le développement général de l'individu, en l'abaissant jusqu'au degré de l'infantilisme, voire même du nanisme ; elle entrave le développement de certains organes ; elle enraie, enfin, le développement originel du produit de la conception et le tue sans lésions. Si bien que le fœtus ou l'enfant, succombent par dystrophie native, par le fait seul qu'ils n'ont pas reçu, nativement, la force de vivre » (A. Fournier).

III

Pathogénie des affections parasyphilitiques. — Pourquoi la syphilis crée-t-elle de pareilles manifestations morbides ? La raison première de ces altérations échappe, comme elle échappe, du reste, dans beaucoup d'autres cas et pour d'autres maladies.

Après ce que nous avons dit au sujet de l'anatomie pathologique, nous serons bref sur la pathogénie des affections parasyphilitiques ; la syphilis les produit, d'une part, en tant que maladie infectieuse, spécifique, héréditaire ; en créant des artérites et péri-artérites de la sclérose et des dégénérescences. Ou bien des lésions dynamiques aboutissant à des troubles fonctionnels organiques ou à des prédispositions morbides, et en cela elle agit encore comme maladie infectieuse.

Elle les produit, d'autre part, par une action spéciale, qui n'appartient qu'à elle et dont la caractéristique essentielle est dans ce fait, que pour un certain nombre de cas, les enfants hérédo-syphilitiques meurent sans lésions susceptibles d'expliquer leur mort, meurent, dit M. le professeur Fournier, par « arrêt de la vie » (1).

On pourrait objecter à l'existence des affections parasyphilitiques :

1° Que, si le syphilitique se soigne régulièrement, du fait même du traitement, il peut être considéré comme soustrait à l'action néfaste de la syphilis ;

2° Qu'il est inutile de chercher dans la syphilis ce qui peut s'expliquer par toute autre cause.

A la première objection, il est facile de répondre que le traitement spécifique ne détruit en rien l'action du virus syphilitique, mais la suspend souvent pour longtemps, quelquefois pour toujours. Que cette action est sujette à des réveils terribles que l'on a voulu attribuer, soit à l'agent spécifique de la syphilis, soit aux toxines qu'il sécrète et qu'enfin, cette action elle-même, agissant en silence et pendant un long temps, peut créer de toutes pièces des accidents qui ne sont plus de nature syphilitique, mais de nature banale, infectieuse.

A la seconde objection, la seule réponse à faire est de démontrer, statistique en main, comme le fait M. le professeur Fournier, que la syphilis acquise ou héréditaire est, le plus souvent, la seule cause originelle de ces affections.

IV

Symptomatologie des affections parasyphilitiques. — *Syphilis acquise.* — Je ne décrirai pas la symptomatologie du tabes et de la paralysie générale, je veux simplement insister sur ce fait de l'association si fréquente des symptômes des deux maladies, et à l'identité de leur origine, si bien que le tabes peut finir par la paralysie générale ou inversement. M. le professeur Fournier s'est basé sur cette association et cette origine commune, pour démontrer l'origine syphilitique de la paralysie générale, origine acceptée par presque tous les auteurs qui se sont occupés de cette question.

L'association du tabes et de la paralysie générale est décrite par M. le professeur Fournier sous le nom de *tabes cérébro-spinal*, dans lequel on retrouve les signes que chaque maladie donne séparément.

La syphilis pigmentaire n'est nullement de nature syphilitique, la pigmentation n'est pas, comme on le croyait autrefois, consécutive à des syphilides, elle naît telle d'emblée et évolue complètement en deux à trois septénaires, elle n'est en rien modifiée par le traitement spécifique.

Elle se caractérise par une série de marbrures pigmentées, grisâtres, disposées sans ordre régulier les unes au voisinage des autres, s'anastomosant pour la plupart, et enclavant dans leurs mailles des îlots de téguments restés sains, de sorte que l'aspect général est celui d'un réseau de dentelle ou de résille à larges mailles (2).

Ces taches sont constituées par des macules pigmentaires n'offrant ni rougeur, ni saillie, ni épaississement, ni desquamation. Elles ne sont pas prurigineuses. Leur siège est la région cervicale (collier de Vénus), rarement elles s'étendent à la partie supérieure du thorax. Elles peuvent persister pendant un, deux, trois ans, et se montrent aussi bien chez la femme que chez l'homme.

(1) A. Fournier. Loc. cit., p. 22.
(2) A. Fournier. Loc. cit., p. 42.

(1) A. Fournier. Loc. cit., p. 313.
(2) A. Fournier. Loc. cit., p. 15.

Il est exceptionnel que la syphilide pigmentaire se rencontre en d'autres points du corps.

Une variété résulte de ce que ces taches hyperchroniques peuvent alterner avec des îlots de peau décolorée, vitiligineuse et constituer ce que M. le professeur Fournier a appelé *leucomélanodermie* (1).

De toutes les manifestations parasyphilitiques la connaissance de la neurasthénie parasyphilitique est la plus importante, à cause des nombreuses erreurs de diagnostic qu'elle peut faire commettre.

Cette neurasthénie comprend plusieurs modes et formes qui peuvent se diviser ainsi : neurasthénie secondaire, hystéro-neurasthénie, neurasthénie commune, céphalée neurasthénique, pseudo-tabes, pseudo-encéphalopathies neurasthéniques, neurasthénies locales, syphilophobie.

La neurasthénie secondaire est caractérisée par un malaise général du système nerveux, état mixte de dépression et d'éréthisme. Céphalée, vertiges, étourdissements, obnubilations. Insomnies, douleurs névralgiformes, troubles de la sensibilité générale et spéciale.

Parmi ces troubles de la sensibilité, il en est qui sont presque révélateurs (2) de la syphilis : analgésies disséminées, partielles, symétriques, affectant surtout le sein (chez la femme) et la région dorsale du métacarpe.

Troubles du système sympathique, algidités périphériques, bouffées de chaleur, sueurs.

Accès fébriles intermittents ou continus, véritable typhose secondaire. Asthénies multiples : musculaire, circulatoire, digestive, nutritive.

Dans l'hystéro-neurasthénie s'ajoutent : des anesthésies, des hyperesthésies, de l'hémi-anesthésie sensitivo-sensorielle, du rétrécissement du champ visuel, des spasmes, le globe hystérique, les phénomènes convulsifs.

Une seconde forme de neurasthénie, fréquente dans la période tertiaire, est la neurasthénie usuelle : toujours en première ligne, l'asthénie musculaire avec sentiment de faiblesse, de lassitude, de courbature. Parallèlement, dépression psychique et morale : perte d'entrain et d'énergie, indifférence, inaptitude au travail, inattention, défaillances de mémoire, lenteur intellectuelle, asthénies : digestive, circulatoire, génitale.

A ces phénomènes se joint de l'éréthisme nerveux : hyperesthésies, paresthésies, hyperesthésies sensorielles, émotivité, etc.

A côté de ces formes complexes se montrent d'autres fois des symptômes neurasthéniques isolés, tels : la céphalée neurasthénique : état de malaise de la tête, plus importun que douloureux, escorté de troubles sympathiques et de longue durée.

Le pseudo-tabes neurasthénique, qui, à des symptômes tabétiques usuels et à un état moral non habituel au tabes, ajoute trop de symptômes d'ordre divers constituant un véritable orage nerveux (3).

Les pseudo-encéphalopathies neurasthéniques qui simulent parfois des pseudo-paralysies générales, et qui, à côté de symptômes d'ordre neurasthénique commun, présentent tous les signes d'une véritable paralysie générale.

Les neurasthénies locales qui, en dehors des formes myélasthénie et cérébrasthénie, présentent des formes périphériques, sympathiques ou viscérales (dyspeptique, cardiaque, génitale) ; monosymptomatique : douleur fine et persistante ; topoalgie. Et enfin, la syphilophobie ou syphilomanie, terreur de la syphilis, à laquelle tous les moindres écarts de la santé sont rapportés, et qui s'adjoint souvent la mercuriophobie.

La syphilis acquise produit encore deux grandes affections parasyphilitiques, ce sont l'hystérie et l'épilepsie.

L'hystérie parasyphilitique se manifeste soit à la période secondaire, soit à la période tertiaire et jusqu'à la douzième année. Elle peut coïncider avec des accidents syphilitiques ou se montrer seule. Elle affecte des formes légère, moyenne et grave, qui sont absolument comparables à l'hystérie vulgaire.

Plus intéressantes sont les hystéries parasyphilitiques partielles à forme : monoplégique, paraplégique, hémiplégique, survenant brusquement et pouvant faire croire à une lésion organique.

Enfin, à côté de ces modifications nerveuses dynamiques produites par la syphilis, M. le professeur Fournier a signalé l'état mental, véritable lypémanie parasyphilitique, se traduisant par des modifications du caractère et de l'état moral, par une mobilité d'impressions toute particulière, par des bizarreries, des alternatives de gaieté et de dépression, des emportements, de l'apathie intellectuelle, une suggestibilité singulière. Ou bien encore : par des surexcitations soudaines, des extravagances de paroles et d'actions suivies de suspension de l'activité cérébrale, d'obnubilations et d'absences (1).

Ces différents phénomènes de nature hystérique peuvent être, soit éveillés, soit réveillés par la syphilis.

L'épilepsie parasyphilitique est une épilepsie isolée, sans association d'autres phénomènes morbides, durable, non améliorée par le traitement spécifique, souvent atténuée par le bromure de potassium.

Son invasion est soudaine, inattendue, spontanée, et elle prend la forme, soit du grand mal, soit du petit mal épileptique ordinaire. Elle survient généralement à un âge avancé de la syphilis.

V

Affections parasyphilitiques de la syphilis héréditaire. — Il nous suffira de faire une simple énumération de ce que la syphilis héréditaire peut faire, pour montrer combien utile au diagnostic de bien d'affections et de lésions est la connaissance des troubles qu'entraîne l'hérédité syphilitique.

La syphilis héréditaire réalise quelques affections que nous avons déjà vu produire par la syphilis acquise, telles sont : le tabes et la paralysie générale juvéniles ou hérédo-syphilitiques. La démonstration de l'origine syphilitique est de plus en plus certaine pour ces affections.

Il en est tout autrement pour la neurasthénie, l'hystérie et l'épilepsie parasyphilitiques héréditaires, pour lesquelles le doute est légitime, par suite du petit nombre des documents.

Le tabes congénital spasmodique ou maladie de Little, semble, dans la plupart des cas, reconnaître la syphilis héréditaire comme cause.

(1) A. Fournier. *Bull. de la Soc. franç. de dermat. et de syphiligr.*, 1893, p. 350.
(2) A. Fournier. Loc. cit., p. 35.
(3) A. Fournier. Loc. cit., p. 64.

(1) A. Fournier. Loc. cit.

Il consiste en ceci : un état de contracture habituelle des muscles volontaires, contracture prédominante surtout aux membres inférieurs, affectant également les membres supérieurs, quelquefois les muscles de la face et du cou et respectant, au contraire, les muscles dont le fonctionnement dépend moins de la volition que d'un réflexe médullaire.

A cet état s'ajoute l'exagération des réflexes tendineux. La santé générale est bonne, la sensibilité normale, les sens intacts, il n'y a pas d'atrophie musculaire (1).

Parmi les autres affections non spéciales à la syphilis, héréditaire mais d'origine parasyphilitique, il faut encore mentionner le rachitisme, la méningite, l'hydrocéphalie.

Enfin, voici toute une série de manifestations nettement parasyphilitiques, dues à la vérole héréditaire :

1° La cachexie fœtale ou inaptitude à la vie, se traduisant : soit par la mort du fœtus in utero, soit par la naissance d'enfants chétifs et misérables, rapidement enlevés par la mort, soit par la naissance d'enfants qui, plus résistants, n'en meurent pas moins à l'occasion, de la moindre cause et quelquefois subitement, sans maladies et sans lésions.

2° Les troubles dystrophiques généraux ou partiels : lenteur de la croissance, de l'évolution des dents, du développement des fonctions de locomotion ; dystrophies par atrophie des testicules, des seins, des ovaires, des os, du cerveau (arriérés, imbéciles).

3° Les malformations congénitales : malformations des membres, pieds-bots, malformations des doigts, spina-bifida, divisions de la voûte palatine, bec de lièvre, asymétrie cranienne, microcéphalie.

4° Les prédispositions morbides aux affections du système nerveux (convulsions, méningites) ; aux affections scrofulo-tuberculeuses, osseuses (mal de Pott, coxalgie), peut-être même au lupus tuberculeux (2).

5° L'influence dystrophique se caractérisant par des processus de formation incomplète, d'insuffisance ou d'arrêts de développement :

a. Retards dans l'évolution des dents.

b. Malformations dentaires : multiples et symétriques : érosions en cupules, à facettes, à sillon unique, à sillons multiples (dents en gradins), en nappes (dents en gâteau de miel), atrophies cuspidiennes ; dents à échancrure semi-lunaire ou type d'Hutchinson, dents en tournevis.

c. Microdontisme.

d. Amorphisme dentaire et monstruosités.

e. Vulnérabilité dentaire, dents courtes, en plateau, carie, chute.

f. Irrégularités d'implantation et de disposition, anomalies ou arrêts de développement des arcades dentaires, absence de certaines dents.

6° Les arrêts de développement pouvant aboutir à l'infantilisme et au nanisme.

Nous en avons fini avec l'énumération et la courte description des affections pour lesquelles on a recherché et pu trouver l'origine syphilitique, soit acquise ou héréditaire.

A quoi peut-on reconnaître les affections parasyphilitiques et avec quelles maladies peut-on les confondre ?

(1) A. Fournier. Loc. cit., p. 334.
(2) A. Fournier. Loc. cit., p. 252.

VI

Diagnostic des affections parasyphilitiques. — La première condition du diagnostic d'une affection parasyphilitique est nécessairement de retrouver la syphilis acquise ou héréditaire, dans les antécédents.

Les signes d'une vérole antérieure sont, pour la syphilis acquise : 1° l'histoire des antécédents du malade ; 2° la cicatrice du chancre ; 3° l'histoire des accidents cutanéo-muqueux ou osseux et la recherche de leurs reliquats ; 4° la présence d'adénites multiples ; 5° le traitement suivi.

Pour la syphilis héréditaire : 1° l'enquête familiale : examen des parents, examen des enfants du même lit ; polymortalité infantile ; 2° les stigmates de l'hérédo-syphilis : habitus extérieur, cicatrices, squelette, état du testicule, triade d'Hutchinson (dents, œils, oreilles). Étant reconnu que le malade a eu la syphilis il faut, en premier lieu, reconnaître les accidents syphilitiques vrais, susceptibles de guérir par le traitement.

Le tabes, acquis ou héréditaire, se différenciera : 1° des myélites syphilitiques par l'évolution des phénomènes sensitifs et parétiques à marche rapide, rapidement aussi améliorés par le traitement ; 2° du pseudo-tabes neurasthénique par les trois signes suivants : *a.* l'état des réflexes patellaires qui sont normaux ou légèrement exagérés dans la neurasthénie ; *b.* l'état des pupilles qui sont normales, tandis que dans le tabes vrai il y a myosis, inégalité pupillaire, ou bien symptôme d'A. Robertson ; *c.* l'état des fonctions vésicales qui sont normales dans la neurasthénie où l'on ne voit pas la parésie vésicale, l'incontinence accidentelle et la rétention.

Enfin, dans le tabes, il n'y a pas ce luxe exagéré de symptômes, cet état normal hypocondriaque et raisonneur, qui ne manquent jamais dans la neurasthénie.

La paralysie générale parasyphilitique, acquise ou héréditaire (forme juvénile), se distinguera assez facilement : 1° d'une affection cérébrale aiguë, à début subit (hémorragie, ramollissement) ; 2° de la syphilis cérébrale ; 3° de la tumeur encéphalique.

Mais avec les pseudo-encéphalopathies neurasthéniques, le diagnostic est quelquefois des plus délicats. Il se base sur les considérations suivantes :

Dans la neurasthénie : *a.* absence des grands symptômes qui caractérisent d'une façon nécessaire et décisive les affections organiques du cerveau : inégalité des pupilles, tremblements, embarras de la parole, conceptions délirantes.

b. Multiplicité de symptômes étrangers à la paralysie générale : douleurs de tout siège, hyperesthésies, asthénies, troubles dyspeptiques, palpitations, symptômes génitaux, éréthisme nerveux, hystéricisme.

c. Phénomènes ne présentant que l'apparence, le décor — et non la réalité — des symptômes essentiels de la paralysie générale : tous ces symptômes sont imagés, figurés, réalisés dans l'esprit du neurasthénique qui, comme le dit M. le professeur Fournier, a une certaine paresse à mettre en œuvre un instrument resté sain. Enfin, le neurasthénique est un lypémaniaque logique, correct, accessible au raisonnement.

La neurasthénie cérébrale, d'origine syphilitique, peut affecter encore le masque de la syphilis cérébrale, mais il manque : les phénomènes congestifs, parétiques ou paralytiques ; paralysies de la face ou des membres, paralysies

oculaires, les troubles intellectuels : affaiblissement psychique, hébétude, amnésie, qui sont le propre de la syphilis cérébrale.

La céphalée neurasthénique ne ressemble pas à la céphalée syphilitique, parce qu'il n'y a pas réellement douleur, parce que la douleur est diurne, parce qu'enfin la durée indéfinie de la céphalée neurasthénique et sa nonguérison par le traitement ne se rencontrent jamais dans la céphalée syphilitique.

La syphilophobie est trop caractéristique pour ne pas être rattachée à la vérole.

Les différentes manifestations de l'hystéro-neurasthénie et de l'hystérie parasyphilitique seront rapportées à leur véritable cause quand on aura recherché, d'une part, la syphilis et, d'autre part, les stigmates de l'hystérie, grâce à une méthode clinique rigoureuse *basée sur la recherche simultanée* de l'hystérie et de la syphilis.

La cyphose secondaire, les monoplégies, paraplégies, hémiplégies, les troubles mentaux de l'hystéro-neurasthénie parasyphilitique ne peuvent prêter que rarement à confusion.

L'épilepsie parasyphilitique ne peut se confondre avec l'épilepsie symptomatique de la syphilis cérébrale, pour les raisons suivantes : 1° elle n'affecte jamais la modalité convulsive partielle, circonscrite, Bravais-Jacksonienne; 3° elle naît, se développe et persiste à l'état d'épilepsie pure et simple, sans mélange, sans association à d'autres phénomènes cérébraux : troubles congestifs, intellectuels, moteurs; elle a une durée très longue; 4° elle est absolument réfractaire à l'action des remèdes antisyphilitiques.

L'amyotrophie progressive parasyphilitique unit à l'origine syphilitique des phénomènes douloureux et parétiques à localisations multiples irrégulières, aboutissant à une amyotrophie progressivement envahissante jusqu'à généralisation.

En terminant le diagnostic différentiel, je signalerai les pigmentations qui peuvent ressembler à la syphilis pigmentaire qui se reconnaîtra à : 1° son ensemble et son mode éruptifs; 2° son apparence vitiligineuse; 3° sa topographie. Ces pigmentations sont la crasse due à la malpropreté, le chloasma utérin ou gravidique, les mélanodermies cachectiques, les pigmentations naturelles (brunes) ou médicamenteuses, la pigmentation addisonienne.

Les affections parasyphilitiques de la syphilis héréditaire sont plus facilement rapportées à leur véritable cause, parce qu'on retrouve chez les malades qui en sont affectés, les stigmates de la vérole héréditaire.

La maladie de Little, la méningite, l'hydrocéphalie, le rachitisme ont toujours la même évolution, quelle que soit leur origine.

Les troubles dystrophiques, les malformations organiques, et surtout les malformations dentaires, peuvent se rencontrer également chez les idiots et les dégénérés. Ici le diagnostic est bien souvent épineux, car la vérole, elle aussi, fait des dégénérés et des imbéciles.

L'arrêt de développement physique et surtout la mort subite constituent des présomptions de grande valeur pour la syphilis héréditaire.

VII

Pronostic. — Le pronostic des affections parasyphilitiques est tout entier dans ces quelques lignes écrites par M. le professeur Fournier : « Les manifestations de cet ordre comportent une gravité particulière en raison de ce grand fait, à savoir qu'elles ne sont pas influencées thérapeutiquement par les remèdes spécifiques à la façon des accidents syphilitiques proprement dits. Elles ne guérissent ni par le mercure ni par l'iodure. »

VIII

Traitement. — Il en résulte que le traitement de ces affections n'est pas justiciable du traitement spécifique de la syphilis.

A chaque mode d'affection parasyphilitique il faut donner le traitement de la maladie dont il affecte la nature et la forme.

Les accidents nerveux sont justiciables de l'hydrothérapie, des bromures. Les accidents d'évolution n'ont pas de thérapeutique particulière. Il n'y a, à proprement parler, qu'un remède, c'est la prophylaxie, aussi nous terminerons en laissant la parole à notre maître qui, après avoir montré ce qu'est véritablement la syphilis, pour nous contraindre à mieux nous en protéger, termine ainsi :

« En toute logique on mesure à la gravité d'un péril l'intérêt qu'on peut avoir à s'en défendre. La syphilis étant reconnue plus grave qu'on ne se l'était encore représentée, peut-être bien cela aura-t-il pour conséquence que médecins et malades en prennent plus souci et consentent à mieux la traiter, c'est-à-dire à la traiter plus sévèrement et plus longuement que ce n'est l'usage; peut-être même (mais quelle espérance ambitieuse !) cela pourrait-il avoir pour conséquence de provoquer enfin quelques mesures de prophylaxie publique. »

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 3 octobre 1894. — Présidence de M. Championnière

RAPPORT

Pseudo-rhumatisme infectieux consécutif à la dysenterie. M. Picqué fait un rapport sur une communication de M. Brault, relative à un cas d'arthrite infectieuse survenue dans le cours d'une dysenterie. Il s'agissait d'un soldat atteint de dysenterie, n'ayant jamais eu de blennorragie et qui fut atteint de douleur et de gonflement du genou gauche. M. Brault vit ce malade en mai pour la première fois. A la fin de mai, la dysenterie s'améliore, mais la douleur du genou augmente, la température atteint 40 degrés. Bientôt survient un état typhoïde. Le genou est distendu. On fait une ponction; il sort un liquide louche, purulent, contenant des microcoques. M. Brault fait une large arthrotomie, un lavage phéniqué de l'articulation. Un mois après, la guérison est complète. Sur 250 cas de dysenterie aiguë, M. Brault a relevé 6 fois l'existence d'arthrites aiguës ayant guéri sans intervention.

COMMUNICATIONS

Nouveau procédé de cheiloplastie par emprunt à la lèvre saine. — M. Larger fait une communication sur ce sujet.

Dans les procédés classiques de cheiloplastie, dit-il, ce n'est le plus souvent qu'un opercule plus ou moins suffisant, un morceau de peau inerte, ne rappelant que de fort loin la structure de l'organe labial, partant incapable d'en remplir les fonctions, que l'on substitue à la lèvre. De plus, les tractions qu'il a fallu opérer pour rapprocher les lam-

beaux, déforment la bouche et déterminent fatalement une saillie considérable, en forme de *lippe*, de la lèvre saine. De là, sont nés les procédés de Stein et d'Estlander empruntant des lambeaux à la lèvre saine. Le premier est d'une complication telle qu'il n'a jamais été admis; le second, qui n'est qu'une simplification du premier, présente, de l'aveu de l'auteur lui-même, des inconvénients graves résultant de la torsion extrême du lambeau.

Le procédé que j'ai imaginé et appliqué récemment, pour la première fois, est le suivant :

Homme de soixante-treize ans, fumeur de « brûle-gueule ». Épithélioma récent lobulé, volumineux, des deux tiers gauches de la *lèvre inférieure*. Ablation large par perte de substance rectangulaire des trois quarts de toute la lèvre inférieure.

Pour combler cette perte de substance, voici comment je procédai :

Première incision, partant de l'union du tiers gauche avec les deux tiers droits de la *lèvre supérieure*, dirigée vers le bord de l'aile gauche du nez, comprenant toute l'épaisseur de la lèvre, jusques et y compris le cul-de-sac de la muqueuse buccale.

Deuxième incision, partant de l'extrémité supérieure de la précédente et dirigée en bas, parallèlement au pli naso-labial, jusqu'à un point de la joue situé un peu au-dessous du niveau de la commissure labiale gauche. Le lambeau ainsi formé est largement vascularisé et tombe, pour ainsi dire, par son propre poids, sans effort de torsion appréciable, sur la perte de substance de la lèvre inférieure : d'où, facilité de la circulation de retour.

Autre avantage : en raison de l'extrême élasticité du tissu labial, le lambeau peut être taillé *plus petit*, au lieu que, dans tous les procédés d'autoplastie, il doit être taillé *plus grand* que la perte de substance à combler.

Le lambeau est ensuite suturé, après avivement de son bord inférieur (lequel n'est autre que le rebord muqueux labial, ici supprimé et suturé à la partie inférieure de la perte de substance de la lèvre inférieure). Quant au bord supérieur du lambeau, il est légèrement évidé pour permettre le rapprochement de la muqueuse et de la peau et constituer un rebord muqueux à la nouvelle lèvre.

Enfin l'incision de la lèvre supérieure est suturée verticalement à celle de la joue, pour combler l'hiatus déterminé par la taille du lambeau.

Les photographies, faites le jour même de l'opération, le quatrième et le huitième jour après, prouvent :

1° Qu'il y a eu absence complète de tout gonflement;

2° Que les dents sont bien couvertes;

3° Que la saillie des deux lèvres est uniforme, sans *lippe* de la lèvre saine;

4° Que la régularité et la symétrie de la bouche ne laissent guère à désirer, contrairement à ce qu'on aurait pu croire *à priori* : c'est que les tractions exercées par les sutures sur chacune des commissures labiales s'opèrent en sens contraire et partant se neutralisent;

5° Enfin, point capital, la salive est absolument retenue par une lèvre contractile. La mastication et la phonation sont normales.

Avec les modifications que j'indique, le procédé est également applicable aux pertes de substance de la *lèvre supérieure*, au *bec de lièvre*, etc.

DISCUSSION

M. BERGER fait une grosse objection au procédé employé par M. Larger. Quand il s'agit de pertes de substance, la peau ne fait jamais défaut. Il n'en est plus de même quand il s'agit d'un rebord muqueux qui est toujours très difficile à reconstituer. Or, dans son procédé, M. Larger supprime le rebord muqueux de la lèvre supérieure. Si M. Berger employait ce procédé, il aurait bien soin de garder ce rebord muqueux qu'il considère comme essentiellement fâcheux de supprimer.

M. KIRMISSON s'associe aux objections de M. Berger. Il trouve encore un autre désavantage au procédé de M. Larger : c'est d'intéresser la musculature et l'innervation de la lèvre supérieure. Pour remédier à une perte de substance de la lèvre inférieure, M. Larger crée une infirmité de la lèvre supérieure.

M. LARGER répond à M. Berger que, dans ce cas particulier, il n'aurait eu aucun avantage à conserver le rebord muqueux. A M. Kirmisson, il répond que le résultat pratique obtenu montre le mal fondé de son observation. L'opéré, en effet, retient sa salive, parle et mastique très bien. L'objection, toute théorique de M. Kirmisson, tombe donc devant les faits.

LECTURE

Pleurésie purulente. — M. SOREL lit un travail sur le traitement de la pleurésie purulente par l'ouverture large de la plèvre et la décortication du poumon.

RAPPORT

Résection du rectum; modification au procédé de Kraske. — M. ROUTIER présente un rapport sur une modification apportée par M. Moulonguet (d'Amiens) au procédé de Kraske pour la résection du rectum. L'auteur a appliqué deux fois son procédé, une première fois sur un malade atteint de cancer du rectum, mais qu'il a opéré pour des phénomènes d'occlusion, ce qui explique l'issue fatale survenue quelques heures après l'opération, sans qu'il soit possible d'incriminer le procédé.

Son second malade, présenté par M. Routier à la Société de chirurgie en juillet dernier, était un beau succès. Le malade retenait les gaz et les matières et son état général s'était beaucoup relevé depuis qu'il avait été opéré.

Voici en quoi consiste ce procédé :

Après la résection du rectum par le procédé de Kraske, M. Moulonguet sacrifie le bout inférieur, qu'il dissèque en conservant le sphincter; il invagine le bout supérieur du rectum dans le sphincter.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Discours prononcé par M. Viger, ministre de l'Agriculture, à l'inauguration du monument élevé à la mémoire du docteur Villemin, à Bruyères (Vosges).

Messieurs,

Les représentants autorisés de la science française apprécieront, mieux que je ne saurais le faire, la carrière scientifique et les belles recherches de l'homme éminent dont nous honorons aujourd'hui le souvenir.

Membre de la grande famille médicale, j'apporte personnellement ici le modeste hommage d'un disciple devant un de nos maîtres. Mais, comme ministre, je suis fier d'offrir, au nom du gouvernement de la République, l'expression de sa gratitude pour la mémoire d'un savant dont les grandes découvertes ont servi l'humanité en honorant la patrie.

Les amis de Villemin, ses compatriotes, ont obéi à une pensée délicate en élevant ce monument dans le pays même où naquit ce fils de la démocratie, car, pour apprécier la haute valeur morale de l'homme en même temps que ses mérites comme savant, il suffit de revenir à cinquante ans

en arrière et d'évoquer à cette place même l'enfance de Villemin.

Il me semble voir une dure journée de vos hivers vosgiens et la verdure de vos prairies revêtue d'un blanc linceul. Là-bas, à l'orée du bois de grands sapins dont les frondaisons sont couvertes de neige, un petit garçon en costume de paysan gravit péniblement la côte portant un paquet de livres : c'est le fils d'un modeste instituteur de hameau du voisinage allant à Bruyères perfectionner son instruction près d'un vieux professeur, fils de l'Encyclopédie et de la Révolution, savant modeste, dont la pensée altière ne se plaisait que dans la société des hommes de Plutarque ou dans la formation des jeunes intelligences à la science et à la philosophie ! Les mains de l'enfant sont glacées, la bise a rougi sa face, mais de ses yeux s'échappe un clair regard plein de cette ténacité vosgienne dont a parlé jadis un grand homme d'État. Une haute pensée illumine ses traits ; comme au personnage du drame, une voix lui a murmuré dans un de ses rêves : Tu seras roi ! Mais la souveraineté qu'il désire est celle de la science, et le trône dont il veut gravir les degrés, c'est la chaire du professeur. Les privations, les labeurs obstinés, les difficultés de la vie, rien ne l'arrêtera, car il est soutenu dans la lutte par une volonté qui triomphera de tous les obstacles. . . . . . .

Le service militaire le prend au moment où il venait d'obtenir son baccalauréat. Simple soldat, sa puissance de travail, l'élévation de son caractère, lui conquéraient la protection de ses chefs et l'amitié de plusieurs savants distingués, parmi lesquels le professeur Fée et son compatriote Mougeot (de Bruyères) auquel la science botanique doit de si ingénieuses recherches sur la classification des plantes et sur la mycologie. Reçu docteur à l'expiration de ses sept années de services, il entre dans le corps de santé militaire comme sous-aide-major. Il y parcourt tous les grades et arrive enfin au but suprême de ses efforts. Professeur, savant renommé, il connut le généreux orgueil de l'homme qui, luttant pour le triomphe de la vérité, voit ses travaux appréciés de son vivant et le monde scientifique, après des luttes passionnées, rendant justice à l'importance de ses découvertes. . . . .

Je suis bien sûr que ce savant modeste n'a jamais, durant sa laborieuse existence, songé qu'après sa mort on lui élèverait un monument ; mais il convenait de rappeler aux générations futures l'exemple de cet enfant du peuple, sa belle et noble carrière de savant. Voilà pourquoi nous sommes réunis aujourd'hui autour de ce marbre qui perpétuera dans son pays natal les traits de Villemin dont la mémoire inspire une si légitime fierté aux habitants de Bruyères.

Si l'œuvre de Villemin constitue, en effet, une pierre de plus apportée à ce magnifique édifice que les savants de tous les temps et de tous les pays élèvent à la science, de leur génie et de leurs labeurs obstinés ; si elle est une des conséquences les plus ingénieuses de cette méthode expérimentale dont la France peut revendiquer avec orgueil d'avoir été le berceau, c'est surtout une œuvre d'une haute portée sociale, car, en jetant une éclatante lumière sur la genèse de la tuberculose, elle arrachera dans l'avenir à une mort certaine des milliers d'êtres humains que l'ignorance où nous étions de la contagiosité de ce redoutable fléau vouait à la destruction par la contamination. Elle est également une preuve éclatante de cette puissante faculté d'observation du montagnard vosgien à laquelle nous devons tant d'illustrations dans les sciences naturelles et qui, par un phénomène d'atavisme, s'était produite dans Villemin à un si haut degré d'intensité.

L'histoire de la tuberculose se rattache étroitement à l'évolution et aux progrès de la méthode expérimentale. Depuis notre grand Laënnec dont la synthèse consacra les travaux de Baillie et de Bayle en rattachant à la diathèse tuberculeuse tout le groupe des lésions de ce genre et fit du tubercule une production étrangère, vivant d'une vie spéciale, nulle découverte n'a, plus que celle de Villemin, éclairé d'une façon lumineuse la nature de la tuberculose. En démontrant, par une série d'admirables expériences, la transmissibilité de la maladie par l'inoculation des animaux, quelle que soit la nature de la production tuberculeuse inoculée, en établissant que la tuberculose reconnaît une cause spécifique représentée par un virus, le professeur du Val-de-Grâce a fait faire un pas immense au problème de la pathogénie tuberculeuse, si longtemps obscurcie par les idées allemandes sur le dualisme de l'origine et de la nature des lésions. Sa découverte a donné naissance à de nombreux travaux qui nous permettent d'assurer, dès maintenant, la prophylaxie et peut-être, dans l'avenir, la curabilité de la tuberculose.

Ainsi se trouvent expliqués tous ces faits dont l'interprétation exacte nous avait échappé jusqu'ici, influencés que nous étions par cette idée que le tubercule pouvait se transmettre uniquement par hérédité en évoluant sous l'influence des milieux. Nous savons aujourd'hui quelle part immense prennent à la transmission de cette redoutable affection les mille formes de la contagion et quelles mesures s'imposent à l'hygiène publique et privée pour en limiter les victimes.

De la découverte de Villemin datent les belles recherches de Cornil, de Chauveau, de Thaon, de Grancher, de Martin, de Klebs, de Toussaint, de Robert Koch, qui ont abouti à une nouvelle consécration de ses travaux. La théorie bacillaire de Koch, quelle que soit la manière dont on l'envisage et en faisant la part de certaines exagérations qui en ont pu compromettre les résultats, n'a fait que confirmer la portée de la découverte de la contagion tuberculeuse tout en apportant une nouvelle preuve de l'influence prépondérante qu'exercent sur l'ensemble des recherches biologiques le génie de Pasteur et ses immortels travaux.

C'est donc avec raison qu'un de nos plus éminents professeurs a pu dire qu'après Laënnec proclamant l'unité de la tuberculose, après Villemin prouvant sa virulence, après Koch montrant dans le bacille l'agent de cette virulence, on peut espérer qu'un jour viendra où réellement la phtisie aura son vaccin.

Messieurs,

Les victoires des savants ont cette admirable conséquence que, si elles servent à l'humanité tout entière, elles doivent inspirer à leurs concitoyens une fierté sans mélange, car ces conquêtes n'excitent ni les amertumes de la défaite, ni les plaintes des vaincus. Inclinons-nous donc avec respect devant ce monument élevé, pour rappeler les victoires scientifiques d'un de ces nobles conquérants, de ce fils de la démocratie qui, jusqu'à son dernier souffle, eut le culte des humbles. Ce coin de terre lorraine nous était bien cher ; nous l'aimerons encore davantage, puisqu'il porte l'image d'un homme qui, lui aussi, a souffert de nos douleurs, car il chérissait d'un égal amour la Science et la Patrie.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Thérapeutique des maladies vénériennes (1), par F. Balzer.

L'ouvrage est divisé en trois parties : 1° la *blennorragie*, avec toutes les déductions thérapeutiques que comportent les notions récemment acquises par la bactériologie. La

(1) In-18. Bibl. Dujardin-Beaumetz-Terrillon. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

blennorragie de la femme, si légèrement traitée d'habitude dans les classiques, est étudiée ici avec beaucoup de soin et avec toute la compétence que l'on pouvait attendre du sympathique médecin du Midi; 2° les *affections vénériennes locales*, balanite, végétations, chancre mou, sans oublier les moyens de combattre et guérir le bubon chancreux. La troisième partie, la plus importante, est réservée au *traitement de la syphilis*, et c'est là la partie capitale de ce petit Traité.

Après avoir étudié l'évolution physiologique du mercure dans l'organisme, son élimination, ses dangers, M. Balzer aborde la question si actuelle des injections intra-musculaires de préparations solubles et insolubles, s'appuyant sur les résultats de son expérience personnelle. Enfin il étudie les indications particulières du traitement de la vérole : céphalée, adénopathies, alopécie, éruptions de la peau et des muqueuses, tertiarisme. Les localisations viscérales de la diathèse, les lésions et maladies qu'elles déterminent sur les yeux, sur l'axe cérébro-spinal, réclament une thérapeutique particulière. Tous ces cas ont été passés en revue par M. Balzer, qui n'a pas oublié non plus la syphilis héréditaire.

En somme, ouvrage utile, facile à consulter et d'un format élégant. L'éditeur, après l'auteur, a droit à une part d'éloges mérités.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

466. M. CAUCHARD. De la traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis. — 467. M. DELVIT. De l'albuminurie dans l'alcoolisme. — 468. M. BUSSON. Des lésions du plexus brachial dans les fractures fermées de la clavicule. Étude clinique et thérapeutique. — 469. M. LE GALLIC. Contribution à l'étude du traitement des névralgies rebelles du nerf maxillaire inférieur. — 470. M. LUCAS. Résultats du toucher rectal dans 283 cas d'épididymites blennorragiques. — 471. M. CESTAN. Des hémorragies intra-péritonéales et de l'hématocèle pelvienne. — 472. M. RAGUIN. Contribution au traitement conservateur dans les cas d'ovaro-salpingites (ignipuncture; traitement de Martin). — 473. Mlle KALOPOTHAKES. Troubles et lésions gastriques dans la dyspepsie gastro-intestinale et la gastro-entérite des nourrissons. — 474. M. MARKOWITCH. De la dystocie causée par la rétraction de l'anneau appelé cercle utérin de Baudelocque ou anneau de contraction. — 475. M. GORET. Rétention prolongée de l'arrière-faix. Déciduome bénin. — 476. M. FROELIGER. Contribution à l'étude des rétrécissements congénitaux de l'intestin grêle. — 477. M. BRUNET. Amputation de Pirogolf. — 478. M. CARETTE. De la luxation trapézo-mésocarpienne. — 479. M. CHEVREAU. Étude sur les eaux d'alimentation de Vitry-sur-Seine. — 480. M. DAVID. De la kola et de ses préparations pharmaceutiques. — 481. M. BOUNIOL. Le spasme de la glotte dans la coqueluche. — 482. M. MACQRET. Traitement d'urgence du pneumothorax par la ponction aspiratrice. — 483. M. OZANON. Contribution à l'étude des paralysies dites systématiques. — 484. M. BOSSU. Contribution à l'étude des hémorragies précoces dans les cirrhoses hépatiques. — 485. M. MODIANO. Recherches sur l'action du bicarbonate de soude et de l'acide lactique sur le chimisme stomacal. — 486. M. BRUCHON. Considérations sur l'étiologie et la pathogénie de l'ulcère rond de l'estomac. Sa statistique dans les hôpitaux de Paris. — 487. M. MORET. Contribution à l'étude du traitement des fractures récentes de la rotule par la suture. — 488. M. ROY. Contribution à l'étude de la prothèse immédiate et de la prothèse tardive dans les résections du maxillaire inférieur. — 489. Mme CHELLIER. Fièvre typhoïde et fièvre puerpérale. — 490. M. CLÉMENT. Des rapports de la grossesse gémellaire avec l'éclampsie puerpérale. — 491. M. LESOURD. Diagnostic des kystes dermoïdes de l'ovaire. — 492. Mlle SULICKA. Contribution à l'étude des fistules et kystes congénitaux du cou. — 493. M. ZOLOTNITSKY. Hystérectomie vaginale contre le prolapsus des organes génitaux. — 494. M. GIRERD. Contribution à l'étude des kystes du parovaire avec persistance du canal de Gœrtner. — 495. M. FRAENKEL. Des tumeurs cancéreuses multiples et primitives à types différents. — 496. M. SAMAIN. Contribution à l'étude de la narcolepsie. — 497. M. BLIND. Le rétrécissement mitral des artério-scléreux. — 498. M. COHANESCO. Scarlatine pharyngée. Quelques-unes de ses infections secondaires aux organes voisins. — 499. Mlle OLSCHEWSKA. Contribution à l'étude clinique de la myocardite typhoïdique chez l'enfant. — 500. M. MERCIER (B.-J.-M.). De l'influence de la grossesse sur le développement et la marche de la tuberculose. — 501. M. MERCIER (Ch.). Les petits Paris. Considérations sociologiques relatives à l'hygiène des nourrissons. — 502. M. TAUTIL. Des épistaxis des vieillards. — 503. M. DUCELLIER. Le traitement de la phlébite du sinus latéral d'origine auriculaire par le curetage de ce sinus. — 504. M. CHARPINA. De l'absinthisme. — 505. M. VASSAL (Marius). Étude critique des affections spasmo-paralytiques infantiles. — 506. M. FERREIRA DE CAMARGO. Contribution à l'étude de l'hypospadias. — 507. M. PONTEAU. Des formes graves de l'ostéomyélite chronique ou prolongée. — 508. M. MASSON. Essai sur la pathogénie et le traitement du prolapsus du rectum. — 509. M. GESSEN. Contribution à l'étude du traitement chirurgical de l'empyème chronique. — 510. M. PIEDECOCQ. La mort subite des nourrissons par hypertrophie du thymus. — 511. M. BOURGEOIS. Étiologie et pathogénie de la fièvre typhoïde. — 512. M. MOINEL ATEBBA. La névrose cardiaque des arthritiques. — 513. M. JOURNEAULT. De la réinfection syphilitique. — 514. M. MESNIL. Contribution à l'étude des pleurésies hémorragiques dites primitives ou hématomes pleuraux. — 515. M. ISNEL. Contribution à l'étude de l'action de la vessie de glace à la région précordiale dans les cas de tachycardie d'origine infectieuse. — 516. M. LIEFFRING. De l'ectopie de la rate. — 517. M. TISSERAND. Du vomissement nerveux. — 518. M. HOPENHENDLER. De l'arthrotomie précoce dans le traitement de l'arthrite blennorragique du poignet. — 519. M. LECOMPTE. Du traitement du prolapsus utérin total par l'hystérectomie vaginale. — 520. M. LEBON. De la perforation des artères iliaques dans les abcès de la fosse iliaque interne. — 521. M. LÉONARD. De la résection intra-cranienne du trijumeau dans les névralgies rebelles de la face. — 522. M. DECUYPER. De l'hémarthrose et de son traitement par la ponction. — 523. M. DUBRISAY. Contribution à l'étude de la version dans les bassins rétrécis.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Dégénérés et déséquilibrés, par le docteur J. DALLEMAGNE, agrégé suppléant à la Faculté de médecine de Bruxelles. 1 fort vol. gr. in-8°. — Prix : 12 francs. — Paris, F. Alcan.

Traité théorique et pratique d'hydrothérapie médicale, par le docteur F. BOTTEY, ancien interne des hôpitaux de Paris et de la Salpêtrière, médecin de l'établissement de Divonne. 1 vol. in-8°. — Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.

De la profession médicale en France au XIXe siècle, par PEINARD, docteur en médecine de la Faculté de Paris, membre de la Société des contribuables. In-18 jésus de 225 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Rhumatisme vrai secondaire, infectieux et pyogénique, à localisations presque exclusivement fibreuses. Interprétation pathogénique spéciale. Particularités intéressantes (1).

Par E.-H. COLLIN,
Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille.

II

INTERPRÉTATION PATHOGÉNIQUE. — La question pathogénique du fait dont je viens de relater l'observation et dont, au cours de son exposition, j'ai tenté déjà de faire ressortir certaines particularités, est, à n'en pas douter, des plus intéressantes à discuter.

Trois hypothèses peuvent être légitimement mises en avant, bien qu'avec des chances différentes, je m'empresse de le dire, d'être favorablement accueillies.

I. Le rhumatisme, ici, ne serait-il pas, par hasard, d'origine grippale?

Évidemment, cette conception peut se soutenir. La grippe, on le sait, est une maladie infectieuse au premier chef, et, comme telle, parfaitement apte à produire le rhumatisme, *soit à titre de complication comme toutes les maladies infectieuses* (et c'est alors d'un pseudo-rhumatisme qu'il s'agit), *soit à titre de réveil d'une diathèse plus ou moins assoupie* et qui n'attendait qu'une occasion de se manifester par l'une quelconque des expressions qui lui sont propres.

Or, ne semble-t-il pas, *à priori*, que ce soit précisément le cas ici? Chez de R..., la diathèse rhumatismale, héréditaire on se le rappelle, s'est révélée par deux fois, une première, quand il avait quinze ans, une seconde, depuis son incorporation, par des manifestations franchement articulaires.

Aujourd'hui (pourquoi le rhumatisme ne serait-il pas éclectique à ses heures?), cette même diathèse paraît fixer son choix sur d'autres éléments que les séreuses articulaires, éléments qui lui sont moins familiers, je le veux bien, mais qui, en somme, ne sont point étrangers au domaine de son influence éventuelle.

Voilà pour la poussée actuelle, poussée, ainsi qu'on a pu le voir, presque exclusivement fibreuse.

Quant à la suppuration, la grippe, certes, ne saurait se défendre de la produire, ne fût-ce qu'en tant que maladie infectieuse. La fièvre typhoïde, les fièvres éruptives ne font-elles pas du pus? Et, d'ailleurs, n'avons-nous pas par devers nous, en ce qui concerne la grippe, des exemples de cette propriété spéciale? Pour ne citer que ceux qui me sont personnels, n'ai-je pas vu, ici-même, cet hiver, un malade atteint de grippe franche, et qui, pour toute complication, présenta un abcès de la région de l'extrémité externe de la clavicule? Il y a quelques années, alors que la première épidémie de grippe battait son plein, n'ai-je pas eu à traiter, dans mon service de l'hôpital de Sedan, une méningite cérébro-spinale de nature grippale, dont l'autopsie démontra l'évolution pyogénique spéciale?

Donc la grippe pourrait, dans le cas particulier, rendre compte, non seulement des manifestations rhumatismales proprement dites, mais encore de l'expression pyogénique de certaines d'entre elles.

II. D'autre part, le rhumatisme considéré en lui-même et, en tant que cela est actuellement possible, dans son essence spécifique, ne pourrait-il pas, lui aussi, se passer d'auxiliaires dans la production de l'infection et en parcourir les phases, jusques et y compris le processus de suppuration?

En un mot, les termes de « rhumatisme » et d' « infection » sont-ils conciliables? A mon sens, cela n'est pas douteux. Bien qu'on n'ait pu encore lui assigner un microorganisme qui lui appartienne en propre et que les recherches à cet égard n'aient abouti qu'à des résultats trop divers pour être concluants, il n'en est pas moins vrai, de l'aveu de tous, même des bactériologistes, que le rhumatisme est doué, au plus haut degré, des caractères de la spécificité. En effet, quoi qu'il en soit de ce manque de concordance au sujet de sa cause prochaine, il n'en semble pas moins qu'il s'agit, pour lui, de *germes pyogènes*, atténués certainement, mais parfaitement susceptibles d'entraîner un état septicémique du sang (1).

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1057.

(1) A. CHAUFFARD. Rhumatisme articulaire aigu et pseudo-rhumatisme infectieux, *Bull. méd.*, 1894, p. 636.

D'autre part, son développement congénital, parfaitement avéré (1), ne lui donne-t-il pas une place toute marquée parmi les maladies infectieuses?

Dans ces conditions, quoi de surprenant à ce qu'il participe aux propriétés des maladies de cette catégorie et, en particulier, à celle de fabriquer du pus?

Comme on le voit, ces deux conceptions peuvent rationnellement se soutenir.

Ayant le choix, j'aurais été disposé, je l'avoue, à donner droit de priorité à l'hypothèse grippale, surtout si nous nous fussions trouvés, au moment de l'éclosion du cas dont il est ici question, en cours d'épidémie ou seulement d'évolution sporadique de grippe.

La grippe, nous le savons, est passible de tous les méfaits; et il ne m'eût pas plus répugné d'admettre cette incarnation nouvelle du Protée qui s'est arrogé, hélas! droit de cité parmi nous, que de démasquer sa triste et réelle personnalité sous les dehors d'une pneumonie, d'une néphrite, d'une méningite cérébro-spinale (cas cité plus haut), d'une myélite plus ou moins tenace, ainsi que j'en ai eu, cette année, dans mon service, un bien curieux exemple, en un mot, de toute manifestation plus ou moins « larvée » familière à l'infection grippale. Mais outre que nous ne nous trouvions pas, à cette époque, je le répète, en puissance, non plus sporadique qu'épidémique de grippe, il n'entre pas, du moins à ce qu'il me semble, dans les habitudes de cette entité spécifique, de traîner ainsi, de s'éterniser de la sorte, si je puis dire, surtout dans ses manifestations pyogéniques. Elle imprime bien, la chose est notoire, à tel ou tel organe, surtout quand il est déjà « de moindre résistance », une impulsion particulière qui abrège, singulièrement parfois, le chemin qui le séparait encore du terme fatal de sa vie pathologique (cœur, rein, poumon); mais il n'est pas dans ses allures, je le répète, de procéder, comme c'est le cas ici, par bonds plus ou moins espacés et remarquablement réitérés. Tout au contraire, l'expérience que j'en ai m'a permis de constater que, quand la grippe doit aboutir à la suppuration, cette terminaison se résout, du moins dans ses manifestations immédiates et avant que la porte ait été ouverte à la septicémie, en une ou deux poussées au plus, comme si cet effort, le plus généralement unique, suffisait à épuiser, en quelque sorte, la source génératrice de cette évolution spéciale.

III. Il est, d'ailleurs, une troisième interprétation, plus conforme, à mon sens, à la raison en même temps qu'aux conceptions pathogéniques actuellement en cours et que je vais tenter de développer telle qu'elle se présente à mon esprit.

On se souvient que, parmi les phénomènes du début de la maladie de de R..., j'ai signalé une *angine* douloureuse, qui a persisté pendant cinq ou six jours et que j'ai pu constater encore à son entrée à l'hôpital. C'était une angine banale, du reste sans caractères spécifiques, se rapprochant toutefois, par la rougeur du fond de la gorge, de l'angine scarlatineuse. Il a été bien établi, d'autre part, dans le cours de l'observation, que les épreuves bactériologiques auxquelles ont été soumis et le pus et le sang provenant du malade, avaient fait reconnaître, dans l'un comme dans l'autre, la présence indéniable du *staphylococcus pyogenes aureus*.

(1) Jaccoud. *Bull. méd.*, 1894, p. 636.

Dans ces conditions, étant donné ces deux éléments sans relations apparentes et cependant si solidaires l'un de l'autre en réalité, comme on le verra plus loin, ne sommes-nous point en possession des facteurs fondamentaux de cette pyohémie dite « médicale » ou « spontanée » qui n'est, on le sait aujourd'hui, spontanée que de nom et dont la cause tangible, réelle, réside « dans la pénétration, dans le courant sanguin, de germes pyogènes dont la porte qui leur livre passage reste trop souvent cachée à l'observateur? Tantôt, c'est une éraillure minime, un changement d'état d'une surface muqueuse : amygdales, bronches, etc. (1). » Or, n'est-ce pas précisément ici notre cas et n'est-il pas possible de reconstituer, de la façon suivante, les étapes successives parcourues par l'infection?

1° Introduction, dans l'organisme, du germe pyogène (ici, le staphylococcus aureus), préexistant *souvent*, ainsi que cela a été démontré, au même titre que le pneumocoque, par exemple, dans la salive normale, *par l'intermédiaire de l'angine*, survenue elle-même sous l'influence d'un refroidissement ayant déterminé l'*état de réceptivité* (infection intrinsèque de Jaccoud).

2° Envahissement de l'organisme par le germe septique, passé, grâce à ladite réceptivité, *de l'état d'indifférence à celui plus ou moins élevé de virulence*.

3° Choix particulier fait par le micro-organisme, en raison de la double diathèse (héréditaire et acquise) du sujet, de certains tissus *que ne répudie point le rhumatisme*, bien qu'ils ne soient pas ceux de son choix habituel, ici, d'une façon remarquablement éclectique, les *tissus fibreux*.

4° Enfin, manifestation ultime de la propriété essentielle du germe producteur, éclosion, en des points disséminés de ces tissus, de phlegmons respectant, primitivement au moins, d'une manière vraiment curieuse, les éléments articulaires proprement dits.

On voit quel rôle, dans le cas particulier, j'assigne à l'angine du début, et comment je crois pouvoir, ici, interpréter, dans le sens qui me semble être le véritable, sa constatation parmi les phénomènes observés au moment du développement de la maladie.

Bouillaud, on le sait, réservait à l'angine, au début d'un rhumatisme, une place si importante, abstraction faite de toute conception microbienne qui lui échappait, et pour cause, qu'il en faisait comme une localisation préalable de la maladie, pouvant précéder les arthropathies de deux, trois et même dix jours.

Lasègue, de son côté, a attiré l'attention sur ces angines « rhumatismales » qui ont pour caractère particulier de précéder les manifestations articulaires. Malgré l'autorité de ces deux éminents cliniciens, y a-t-il lieu d'admettre, dans cette relation entre deux expressions si dissemblables, la même obligation qu'au temps où Bouillaud pensait en avoir constaté l'indispensable réalité? Évidemment non. L'angine n'est pas forcément rhumatismale. On contracte une angine sans qu'elle soit suivie de rhumatisme, cela se voit tous les jours; de même qu'il s'en faut que toute atteinte de rhumatisme soit précédée ou accompagnée d'angine. C'est un phénomène précurseur ou concomitant, quand on l'observe dans ce cas, ressortissant, comme le rhumatisme, en tant que cause occasionnelle, à une origine banale de même effet, le froid, par exemple, mais il n'est pas la *première*

(1) Marfan. Pseudo-rhumatisme infectieux, *Gaz. des hôpi.*, 1888, p. 179.

expression du rhumatisme. Elle ne constitue pas la porte d'entrée du germe rhumatismal, inconnu d'ailleurs jusqu'à ce jour; elle n'est, comme je viens de le dire, qu'un phénomène relevant de la même cause occasionnelle et qui, dans des circonstances analogues, *à moins d'une prédisposition diathésique spéciale*, peut tout aussi bien précéder une bronchite ou une pneumonie, qu'une crise de rhumatisme.

Quoi qu'il en soit, dans l'observation qui fait l'objet de ce travail, l'angine prend immédiatement, par contre, une place prépondérante.

C'est le « point faible » qui a donné accès, dans l'économie, à l'infection; ce sont les amygdales qui, à l'instar de tous les points dont le revêtement épithélial se laisse facilement traverser, sans effraction, par les microbes (alvéoles pulmonaires, plaques de Peyer, etc.), ont permis, ici, au staphylocoque, de franchir leur épithélium, à ce moment atteint dans son intégrité biologique, et de terrasser, sans grande résistance de leur part, les cellules lymphatiques mises passagèrement, de leur côté, en état d'infériorité, et dont la vigilance s'est ainsi trouvée surprise en même temps que l'action phagocytique normale absolument entravée.

Cette conception, tout au moins rationnelle, étant admise, pouvons-nous dire que nous ayons eu affaire à l'un de ces « pseudo-rhumatismes » accompagnant la généralité des maladies infectieuses connues, et auxquels j'ai fait allusion à propos de l'hypothèse grippale? Je ne le pense pas. Le pseudo-rhumatisme infectieux, en effet, ne se rencontre « qu'au cours ou au déclin d'états infectieux, chez des sujets *absolument indemnes*, soit héréditairement, soit personnellement, de toute affection rhumatismale ou présentant, avec le rhumatisme, une affinité quelconque : gravelle, lithiase biliaire, asthme, etc. (1) ».

S'agit-il, au contraire, d'un de ces états infectieux « mal connus », provisoirement admis, dès 1883, par le même auteur, sous l'inspiration de M. Bouchard (2), présentant, parmi leurs manifestations, des déterminations articulaires « rhumatoïdes plutôt que rhumatismales », assez fréquemment suivies de suppuration, qu'il a appelés « pseudo-rhumatismes infectieux proprement dits », et qu'à l'heure actuelle on est fondé à rapporter à la pyohémie? C'est ce qu'il me semble, aux deux conditions suivantes toutefois : 1° qu'on veuille bien y comprendre, à côté des arthropathies inhérentes à cet état, les déterminations fibreuses *aiguës et suppurantes* qui peuvent s'y rencontrer (elles ont ici dominé la scène morbide), et dont, en général, on fait trop bon marché dans le rhumatisme, au profit presque exclusif de l'expression articulaire; 2° qu'on admette que ce même état, quand il s'observe, comme dans notre cas, chez un rhumatisant invétéré, tout au moins avéré, soit considéré, non plus comme afférent au pseudo-rhumatisme (ce qui serait en contradiction avec la conclusion formulée par Bourcy), mais bien au rhumatisme « vrai », rhumatisme d'une forme insolite évidemment, occasionné, dans la circonstance, rappelé, engendré, si l'on préfère, par l'envahissement infectieux de l'organisme, et se manifestant avec les stigmates propres à cette paternité de rencontre.

Au surplus, comme le dit fort bien Kelsch, à l'opinion de qui je me rallie entièrement en ce qui a trait à cette distinction quelque peu subtile entre le vrai et le faux rhumatisme, « tant que nous ne serons pas fixés sur la cause prochaine du rhumatisme, il sera difficile d'introduire une conclusion ferme en pareille matière » . . . .

« L'induction autorise à penser qu'il y a, entre le rhumatisme infectieux et l'autre, la même relation qu'entre la pneumonie typhoïde et la pneumonie simple; il n'y a pas plus motif à séparation dans le premier cas que dans le second. Nous estimons, jusqu'à plus ample informé, que, dans un grand nombre de cas, du moins, les caractères spéciaux du rhumatisme infectieux (Kelsch dit ici « de surmenage »; je me permets d'ajouter : ou dû à une infection, quelle qu'en soit la cause originelle, du moment où cette cause est de nature à troubler l'économie normale de l'organisme, et le *froid*, comme le surmenage ou le traumatisme, me paraît susceptible de jouer ce rôle perturbateur) dénoncent, comme dans la pneumonie typhoïde, une maladie mixte, une infection secondaire, occasionnée, chez un rhumatisant, par des germes pathogènes qui trouvent un accès et des conditions d'implantation faciles dans un organisme épuisé (1). »

Or, c'est là, précisément, ce que je soutiens plus haut.

(1) Bourcy. *Pseudo-rhumatisme infectieux*, Th. de Paris, 1883, p. 151.
(2) Bouchard. Loc. cit.

(1) Kelsch. *Traité des maladies épidémiques*, p. 324.

ANOMALIES DE L'IRIS

ANIRIDIE TRAUMATIQUE (ACUITÉ VISUELLE ET ACCOMMODATION) COLOBOMA ET POLYCORIE CHEZ LE MÊME SUJET

Par le docteur Albert René,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Nancy.

I

Aniridie traumatique (acuité visuelle et accommodation). — Les cas d'absence totale de l'iris sont rares. On n'en trouve dans les divers auteurs que quelques exemples. Les observations d'expulsion spontanée ou de résorption (?) après traumatisme sont les plus rares et les plus discutées (2). L'arrachement total de l'iris par rupture de tout le bord périphérique de l'iris (irido-dialyse, iridérémie) est, malheureusement, plus fréquent et plus facile à produire. C'est pourquoi nous publions l'observation suivante qui nous a paru intéressante au double point de vue de la physiologie pour l'étude des fonctions de l'iris, et de la pathologie pour l'étiologie bien établie et les suites du traumatisme.

Il s'agit d'un homme, âgé de trente-cinq ans, exerçant le métier de déboiseur dans des galeries souterraines d'où l'on extrait le minerai de fer. C'est en travaillant à enlever des planches et des étançons qu'il fut blessé par un éclat de bois dans l'œil droit. Le médecin de la mine, en faisant l'examen et le nettoyage de l'œil, saisit avec des pinces les caillots de sang qui se trouvaient sur la cornée et dans le cul-de-sac conjonctival. Il entraîna en même temps un lambeau d'iris, qui flottait hernié à ce niveau, et arracha l'iris tout entier. Le malade raconta qu'il avait alors ressenti une très violente douleur.

Les accidents inflammatoires disparurent assez rapidement. Cependant, au vingt-troisième jour après l'accident, les douleurs persistaient et l'acuité visuelle était seulement $V = \frac{1}{5}$. La chambre antérieure présentait encore, dans sa partie inférieure, des traces d'hyphéma. Les douleurs

(2) Galezowski. *Archives d'ophtalmologie*, 1881.

furent calmées en dix jours par l'emploi des fomentations chaudes, etc.

L'arrachement total de l'iris était évident. Il est probable qu'un petit lambeau irien avait fait hernie par l'orifice très étroit de la plaie inféro-interne du limbe scléro-cornéen, et s'était pour ainsi dire pelotonné au milieu des caillots. D'ailleurs, la cicatrisation était complète et une très petite cicatrice blanchâtre représente le seul vestige de ce qui pourrait avoir appartenu au tissu irien. La chambre antérieure est reformée. Le cristallin est transparent, non luxé. On voyait nettement toute la collerette caractéristique formée par les procès ciliaires.

Le cristallin ayant conservé sa transparence et ses rapports anatomiques avec la zonule, il était intéressant de suivre sa réfraction.

Au vingt-troisième jour, lors de notre première exploration, $V < \frac{1}{8}$, et au trou sténopéique $V = \frac{1}{8}$.

Au trentième jour, lorsque les douleurs cessent, cette acuité s'élève déjà à $V = \frac{1}{4}$ et même $\frac{1}{3}$, au moins à diverses reprises et lorsqu'on fait usage du trou sténopéique.

Il semble cependant que l'examen avec un miroir plan indique un petit plissement en étoile sur le centre de la cristalloïde antérieure. Toutefois, cette disposition n'a plus reparu.

Au quarantième jour, la transparence du cristallin reste nette. $V = \frac{2}{3}$ sans trou sténopéique et $V = 1$ presque avec le trou sténopéique.

Trois ans après, même acuité visuelle.

Dans l'observation de M. Gayet (*loc. cit.*) expulsion totale de l'iris, l'acuité visuelle, plus compromise par le traumatisme, passait de 0,3 à l'œil nu à 0,6 au trou d'épingle.

Presque six ans après, même état de l'œil. L'acuité visuelle n'a guère été modifiée. Avec le trou sténopéique elle est presque normale et égale à celle de l'autre œil, ou plutôt très bonne à $\frac{2}{3}$. Il est fort avantageux pour le malade que sa profession l'oblige à travailler à l'abri de la lumière solaire. Aussi se sert-il de ses lunettes à verres teintés et à trou sténopéique seulement et à peine en temps de neige. Aussi l'observation clinique a, en somme, été fort simple, et elle n'a point soulevé de doutes analogues, par exemple, aux faits qui sont discutés dans le mémoire de M. Gayet. Nous n'y insistons pas davantage, et nous abordons ce qui nous touchait plus directement.

Restait à constater un fait plus intéressant, d'ailleurs *prévu*, au point de vue physiologique : *l'absence d'iris modifie-t-elle l'accommodation ?*

Non.

L'accommodation se fait du côté blessé presque exactement de la même façon que du côté normal.

Il s'agit d'yeux emmétropes ; le *punctum remotum* $= \infty$. Le *punctum proximum*, à droite, avec le trou sténopéique est à 20 centimètres.

$$\frac{1}{A} = \frac{1}{p} = \frac{1}{0,20} = 5 \text{ dioptries (5 D.)}$$

Ce chiffre de 5 dioptries mesurant l'amplitude de l'accommodation, pour un homme âgé de quarante et un ans, ne s'éloigne pas beaucoup du chiffre donné par Donders : 4d50.

Quant au parcours de l'accommodation, mesuré pour la vision distincte des caractères typographiques, correspondant à l'acuité visuelle $V = \frac{2}{3}$ il s'étend de cette distance de 20 à 62 centimètres.

Pour l'œil gauche, normal, le *punctum proximum* est à 18 centimètres et le parcours de la vision distincte des caractères d'imprimerie ($V = 1$) s'étend jusqu'à 65 centimètres, c'est-à-dire qu'il y a ici une force accommodative un peu plus marquée que du côté blessé. Mais les différences sont si faibles que, pour le moment, il n'y a pas lieu d'en tenir compte. Ce n'est pas qu'elles ne doivent être retenues pour l'avenir, en ce qui concerne l'apparition de la presbytie d'une part, et, d'autre part, ultérieurement peut-être la nutrition du cristallin. Mais il semble que, pour le mécanisme de la fonction accommodative, ces différences sont négligeables, d'autant plus que ces chiffres n'ont été obtenus que par de simples mensurations métriques ; naturellement, si l'occasion se présentait de les compléter et préciser au moyen de l'ophtalmomètre, nous ne la laisserions pas échapper.

II

COLOBOMA ET POLYCORIE. — C'est pour la même raison que nous ne pouvons publier *in extenso* ni discuter une autre observation intéressante au point de vue embryologique. Nous avons eu l'occasion de voir un autre genre de lésion irienne, chez un conscrit : POLYCORIE, pupille double du côté gauche, et COLOBOMA inféro-externe de l'iris du côté droit. Le même sujet portait donc :

a. D'un côté, lésion de développement par PERSISTANCE DE FISSURES, coloboma qui est accompagné souvent d'autres lésions par persistance d'autres fissures *qui auraient dû se fermer* pendant la vie intra-utérine (coloboma des paupières bec-de-lièvre, fente de la voûte palatine, réunion incomplète des os du crâne, réunion incomplète de l'urèthre, etc.) ;

b. De l'autre côté, lésion par PERSISTANCE DE LA MEMBRANE capsulo-pupillaire, c'est-à-dire par défaut de résorption d'une partie de la membrane pupillaire *qui aurait dû s'ouvrir*.

REVUE DE LA PRESSE

Contribution au diagnostic de la mastoïdite compliquant une otite moyenne. — M. Okuneff a observé dans plusieurs cas d'otite moyenne, où il n'y avait que la fièvre, pour faire le diagnostic d'inflammation des cellules mastoïdiennes, un signe qui, d'après lui, est important pour reconnaître cette complication. Quand il y a un foyer dans l'apophyse mastoïdienne, si l'on met un diapason vibrant sur le crâne du malade, en auscultant en même temps l'apophyse, on observe une diminution plus ou moins considérable de la conductibilité du son. Dans les deux cas cités par M. Okuneff, ce signe fut une indication pour l'intervention chirurgicale. Il croit que, chaque fois que le diagnostic d'une lésion osseuse est obscur, le signe en question peut rendre de grands services. (*Wratsch*, nos 49 et 50, 1893.)

Recherches sur la conductibilité du crâne pour les ondes sonores dans un but diagnostique. — M. Gabritschewski réclame la priorité du signe de M. Okuneff, car son pneumatoscope peut aussi être employé pour la recherche de la conductibilité des os du crâne et il est entré dans la pratique déjà depuis 1891. Cet instrument ressemble à un stéthoscope bi-auriculaire. Il fut décrit par M. Gabritschewski, d'abord en Russie, en 1889, puis présenté, en 1890, à la Société médicale de Berlin. (*Wratsch*, n° 52, 1893.)

Contribution à l'étude de l'ozène. — M. Grünwald a fait des recherches pour expliquer l'origine de la sécrétion qui

donne lieu à la formation de croûtes fétides. Il donne les conclusions suivantes :

1° L'ozène est un complexus symptomatique ;

2° Son étiologie est encore inexpliquée jusqu'à présent, l'anatomie pathologique incertaine ;

3° Aussi aucune affection ne doit être désignée par ce nom qui ne dit rien et qui n'a rien de précis ;

4° Comme cause de production de croûtes fétides attribuées à l'atrophie de la muqueuse pituitaire, on a souvent trouvé une lésion des cavités voisines. Dans d'autres cas, il y avait seulement des lésions du tissu adénoïde ;

5° On ne peut affirmer si, dans tous les cas obscurs où l'on n'a pu invoquer ni corps étrangers, ni syphilis, etc., il ne s'agissait pas d'affections des cavités avoisinantes des fosses nasales ;

6° Cependant il faut y songer toujours dans ces cas, de même qu'à l'affection du tissu adénoïde qui entoure le pharynx ;

7° La formation des croûtes fétides, consécutive à l'atrophie des cornets, n'a été démontrée en aucun cas ;

8° Une dyscrasie quelconque ne peut être invoquée comme cause provocatrice de l'ozène ; au contraire, l'écoulement purulent fétide peut amener une dénutrition générale, des troubles digestifs, de l'engorgement ganglionnaire, etc. ;

9° Les cas de guérison spontanée de l'ozène peuvent s'expliquer par la coexistence de l'affection avec des végétations adénoïdes. (*Munchener Med. Woch.*, 1893.)

Plombage des os par une matière inerte. — M. Martin (de Cologne) a fait des expériences sur le plombage des os avec des substances inorganiques.

Les matières employées étaient : la gutta-percha, le gypse en poudre préalablement stérilisé et gaché ensuite sous forme d'une masse pâteuse.

Au point de vue comparatif entre le gypse et la gutta-percha, M. Martin arrive aux conclusions suivantes :

La technique opératoire est plus facile avec le gypse, car il est plus malléable et remplit mieux la cavité osseuse. Par contre, la gutta-percha a l'avantage d'être plus propre, tandis qu'avec le gypse, il faut faire attention pour ne pas souiller les parties molles avoisinantes.

Le gypse peut être employé même pour de très grandes cavités osseuses, tandis qu'avec la gutta-percha, on ne peut opérer que sur des cavités limitées.

Le gypse est plus facile à retirer en cas de défaut de cicatrisation. Mais la gutta-percha a la grande qualité de devenir très résistante après refroidissement et a un certain degré d'élasticité, deux propriétés qui manquent complètement au gypse.

La méthode employée par M. Martin pour la stérilisation du gypse diffère de celle de M. Dreesmann, en cela qu'au lieu d'antiseptiser le gypse par des substances chimiques, M. Martin emploie la chaleur. Il croit qu'il est de beaucoup plus important de désinfecter complètement la cavité osseuse, de la débarrasser autant que possible des germes pathogènes, que de chercher d'autres substances pour le plombage des os.

Quant aux indications de plomber les os, elles se résument en ceci : toute cavité osseuse, aseptique ou pouvant être rendue aseptique, qui ne peut être traitée par l'autoplastie, doit être plombée. (*Centralbl. f. chir.*, n° 9, 1894.)

Incontinence nocturne de l'urine compliquée d'abolition de la respiration par le nez. — M. Otto, après une courte énumération des différentes théories émises sur l'incontinence de l'urine, attire l'attention sur la coexistence de l'incontinence avec la respiration par la bouche. Le premier qui a indiqué cette coïncidence est M. G. W. Major de Montréal, en 1885, dont l'hypothèse fut confirmée ensuite par Schmaltz, Körner et Baumgarten.

M. Otto a eu l'occasion d'observer une malade de dix-huit ans, anémique, qui se plaignait de céphalée, affaiblissement intellectuel, perte de mémoire. Elle reste aussi bien pendant la veille que pendant le sommeil la bouche ouverte et a toujours la gorge sèche.

Les symptômes dominants sont l'imperméabilité constante des fosses nasales et l'incontinence nocturne de l'urine. Ces symptômes datent d'aussi longtemps que la malade peut se souvenir. Elle ne peut retenir l'urine que durant une heure et demie au plus.

A l'examen, on constate une pharyngite, une obstruction totale de la fosse nasale droite par adhérence intime du cornet inférieur hypertrophié avec la cloison du nez incurvée et épaissie ; à gauche, hypertrophie polypeuse qui gêne au plus haut degré la respiration.

La malade fut traitée par l'excision des polypes et les cautérisations répétées des adhérences par une anse galvanique. A mesure que les fosses nasales étaient libérées, l'incontinence cessait et la malade est sortie de l'hôpital guérie.

Par suite de formation des nouvelles adhérences des fosses nasales, s'est produit un nouvel accès d'incontinence qui disparut par le même traitement.

Pour M. Otto, l'hypothèse de Major de surcharge du sang par l'acide carbonique, provoquant l'incontinence, est inadmissible. Pour lui, il est plus que probable que l'incontinence de l'urine est sous la dépendance de l'acte physiologique de la respiration. L'occlusion du nez amène une série de phénomènes de dépression cérébrale, tels que distraction inaccoutumée, perte de mémoire, etc. ; en plus, il y a déjà, à l'état de veille, une sensation de sécheresse de la gorge qui, pendant la journée, peut être soulagée par la déglutition de la salive. Mais la nuit, la sensation d'un corps étranger dans la gorge amène un sommeil inquiet, des rêves et des cauchemars. Dans ces conditions, l'état psychique est si compromis que le besoin d'uriner n'est plus senti ou passe inaperçu et il n'est pas nécessaire d'invoquer une faiblesse des sphincters pour expliquer l'incontinence nocturne. (*St-Petersbourg Med. Woch.*, 1893.)

Pouls lent dans la fièvre typhoïde. — S. Jaroschewski publie l'observation d'un malade qui avait une fièvre typhoïde de gravité moyenne ; la température ne dépassait pas 39°5, le pouls oscillait entre 80 et 85.

Le huitième jour de la maladie, après un entretien animé avec ses parents, le malade devint apathique, se plaignit de maux de tête, puis bientôt sont apparus des phénomènes cérébraux : vomissements, myosis et inégalité pupillaire, battements du cœur sourds ; le pouls est tombé à 60 et le lendemain soir à 47 ; la température est tombée à 37°9. Attribuant ce ralentissement du pouls à de la cholémie, on administra au malade de l'infusion de sené, mais le pouls est encore tombé à 38 pulsations par minute, puis s'est élevé à 42 et devint filiforme. Ce n'est que par la caféine et les bains tièdes qu'on a pu faire monter le pouls à 48, puis à 55, ensuite graduellement à 58, 60 et 65. Dans l'urine, on ne trouva pas de pigments biliaires, mais un peu d'albumine qui a, du reste, bientôt disparu. Puis, tous les phénomènes inquiétants ont disparu et le malade s'est levé le seizième jour de sa maladie.

L'auteur attire l'attention sur ce fait que le ralentissement du pouls ne pouvait être attribué à la fièvre, car elle était peu élevée. Le poison typhique seul ne serait pas, non plus, suffisant pour expliquer ce phénomène. Mais ce malade avait, depuis fort longtemps, des palpitations que M. Jaroschewski attribue à la dégénérescence graisseuse du myocarde, due à l'alcoolisme. Pour M. Jaroschewski, la

fatigue cérébrale que le malade avait eue à la suite de la visite de ses parents et l'altération du myocarde, sont les causes qui sont venues se joindre au poison typhique pour produire un tel ralentissement du pouls; mais ce poison, à lui seul, ne pouvait le faire tomber à un chiffre si bas. (*Rousskaïa Medicina*, n°s 4 et 6, 1894.)

Pansements à l'oxyde de zinc. — M. Zechanowitsch a employé, dans son service à l'hôpital militaire de Miask, l'oxyde de zinc au lieu de l'iodoforme, et s'en est bien trouvé dans tous les cas qu'il eut à soigner : chancre mou et induré, bubon, balanite, etc. La guérison se faisait très rapidement et même la douleur était calmée par l'oxyde de zinc, que l'auteur vante surtout à cause du prix beaucoup moins élevé que celui de l'iodoforme, d'absence d'odeur — ce qui est surtout important avec les malades de ville — et des bons résultats qu'il donne dans les pansements de petite chirurgie et des ulcérations vénériennes de toutes sortes. Son action sur les ulcérations est due à ses propriétés excitantes, toniques et aussi antiseptiques. (*Rousskaïa Medicina*, n° 8, 1894.)

Myosite ossifiante progressive. — M. Linsmayer a présenté, à la Société de psychiatrie de Vienne, un homme de vingt-huit ans, atteint de myosite ossifiante. Pas de syphilis, ni d'éthylisme, ni d'affection des os ou des nerfs dans la famille. Fièvre intermittente à douze ans, fièvre thyphoïde six mois après. A dix-neuf ans, le malade a ressenti subitement une douleur violente dans l'épaule avec rougeur, chaleur et tuméfaction, en même temps trismus, tel que le malade ne pouvait prendre même les liquides que difficilement. Au bout de deux à trois mois, tous les phénomènes du côté de l'épaule disparaissent, cependant le trismus persiste; le malade s'est fait une brèche dans les dents pour pouvoir prendre la nourriture. Au niveau de l'épaule malade s'est formé un dépôt de tissu osseux. Après un intervalle de neuf mois, nouvelle attaque présentant les mêmes caractères — durant trois mois. Pendant sept ans mêmes alternatives, espacées de la même façon. Après l'articulation de l'épaule droite, l'ossification s'est étendue à la moitié droite de la nuque, l'omoplate droite, tout le dos, la moitié droite du bassin, la fesse droite, les deux membres supérieurs et le membre inférieur gauche. La plupart des muscles du tronc sont atrophiés et ossifiés. Les articulations de la tête avec la colonne vertébrale, l'articulation temporo-maxillaire, la coxo-fémorale droite, la tibio-fémorale gauche et les deux coudes sont ankylosés. Pas de troubles de déglutition, mais la parole est un peu embarrassée. Le rapporteur conclut que, s'il faut admettre, avec Virchow, l'existence d'une diathèse ossifiante, il faudrait alors considérer la myosite ossifiante, progressive comme une myopathie primitive se terminant par ossification. (*Wiener Med. Woch.*, n° 1, 1894.)

S. BROÏDO.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

En attendant que les pouvoirs publics se soient prononcés sur la grâce du docteur Laffitte, il y a lieu de venir immédiatement en aide à ses enfants. Le Syndicat des médecins de la Seine et quelques-uns de nos confrères ont porté les premiers secours. L'Association de la presse médicale s'inscrit pour la somme de 1000 francs et a désigné une commission chargée de centraliser les souscriptions qui pourront être adressées, 14, boulevard Saint-Germain, à M. le docteur Marcel Baudouin, secrétaire général de l'Association.

— Nous engageons vivement nos confrères de la réserve et de l'armée territoriale à assister aux manœuvres et conférences qui viennent de s'ouvrir à Versailles.

Ces exercices spéciaux du service de santé en campagne doivent avoir lieu dans le gouvernement militaire de Paris, du 8 au 12 octobre courant.

Aujourd'hui lundi, à huit heures et demie, au parc d'artillerie, a eu lieu la démonstration du matériel technique et des approvisionnements qui entrent dans la composition des diverses formations sanitaires. — Le soir à deux heures, à Versailles, a eu lieu une conférence des fonctions sanitaires de l'avant.

Demain mardi, 9 octobre, à huit heures et demie du matin : conférence sur les ordres de mouvement, l'exécution des marches, l'installation des cantonnements et bivouacs, les règles tactiques du combat, avec application de ces données au service de santé. — Le soir, à deux heures : Conférence sur la mobilisation, les mesures à prendre par les médecins-chefs, depuis leur arrivée au lieu de mobilisation, jusqu'au départ pour le point de concentration.

Le 10 octobre : Manœuvre de la division, comprenant deux parties : la première, une marche des formations sanitaires à leur place dans la colonne; la seconde, le fonctionnement, au moment du combat, des postes de secours et de l'ambulance divisionnaire.

Le 11 octobre, dans la matinée : Évacuation des malades de l'hôpital de campagne sur l'hôpital d'évacuation. L'évacuation aura lieu par voie de terre, en se servant des moyens de transport disponibles. Fonctionnement de l'hôpital d'évacuation. — Dans la soirée : Formation d'un train sanitaire improvisé. Installation des appareils de suspension de brancards. Chargement et déchargement des blessés.

Le 12 octobre, dans la matinée : Embarquement de l'ambulance divisionnaire au complet. — Dans la soirée, à deux heures : Résumé et critique des opérations par le directeur technique des manœuvres.

— *Les médecins de réserve en Algérie.* — Les officiers du corps de santé de la réserve et de l'armée territoriale résidant en Algérie seront inscrits aux hôpitaux militaires d'Alger, d'Oran et de Constantine où, à l'époque des convocations, ils recevront l'instruction théorique et pratique, du médecin-chef de l'hôpital assisté d'un médecin-major.

— *Chasse et hypnotisme.* — La « Nature » nous apprend que récemment un inventeur a proposé d'utiliser la lumière électrique pour fasciner et en quelque sorte « hypnotiser » les marsouins, ce qui permettrait de les enfermer dans un solide filet manœuvré à distance et rendrait leur capture facile.

— M. le docteur Bourdin est nommé médecin-adjoint de l'asile de Bassens (Savoie).

— Notre confrère, M. le docteur Ern. Barrault, nous prie d'annoncer qu'il quitte la rédaction en chef de la « Revue de thérapeutique médico-chirurgicale », qu'il dirigeait depuis 1879.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs E. Evrard (de Hastière-Lavaux); Faure (de Vienne); Hyvert (de Lyon); F. Verhest (de Menin).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS, — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 118. — JEUDI 11 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 11 OCTOBRE 1894. — N° 118.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

: PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

MM. Paul Langlois et Maurange ont adressé à l'Académie une note sur un nouveau procédé d'anesthésie mixte par association du chloroforme avec la spartéine et la morphine. Leur but, en associant ces diverses substances, est de prévenir les accidents d'arrêt du cœur. Le nombre des observations sur lesquelles s'appuient les auteurs n'est pas suffisant pour juger de la valeur réelle de la méthode.

Mentionnons une nouvelle note de M. L.-H. Petit sur les contre-indications de la bicyclette.

Parmi les pièces de la correspondance, nous signalerons une lettre de M. le ministre de l'Intérieur, informant l'Académie que plusieurs préfets lui ont demandé comment ils pourraient se procurer du vaccin antidiphtéritique. Avant de s'adresser à l'institut Pasteur, M. le président du conseil désire connaître l'avis de l'Académie, sur l'emploi du sérum vaccinal. Cette demande a été renvoyée à une commission composée de MM. Bergeron, Cadet de Gassicourt, Proust et Straus.

Nous ne pouvons nous empêcher de faire remarquer qu'il est assez étrange, qu'en présence d'une découverte importante, il faut que l'Académie soit saisie officiellement par le ministre pour qu'elle s'en occupe.

La question des divers procédés d'abatage des animaux de boucherie a été de nouveau soulevée par M. Laborde qui, se plaçant au point de vue purement physiologique, s'est appliqué à démontrer qu'en l'état actuel des choses l'égorgement hémorragique, considéré en dehors de toute question de secte et de rite, constitue le procédé d'abatage le moins capable de déterminer de la souffrance aux animaux. M. Laborde, doublement compétent dans cette matière comme physiologiste et comme ancien membre de la Société protectrice des animaux, estime que le procédé idéal de mise à mort des animaux serait la section ou la piqûre du bulbe rachidien au lieu d'élection, autrement dit le procédé de l'énervation qui détermine la cessation instantanée de la respiration, partant de la vie. Il avait même, dans ce but, conçu un appareil. Il est regrettable qu'il n'ait pas poursuivi cette étude. A défaut de ce procédé qui n'est pas entré dans la pratique, M. Laborde n'hésite pas à donner la préférence à l'égorgement hémorragique, en se basant sur les raisons physiologiques dont on trouvera plus loin l'exposé.

Ce n'est pas l'avis de M. Weber qui, envisageant la question au point de vue purement pratique, n'a pas de peine à démontrer que l'énervation, rêvée par M. Laborde, est un procédé inapplicable chez les gros animaux. Quant à l'égorgement hémorragique, il faut savoir que souvent l'écoulement sanguin s'arrête et que le sacrificateur est obligé d'introduire le doigt dans la plaie pour en extraire les caillots qui l'obstruent. M. Weber continue à donner la préférence à l'assommement qui, bien pratiqué comme il l'est à l'abattoir, réussit toujours et constitue le procédé le plus pratique.

Il y aurait peut être moyen de mettre tout le monde d'accord : ce serait de recourir au procédé que M. Le Roy de Méricourt a vu pratiquer avec succès à la Plata et qui consiste à assommer l'animal, puis à lui sectionner la moelle.

On pourra, croyons-nous, discuter longtemps encore sur cette question, sans que cela change rien aux usages actuels. Les juifs continueront à égorger les bœufs et nous continuerons à les abattre.

Après la communication de M. Laborde et la courte discussion qui l'a suivie, M. le président, faute de communications, a dû lever cette séance, qui peut être considérée comme une séance de vacances.

HOPITAL MILITAIRE DE LILLE

Rhumatisme vrai secondaire, infectieux et pyogénique, à localisations presque exclusivement fibreuses. Interprétation pathogénique spéciale. Particularités intéressantes (1).

Par E.-H. COLLIN,
Médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Lille.

III

PARTICULARITÉS INTÉRESSANTES. — Il m'a semblé qu'il y avait lieu de signaler, en un chapitre spécial, certaines par-

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1058.

ticularités relevées au cours ou à l'occasion de cette intéressante observation.

Et tout d'abord, est-il besoin de revenir sur cette prédilection, pour ainsi dire exclusive, de l'infection pyohémique pour les tissus fibreux et, plus particulièrement, le tissu cellulaire péri-aponévrotique? Comme nous l'avons vu, et ainsi que j'y ai maintes fois insisté, tous les abcès ont été péri ou sous-aponévrotiques : profonds ou superficiels, volumineux ou de peu d'importance, c'est toujours le tissu cellulaire aponévrotique qui en a été le point de départ.

Il convient donc, à mon sens, et je le répète à nouveau, de dégager de ce fait l'enseignement suivant : qu'il est des cas de rhumatisme, vrai ou faux, peu importe, mais, je le redis pour la dernière fois, devant être considéré comme vrai dans les conditions de celui-ci, où l'infection surajoutée semble, et celà avec une ténacité vraiment remarquable, n'en vouloir qu'au tissu fibreux. Elle paraît respecter, d'une façon toute particulière, les points de choix habituels du rhumatisme (y compris les organes que ce dernier malmène ordinairement : cœur, plèvre, etc.), pour faire subir la presque totalité de sa violence à certains éléments anatomiques dédaignés communément par lui, en tant, tout au moins, que manifestations aiguës à l'égard desquelles la littérature médicale garde un mutisme presque absolu.

Cet « oubli » des articulations semble être ici tellement systématique (à part les poussées du genou et du cou-de-pied droits, et celle, plus légère, du poignet gauche, survenues comme à dessein, pour rafraîchir l'empreinte rhumatismale à demi effacée depuis les deux atteintes antérieures), que, quand la portion sus-olécranienne droite fut envahie et donna lieu à la première collection purulente observée, l'articulation du coude, si proche cependant et si exposée par conséquent, resta absolument indemne de tout retentissement. Ce n'est pas là, certes, un des détails les moins dignes d'attention, si l'on se rappelle que le coude supporta d'être entouré de pus dans toute sa partie postérieure, et eut, de plus, à subir, dans son voisinage immédiat, le traumatisme indispensable à l'évacuation de la poche purulente. C'était là, semble-t-il, double occasion pour lui de témoigner d'une sensibilité réactionnelle quelconque. Or, c'est ce qu'il n'a eu garde de faire.

Si je crois devoir mentionner cette particularité qui, si l'on se bornait aux grandes lignes d'une observation superficielle, passerait probablement inaperçue, c'est qu'elle me fournit l'occasion, dont je veux profiter, de signaler l'indépendance de l'articulation du coude, dans certains cas, à l'égard des sollicitations morbides dont elle peut être l'objet.

Ici, ainsi que je le dis plus haut, cette sollicitation était double, pyogénique d'une part, rhumatismale proprement dite d'autre part. L'immunité de l'articulation à l'égard du pus est chose curieuse déjà, si l'on songe qu'elle en était, en majeure partie, entourée et si l'on se figure avec quelle facilité la propagation en eût pu s'effectuer grâce au large cul-de-sac sus-olécranien, prolongement de la synoviale, cul-de-sac remontant entre la face postérieure de l'humérus et le triceps dont le tendon était précisément intéressé. Mais ce qui, dans l'espèce, est encore plus digne de remarque, c'est évidemment (et il serait difficile de n'y point voir une preuve nouvelle du dédain professé, cette fois, par la maladie, pour les éléments articulaires eux-mêmes) cette absence complète de réaction rhumatismale de la part des éléments en question, en présence du traumatisme provoqué, en pleine évolution rhumatismale et au voisinage immédiat de l'articulation, par l'ouverture obligée de la collection purulente.

Ai-je besoin de rappeler, en effet, que, parmi les différentes manières d'être du rhumatisme, il n'en est pas qui se manifeste plus spécialement, après le « trauma » que la détermination articulaire, surtout chez des sujets qui en ont antérieurement subi les atteintes. Comme le dit Kelsch (1), « les chances de la manifestation de la diathèse sont indépendantes de la lésion chirurgicale, et les blessures les plus variées possèdent cette puissance excitatrice ou provocatrice ». Or, si, à la rigueur, on voulait considérer comme provoquées, par une raison de même sorte, les manifestations articulaires du genou et du cou-de-pied qui, pour moi, sont l'expression spontanée de la diathèse, nous n'en serions pas moins, en ce qui concerne le coude, en présence d'une exception, eu égard à des faits communément observés.

« En effet, ajoute Kelsch, si la violence du choc ne semble avoir qu'une importance secondaire en ce qui a trait à l'intensité des conséquences qu'il provoque, son point d'application n'est pas indifférent à la localisation initiale, ni au trajet que suivront ultérieurement ces derniers dans leur généralisation. » Les observations de Charcot et de Verneuil sont probantes à cet égard : elles nous montrent le rapport constant qui existe entre le trauma et les articulations les plus voisines du point qui en est le siège.

Or, dans le cas qui nous occupe, l'immunité articulaire a été, je le répète, aussi absolue que possible.

Ce n'est pas, d'ailleurs, le premier exemple que je connaisse de cette quasi-indifférence articulaire dans les circonstances dont il est ici question. Je me rappellerai toujours l'histoire, doublement intéressante, d'un monsieur, *rhumatisant invétéré*, auquel je donnais mes soins, il y a quelques années. Pendant une période d'*accalmie complète*, sous l'influence d'une cause qui m'échappe aujourd'hui, il fut atteint d'un *hygroma aigu du coude gauche*, qui ne tarda point à le gêner sensiblement dans l'exercice de sa profession. Voulant profiter de cette « morte-saison » de sa diathèse, et ne prévoyant pas, il est vrai, les conséquences de mon intervention, je lui offris de l'opérer. J'incisai largement la tumeur, et après avoir fait soigneusement la toilette antiseptique de la poche, je suturai à la soie les lèvres de la plaie. *Le lendemain, M. X... était pris d'une poussée formidable de rhumatisme articulaire*, à laquelle succéda une phlébite double des membres inférieurs, suivie bientôt elle-même de complications emboliques et viscérales qui me suscitèrent, à plusieurs reprises, de bien cruels embarras.

Or, presque toutes les articulations, grandes et petites, avaient été atteintes, et l'une des rares qui restèrent indemnes, *fut précisément celle du coude opéré*, — fort heureusement, je m'empresse de le dire, car je n'aurais pu, s'il en avait été autrement, obtenir la réunion par première intention, de l'incision qui m'avait servi à délivrer M. X... de son hygroma.

Je n'oserais point affirmer qu'on ne m'accusât pas « in petto » d'avoir favorisé, sinon même quelque peu provoqué, par mon coup de bistouri, cette très émouvante série d'accidents. C'est un sentiment que je me gardai, d'ailleurs, d'approfondir, m'estimant heureux d'en être quitte pour la peur, bien que me sentant, je le dis hautement, la con-

(1) KELSCH. Loc. cit., p. 325.

science absolument en repos à l'égard d'une intervention justifiée, et au-dessus de tout reproche quelles qu'en eussent pu être les suites.

Voilà, certes, un bel exemple de diathèse réveillée par le traumatisme; il figurerait avec honneur à côté de ceux, nombreux déjà, relevés par Verneuil, s'il était encore besoin de démonstration à une thèse désormais irréfutable.

Il est, enfin, une dernière particularité (particularité sur laquelle, dans le cours de l'observation, j'ai promis de revenir), qui n'apprendra peut-être rien de nouveau à qui connaît les ressources défensives de l'organisme et ses tentatives vraiment merveilleuses pour s'opposer, dans la mesure qui lui est possible, à un envahissement général quand, du fait d'une infection quelconque, un point de sa surface se trouve en être une des localisations momentanées, mais sur laquelle je crois néanmoins devoir appeler l'attention en raison de la régularité pour ainsi dire typique, avec laquelle elle s'est, dans le cas spécial, offerte à mon observation.

Si l'on veut bien se reporter à la marche de la température, on sera certainement frappé de voir l'évacuation de chacun des nombreux abcès (qu'ils fussent de petit ou de grand volume) qui se sont succédé chez de R... *immédiatement* suivie d'une hausse thermométrique atteignant plus d'un degré parfois, et dans un cas (22 juillet), *un degré et demi. A priori*, cependant, il semblerait rationnel que l'économie, soulagée du déchet infectieux qui l'encombrait, traduisît son bien-être par l'atténuation d'une des expressions les plus sensibles de cette infection. Or, il n'en est rien, ainsi qu'on peut s'en rendre compte.

A quel phénomène intime convient-il donc de rapporter cette anomalie au moins apparente et dont l'explication eût été certainement malaisée autrefois ?

Ce phénomème, je le dis tout d'abord, comporte deux phases essentiellement distinctes : la première nous montre l'organisme en butte à l'envahissement de l'élément septique qu'il cantonne, pour ainsi dire, et auquel il s'efforce d'assigner des limites définies ; la seconde, par contre, nous fait assister à la défaite de ce même organisme, quand, par une circonstance dont il n'est pas maître, la porte qui y donne accès, restée close jusque-là, vient à s'ouvrir, permettant ainsi une sorte de réinoculation de l'économie, devenue cependant, par isolement ou thérapeutiquement, tolérante.

Quels sont, dans la première des deux phases que je viens d'essayer de synthétiser, les auxiliaires de cette « nature médicatrice » si ingénieusement conçue par les anciens et à laquelle il ne manquait, pour devenir la réalité d'aujourd'hui, que l'intervention microbienne à laquelle nous devons d'avoir approfondi tant de mystères?

Ces auxiliaires ne sont autres que les leucocytes, ces protecteurs nés de l'organisme et qui, plus spécialement ici, font à ce dernier un rempart de leurs corps quand ils ont succombé dans la lutte par eux engagée pour le défendre. Ne savons-nous pas, en effet, que, quand une collection purulente met un certain temps à se former (et c'est bien le cas ici où chaque tumeur, chaque « nœud » primitivement observés, semblaient disparaître pour se montrer à nouveau, parfois plusieurs jours après, à l'état d'abcès constitué), autour de cette collection s'étagent, concentriquement, des couches de leucocytes dont les plus jeunes viennent, au fur et à mesure, remplacer leurs aînés au combat phagocytique où ces derniers ont trouvé la mort ? S'accumulant ainsi les uns au-dessus des autres, ces différentes couches finissent par constituer une sorte de gangue qui, par la compression qu'elle exerce sur les vaisseaux sanguins de sa périphérie, isole, pour ainsi dire, cette poche de nouvelle formation du reste de l'organisme qui y devient indifférent, ainsi que je l'ai fait observer plus haut, et ne laisse à son contenu d'autre alternative que de mourir, molécule par molécule, et de se « nécrobioser » par défaut d'apport nutritif, en s'enkystant et finalement en guérissant comme certains abcès froids ou, quand ce travail de régression ne doit pas s'opérer, de s'écouler, de gré ou de force, au dehors, en donnant issue aux microbes et à leurs victimes cellulaires.

Là s'arrête le rôle protecteur des leucocytes. En effet, spontanée ou provoquée, cette évacuation, indispensable cependant, produisant une décompression des parois de la poche, les vaisseaux sanguins reprennent rapidement leur calibre et, à nouveau, prêts pour l'absorption, permettent dès lors cette réinoculation septique momentanée dont j'ai parlé et qui se traduit par une ascension thermique heureusement passagère, partant sans danger.

C'est là précisément ce qui s'est passé ici.

Si connu que puisse être déjà, plus sans doute dans son observation courante que dans son interprétation, le phénomène que je viens de mentionner, je n'ai pas cru qu'il fût hors de propos de le signaler à nouveau à l'attention, surtout dans le cas dont il s'agit, où il s'impose, d'une façon toute spéciale, par la régularité avec laquelle il s'est manifesté.

IV

Traitement. — Il est hors de doute que, quoique s'adressant à un « rhumatisme », le traitement ne pouvait être celui du rhumatisme. Des manifestations du genre de celles qui se présentaient à mon observation, étant, ainsi que je l'ai dit maintes fois, l'expression secondaire mais parfaitement déterminée d'une infection spéciale, ne pouvaient relever que d'une intervention non moins particulière, et non moins spécifique.

Aussi, tout le poids de mon effort thérapeutique a-t-il porté sur l'infection septico-pyohémique, laquelle, constituant l'ennemi le plus redoutable, et de beaucoup, exigeait qu'on lui opposât les moyens de défense les plus propres à en avoir raison.

Dans cet ordre d'idées, on l'a vu, c'est aux *toniques*, aux *modificateurs organiques*, aux *antiseptiques surtout* que je me suis adressé : *quinquina*, en décoction et en extrait; *naphtol* (antiseptique médical dans ce cas, mais non moins sûr, grâce à son action sur les toxines intestinales); *salicylate de bismuth*, quand la diarrhée, de source infectieuse elle aussi, dépassait les limites d'une décharge salutaire, et ajoutait encore à l'épuisement du malade; *sulfate de quinine*, enfin, antiseptique également autant qu'antithermique, et au sujet duquel le sujet nous offre un rare exemple de tolérance. Parlerai-je du *salicylate de soude?*... — C'est à peine si j'en trouve ici l'occasion; et cependant ce serait le payer d'ingratitude, si je ne rappelais qu'à deux reprises, n'ayant point hésité à m'adresser à son action sédative éclectique, à l'occasion des poussées articulaires venues, je le répète encore, apposer, sur une affection d'une modalité équivoque jusque-là, le cachet non suspect de rhumatisme vrai, j'en obtins (c'est ma conviction) d'en abréger la durée et, par-

tant, d'épargner à mon malade un supplément de souffrances pour le moins inutiles.

Il va sans dire que chaque collection purulente a été ponctionnée à son heure, y compris celle du genou gauche, lorsque, par voisinage, il fut, lui aussi, envahi par le pus. Ainsi que je l'ai dit déjà, M. le médecin principal Moty a bien voulu me prêter le concours de son obligeante et précieuse assistance; et c'est d'accord avec lui que, pour corroborer l'antisepsie générale, je faisais suivre chaque ponction d'une ou de deux injections de sublimé au millième.

THÉRAPEUTIQUE

La terpine, son action physiologique et son mode d'emploi.

Par le docteur DELMIS.

L'emploi en médecine des résines remonte à la plus haute antiquité. Hippocrate avait déjà reconnu les propriétés anti-catarrhales de la térébenthine (*De muliebrum morbibus*, lib. II) et Galien l'employait contre les névralgies.

Le goudron a joui ensuite d'une vogue méritée; le baume de Tolu, le Styrax, le baume du Pérou, l'extrait de bourgeons de sapin, complètent la série des résines que les médecins de tous les temps et de tous les pays ont toujours plus ou moins ordonnées contre les affections des voies respiratoires.

De toutes ces résines, la térébenthine paraît la plus active, et ses bienfaits incontestables justifient l'enthousiasme de Trousseau, qui la considère comme « en possession d'opérer des sortes de prodiges, en ramenant à la santé des malades, atteints de catarrhe pulmonaire, qui semblaient marcher à une mort inévitable, par tous les degrés de la consomption colliquative la plus rapide » (1).

Il appartenait à la chimie moderne d'expliquer cette action remarquable que les anciens médecins constataient sans en savoir la raison. M. Wiggers, en cherchant à décomposer la térébenthine par l'action combinée de l'alcool et de l'acide azotique, en a retiré un corps se présentant sous forme de cristaux blancs limpides, auquel il donna le nom de terpine. Ce corps fut ensuite retrouvé, mais en moindre abondance, dans les autres résines, tolu, styrax, benjoin, goudron; des expériences physiologiques décisives, dont nous allons parler à présent, ont montré que ce corps était l'agent actif de ces diverses résines, dont il concentre les propriétés sous un plus petit volume; sa plus grande abondance dans la térébenthine justifie la préférence des anciens auteurs pour cette résine, dont elle explique les propriétés remarquables.

M. le professeur Lépine (de Lyon) a le premier étudié scientifiquement l'action physiologique de la terpine. Il a pu faire absorber à des chiens des doses élevées de terpine, sans produire aucun accident, et a constaté son action comme dessiccant de la muqueuse bronchique; à dose égale, la térébenthine produit de l'irritation gastrique et des troubles nerveux qui sont dus aux produits toxiques divers qui existent dans cette résine à côté de la terpine.

M. Dujardin-Beaumetz a repris l'étude de la terpine, il a constaté qu'à la dose énorme de 2 grammes par kilogramme d'animal, la terpine ne produit aucune action toxique.

De ces expériences, il ressort que la terpine n'a aucune action nocive.

Si, du terrain expérimental, nous passons au terrain clinique et de l'animal à l'homme, nous constatons des effets de même nature. Tandis que la térébenthine produit souvent une sensation de brûlure épigastrique avec inappétence, nausées et renvois acides, la terpine, sans offrir ces inconvénients, produit les mêmes effets anticatarrhaux plus complets et plus rapides. C'est ce qu'a bien mis en lumière M. le professeur Germain Sée, dans la séance de l'Académie de médecine du 28 juillet 1885. Après avoir relaté en détail 7 cas de bronchite chronique, dans lesquels la sécrétion catarrhale avait été tarie par l'usage de la terpine, et 3 cas de phtisie avec hémoptysies graves, qui avaient été complètement enrayées par le même médicament, il concluait ainsi: « Les préparations, quelles qu'elles soient, de térébenthine, d'eucalyptus, de baumes, de résines, peuvent et doivent désormais céder le pas à la terpine, qui en constitue la partie essentielle et active (1). »

L'année suivante, M. Germain Sée ayant continué l'étude de la terpine, écrivait : « L'action de la terpine se résume en deux mots. Chaque fois que la sécrétion bronchique est en excès, la terpine la diminue ou la supprime; chaque fois qu'il y a une hémorragie broncho-pulmonaire, le médicament agit comme hémostatique, et ne le cède en rien aux eaux hémostatiques, qui ont presque toutes pour base les diverses essences de térébenthine. La terpine pouvant être considérée comme un modificateur profond de la muqueuse bronchique et comme une sorte de dessicant bronchique, doit être prescrite dans les inflammations de l'appareil respiratoire marquées par une hypersécrétion muco-purulente et par une expectoration abondante (2). »

Depuis les travaux de M. Germain Sée, la terpine a pris une grande place dans la thérapeutique, et chacun a pu juger son action. Il nous a paru intéressant de rechercher l'opinion des auteurs les plus récents sur ce sujet. M. Dieulafoy s'exprime ainsi : « Pour tarir la sécrétion des bronches et modifier les parties sécrétantes, on aura recours à la terpine. » Il conseille spécialement ce médicament dans la bronchite chronique et dans la dilatation des bronches (3). MM. Laveran et Teissier conseillent aussi la terpine : « Contre la leucorrhée, on donnera les balsamiques, surtout la térébenthine, qu'on administrera en capsules ou sous forme de préparation de terpine (4). » L. Kahn, dans son article du dictionnaire Dechambre (5); Marfan, dans son article du *Traité de médecine* (6); Daremberg, dans son traité récent (7), recommandent d'employer la terpine dans la phtisie.

Citons aussi l'ouvrage de MM. Barthez et Sanné, où ces auteurs montrent les ressources qu'offre la terpine en pathologie infantile : « Contre la coqueluche, la terpine a été employée avec avantage par M. Sanné. L'intensité des quintes et la durée de la maladie ont paru diminuer (8). » Mais c'est surtout contre la tuberculose que MM. Barthez et Sanné ont éprouvé les bienfaits de la terpine : « Chez les malades de la seconde enfance, disent-ils, on donne la térébenthine, et surtout la terpine, dérivé de la térébenthine, mais beaucoup mieux tolérée qu'elle par les voies digestives, et s'éliminant exclusivement par les voies respiratoires (9). »

Une explication de l'action de la terpine dans la tuberculose a été fournie par M. Yersin, qui fut le collaborateur de M. Roux à l'Institut Pasteur, dans ses recherches sur la di-

(1) TROUSSEAU et PIDOUX. *Thérapeutique*, 1841, p. 579 et suiv.

(1) G. SÉE. *C. R. de l'Acad. de méd.*, 1885.
(2) G. SÉE. *Maladies simples du poumon*, Paris 1886, p. 248.
(3) DIEULAFOY. *Pathologie interne*, 1888, t. II, p. 83 et 93.
(4) LAVERAN et TEISSIER. *Pathologie interne*, t. II, p. 201.
(5) L. HAHN. *Dict. encycl. des sc. méd.*, art. TERPINE.
(6) MARFAN. *Traité de médecine*, t. IV, p. 772, 784, 808.
(7) DAREMBERG. *Traité de la phtisie pulmonaire*, t. II, p. 215.
(8) BARTHEZ et SANNÉ. *Traité des maladies des enfants*, t. II, p. 755.
(9) BARTHEZ et SANNÉ. Loc. cit., t. III, p. 1177.

phtérie. M. Yersin a vu que, sur les milieux de cultures additionnés de terpine, « les colonies de bacilles de la tuberculose sont moins prospères et plus lentes à se mettre en train ». Le docteur J.-B. Colpi, dans le *Morgagni* d'août 1889, dit : « La terpine s'oppose au développement des bacilles de la tuberculose dans le sérum animal. » Il paraît donc certain que, outre son pouvoir anticatarrhal, la terpine jouit d'un pouvoir antibacillaire qui augmente encore son action dans la tuberculose pulmonaire.

A quelles doses et sous quelle forme doit-on prescrire la terpine ? Il est de beaucoup préférable de la faire prendre à l'état dissous ; c'est à cet état qu'elle est le plus absorbable; elle pénètre plus rapidement et plus facilement dans le torrent circulatoire, sans aucune fatigue pour l'estomac.

La terpine étant presque insoluble dans l'eau, tandis qu'elle se dissout bien dans l'alcool, c'est sous la forme d'élixir qu'on la prescrit le plus avantageusement. En l'associant à la coca, comme l'a fait M. Mariani dans sa liqueur à la terpine et à la coca, on obtient une préparation parfaite et très agréable au goût, ce qui est précieux quand il s'agit de soigner de malheureux tuberculeux, à estomac délabré; elle est très digestive ; et l'action tonique de la coca s'ajoute heureusement à l'action spécifique de la terpine. Toutes les fois que nous avons employé ce médicament, à la dose de deux à quatre cuillerées par jour, dans les bronchites chroniques, catarrhe, emphysème, dilatation des bronches, nous n'avons eu qu'à nous en louer ; chez les tuberculeux, au début, nous avons obtenu la cessation des hémoptysies et l'augmentation des forces ; nous avons toujours constaté une amélioration dans les tuberculoses, même les plus avancées. Ces résultats heureux nous ont encouragé à attirer l'attention de nos confrères sur une préparation qui nous a toujours rendu les plus grands services.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 9 octobre 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. Du Cazal et Napias, pour la section d'hygiène publique, et de MM. Delens, Peyrot et Quénu, pour la section de médecine opératoire.

COMMUNICATIONS

Anesthésie mixte par association du chloroforme avec la spartéine et la morphine. — MM. Paul Langlois et G. Maurange adressent une note sur ce sujet.

Dans l'anesthésie par le chloroforme, le véritable danger vient du cœur. Il faut donc chercher un procédé d'anesthésie mixte capable de prévenir le danger de l'arrêt du cœur, et l'on pouvait tenter d'arriver à ce résultat par des méthodes différentes, soit en atténuant l'action toxique de l'anesthésique sur les centres nerveux, d'où les mélanges titrés d'air et de chloroforme, de vapeur d'éther et de protoxyde d'azote; soit en diminuant l'excitabilité des centres nerveux, d'où la méthode combinée de Claude Bernard et de Nussbaum (morphine et chloroforme); soit en supprimant l'action modératrice des pneumogastriques, d'où l'atropo-morphine de Dastre et Morat ; soit, enfin, en renforçant et régularisant les battements du cœur pendant la période d'anesthésie.

Aucun de ces procédés n'a rencontré dans la pratique l'unanime adhésion des chirurgiens. C'est dans ces conditions, et après les recherches de M. Laborde sur la spartéine, dont il a montré l'action élective sur le cœur, que les auteurs ont pensé à employer cet alcaloïde dans les chloroformisations.

Voici en quoi consiste l'application clinique de cette méthode : Un quart d'heure avant la chloroformisation, on fait une injection hypodermique de 1 centimètre cube de la solution suivante :

Chlorhydrate de morphine . . . . 10 centigr.
Sulfate neutre de spartéine . . 30 à 50 —

Eau stérilisée q. s. p. 10 centigr. dans un flacon stérilisé.

Voici maintenant les résultats :

La statistique porte sur 148 opérations personnelles avec anesthésie chloroformique. Dans aucun de ces cas, ces messieurs n'ont jamais eu, à aucun moment, d'alerte cardiaque, quels qu'aient été la gravité de la maladie, la gravité de l'opération ou sa durée, l'âge des sujets, leur état antérieur.

Sur ces 148 cas, un certain nombre rentrent dans la catégorie des opérations que les chirurgiens redoutent au point de vue de l'anesthésie.

Il suffirait évidemment d'un accident malheureux pour renverser ces résultats, puisque la léthalité du chloroforme varie suivant les auteurs, de 1 p. 1400 à 1 p. 6000. Mais il ressort de ces observations qu'en injectant avant la chloroformisation 1 centigrammes de morphine et 3 à 5 centigrammes de sulfate de spartéine, on obtient, dans tous les cas, une narcose rapide, facile à maintenir avec peu de chloroforme et pendant laquelle le pouls n'a pas cessé d'être plein et régulier. Dans quelques cas où la narcose a dû être prolongée deux heures et même plus, la respiration faible, l'apnée toxique s'est produite alors que le cœur continuait à battre avec force.

Dans ce cas, les tractions rythmées de la langue ont permis de prolonger l'anesthésie chloroformique sans inconvénients et même sans inquiétude.

Sur les divers procédés d'abatage des animaux de boucherie. — M. J.-V. Laborde fait la communication suivante :

Au point de vue exclusivement physiologique et expérimental, il est certain que le moyen le plus immédiat, le plus direct, le plus rapide de donner et d'obtenir la mort, est la section ou la piqûre du bulbe rachidien, dit le procédé de l'énervation, par lequel on détermine la cessation instantanée de la respiration et, par suite, de la vie, sans que l'animal ait, pour ainsi dire, le temps de s'en apercevoir et de souffrir.

Mais c'est là un procédé de laboratoire, qui exige une compétence expérimentale, et même une habileté particulière pour être réalisé comme il convient, c'est-à-dire de façon à ne pas manquer le but et le résultat visés : la mort la plus rapide, la plus instantanée possible.

Aussi n'a-t-il pas encore été possible de transporter, pour le mettre en pratique, ce procédé sur le terrain de l'abatage, malgré les tentatives qui en ont été faites.

Personnellement — et à l'époque déjà éloignée où j'ai eu l'honneur de faire partie de la Société protectrice des animaux et même de son conseil — chose qui vous paraîtra peut-être bizarre pour un expérimentateur, mais qui s'explique par ce fait que la Société possédait alors, du côté des vétérinaires, des esprits larges, compétents et avisés, qui pensaient que les animaux ne pouvaient avoir de meilleurs amis et de meilleurs défenseurs, que ceux qui apprennent tous les jours à connaître et à apprécier les services qu'ils rendent à la science et à l'humanité, c'est-à-dire les physiologistes (1) — personnellement, dis-je, je me suis

(1) S'il nous en souvient bien, Claude Bernard avait été également, comme moi et avant moi, sollicité à entrer dans la Société protectrice ; mais il dut, comme moi aussi, se retirer devant le parti rétrograde, réactionnaire, antiscientifique, qui avait pris le dessus et domine toujours dans cette association, dont la conduite et les actes ne répondent nullement à la mission qu'elle prétend remplir.

occupé de cette question, et j'avais imaginé, avec le concours de notre ingénieux constructeur, Ch. Verdin, un projet d'appareil pratique pour opérer la piqûre du bulbe, au lieu d'élection, par l'entremise du premier venu, le garçon boucher ou l'assommeur, par exemple. Cet appareil était calqué sur celui que j'avais déjà conçu pour pratiquer exactement la section médiane longitudinale de la moelle allongée, au niveau de l'entrecroisement des faisceaux pyramidaux : il consistait essentiellement en une lame fine et bien tranchante, enchâssée à la façon d'un couperet de guillotine et glissant, à la faveur d'un pas de vis, entre deux autres lames de bois et de métal, ces dernières étant elles-mêmes adaptées à deux tiges transversales avec des pieds de soutien pouvant être fixés, à volonté, de chaque côté de l'organe à sectionner ou à piquer, notamment, et dans le cas dont il s'agit, aux apophyses transverses de l'Atlas. Ce projet d'appareil visait primitivement la section du bulbe chez le veau, pouvant ensuite être étendu au bœuf.

Les circonstances ne me permirent pas d'y donner suite; peut-être y aurait-il lieu de le reprendre.

Mais une autre tentative importante venait d'être faite, dans ce sens, par un marchand d'animaux de boucherie en gros, M. Bruneau, homme intelligent qui avait cherché à mettre à profit ce qu'il avait appris à connaître du procédé de l'énervation bulbaire : cette tentative, devenue partiellement usuelle aux abattoirs, réside dans l'application d'un masque (masque Bruneau, du nom de l'inventeur) percé, au milieu de sa partie frontale, d'un trou auquel s'adapte un boulon d'une longueur calculée, et qui, enfoncé instantanément par un violent coup de massue, va atteindre la moelle allongée, en traversant toute l'épaisseur de l'encéphale, d'avant en arrière, et produit le phénomène instantané de l'énervation : c'est un procédé *détourné* de piqûre du bulbe, mais qui est loin d'avoir la précision et la sûreté du procédé *direct*.

Il présente seulement quelques avantages sur le procédé de l'*assommement*, dont il se rapproche beaucoup; et, d'ailleurs, comme il endommage considérablement la substance cérébrale, il ne trouve son emploi que dans le cas d'animaux dont la cervelle n'est point marchande, notamment et surtout chez le bœuf, n'étant pas utilisée, conséquemment chez le veau, ni chez le mouton.

Quant à l'assommement proprement dit — coup de massue sur le front — il constitue, sans contredit, le procédé le plus cruel, étant le plus aléatoire, et nécessitant presque toujours la réitération des coups, même quand l'animal est à terre.

Je n'ignore pas que mes honorables collègues de la section vétérinaire, en particulier mon excellent ami, M. Weber, dont la compétence, en ces matières, est indéniable, et qui en tient pour l'assommement, prétendent et assurent même que ceux qui y sont préposés, doués d'une habileté à toute épreuve, ne manquent jamais leur coup.

Sans discuter et nier cette habileté relative, je dois dire que, même à l'abattoir de Paris, où, précisément, en ma qualité de rapporteur d'une Commission *ad hoc* de l'ancienne Société protectrice des animaux, j'ai assisté à de nombreux abatages par les divers procédés, j'ai eu plus d'une fois à constater qu'un premier et seul coup d'assommoir ne déterminait point la mort définitive, et que, dans quelques cas, rares il est vrai, plusieurs gémissements plaintifs de l'animal témoignaient d'une sensation consciente, quelque passagère qu'elle fût.

Toujours est-il que l'assommement ne saurait, à mon sens physiologique, présenter le caractère de sûreté du coup et de certitude du résultat, à cause de la facilité même qu'il comporte, de celui des procédés en discussion, qu'il me reste à examiner : l'égorgement par la section des vaisseaux du cou.

Il consiste, comme vous le savez, dans la section d'emblée, instantanée et complète des vaisseaux du cou, carotidiens et jugulaires : tel qu'il est pratiqué et que je l'ai vu pratiquer par le sacrificateur habile et armé du couteau à tranchant irréprochable, il amène une hémorragie si rapide et si complète, que la *syncope mortelle* en est le résultat immédiat, et que l'animal n'est plus, dès lors, en situation fonctionnelle d'éprouver aucun phénomène conscient, et, par conséquent, douloureux.

Les mouvements *convulsifs* qui accompagnent d'ordinaire l'égorgement hémorragique, sont constitués par des phénomènes purement réflexes, végétatifs, partant inconscients, et n'étant le signe d'aucune douleur, d'aucune souffrance : c'est du pur automatisme, dont la durée et l'intensité sont, d'ailleurs, subordonnées à la manière plus ou moins habile et complète dont l'opération a été exécutée (1).

En tout cas, je le répète, les phénomènes post-hémorragiques après égorgement, quelle qu'en soit l'objectivité, n'ont rien de conscient, et, par conséquent, de douloureux, surtout dans les conditions d'une opération bien réalisée.

Relativement à la présence du sang plus ou moins retenu dans l'organisme, et à l'influence de son séjour dans les tissus et de leur imprégnation, après la mort, sur la qualité de la viande, c'est une question qui, toujours au point de vue physiologique, la seule à laquelle nous voulions nous attacher ici, se lie intimement à celle de la facilité et de la rapidité de l'écoulement sanguin, à la suite des divers procédés d'abatage que nous venons d'examiner. Or, cet écoulement procède directement et essentiellement de deux causes d'ailleurs solidaires : la persistance et l'énergie post-mortales des contractions du cœur et la coagulation du sang.

Eh bien! il n'est pas difficile de s'assurer expérimentalement, de même que par l'observation de ce qui se passe dans les abattoirs, que le cœur continue ses battements physiologiques bien moins longtemps et avec une force beaucoup plus amoindrie dans le cas d'assommement que dans le cas d'égorgement hémorragique ; ce qui s'explique par ce fait que l'assommement constitue, par son énorme traumatisme, une condition d'arrêt fonctionnel des plus effectives, à laquelle le cœur ne saurait échapper; tandis que la simple et rapide section des vaisseaux du cou ne paraît pas exercer d'influence suspensive appréciable sur le fonctionnement indépendant du cœur, qui peut continuer encore un certain temps pendant lequel s'opère facilement et rapidement l'écoulement sanguin; en sorte que, même sous ce rapport, l'égorgement hémorragique offre un avantage réel sur l'assommement.

La séance est levée.

Le VIIIe Congrès français de chirurgie s'est ouvert hier, 9 octobre, dans le grand amphithéâtre de la Faculté de médecine de Lyon, sous la présidence de M. le professeur Tillaux.

— Par décrets, en date du 8 octobre 1894, les chaires d'hygiène et thérapeutique des Écoles de médecine de Rouen et de Caen sont supprimées et remplacées par des chaires d'histologie.

---

(1) C'est ce dont il est facile de s'assurer, aux abattoirs, par ce qui se passe sur les moutons égorgés, dont on voit la longue file, placée sur des tables, s'agiter les pattes en l'air, dans des mouvements convulsifs et cloniques, d'autant plus persistants et durables que l'égorgement a été plus incomplètement et négligemment exécuté; il n'est pas douteux que, du côté du sacrificateur juif, l'opération est pratiquée avec plus de conscience, et, par conséquent, de certitude; c'est pourquoi les effets consécutifs, notamment les convulsions, sont moins durables.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort subite du docteur Desormeaux, chirurgien honoraire des hôpitaux de Paris, décédé dans sa soixante-dix-neuvième année.

Ses obsèques auront lieu demain samedi, à midi, en l'église Saint-Thomas d'Aquin.

— Le jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est constitué provisoirement de la manière suivante :

MM. Darier, Lacombe, Straus, B. Anger, Th. Anger, Lucas-Championnière, Quénu.

— Le jury du concours de l'externat des hôpitaux de Paris est constitué, provisoirement, de la manière suivante :

MM. Guinard, Girode, Menetrier, Duflocq, Kérat, Beurnier, Albaran.

— Par décision ministérielle, en date du 3 octobre 1894, une médaille d'honneur en bronze a été décernée au nommé Bérard (Charles), caporal à la 6e section d'infirmiers, pour son zèle, sa conduite et son dévouement absolu lors de deux épidémies de rougeole et de scarlatine ayant sévi en 1893-94, sur la garnison de Saint-Mihiel, et qui a contracté lui-même une angine avec rhumatisme scarlatineux.

— M. le docteur Rigubert, médecin de première classe de la marine en retraite, médecin sanitaire à bord du *Natal*, a reçu la médaille d'honneur des épidémies (bronze), pour son dévouement à l'apparition de cas de choléra à bord de ce paquebot.

— MM. les docteurs Filhoutaud (de Pierre-Buffière) et Monddet (de Saint-Sulpice-les-Feuilles) sont nommés chevaliers du Mérite agricole.

— *Conférence sanitaire internationale de Paris.* — Les conférences de Rome (1885), de Venise (1892) et de Dresde (1893) ont permis à l'entente des grandes nations de s'effectuer sur les conditions d'hygiène et de prophylaxie qu'il convient d'imposer pour la surveillance des pèlerinages de la Mecque et la protection du golfe Persique contre l'invasion cholérique.

Seize puissances ont été représentées à la conférence internationale (3 avril 1894), ce sont : l'Allemagne, l'Autriche-Hongrie, la Belgique, le Danemark, l'Empire ottoman, l'Espagne, les États-Unis, la France, la Grande-Bretagne, la Grèce, l'Italie, les Pays-Bas, la Perse, le Portugal, la Russie, la Suède et la Norvège.

Le programme a été adopté après de nombreuses délibérations, et les conclusions formulées visent les points suivants :

A. Police sanitaire dans les ports de départ des navires à pèlerins, venant de l'océan Indien et de l'Océanie.

I. Règlement sur les mesures à prendre à bord des navires à pèlerins.

II. Mesures à prendre avant le départ.

III. Précautions à prendre pendant la traversée.

IV. Pénalités.

B. Surveillance sanitaire des pèlerinages dans la mer Rouge.

C. Régime sanitaire applicable aux provenances maritimes dans le golfe Persique.

D. Surveillance et exécution.

Il est à remarquer que l'Empire ottoman a fait déclarer par ses délégués qu'il adoptait parmi les résolutions de la conférence celles seulement « qui se concilient avec les dispositions de ses règlements sanitaires ». Cette dernière puissance serait cependant disposée à se rallier le plus possible aux conclusions adoptées par les nations européennes.

— *Abattoirs et boucheries.* — M. le vétérinaire Lignières, répétiteur d'Alfort, a fait en 1893, dans le « Recueil de médecine vétérinaire », une étude comparée des abattoirs en France et en Italie, notamment à Gênes, Milan, Plaisance, Venise. Cet auteur a proposé de cuire à l'abattoir même les viandes provenant d'animaux maigres, météorisés, asphyxiés. M. Moulé, à la Société de médecine vétérinaire, a combattu cette opinion, soutenant avec raison qu'une semblable pratique aurait le grave inconvénient de permettre aux bouchers d'écouler des viandes suspectes au milieu d'autres, médiocres sans doute, mais non nuisibles.

— *Statistique.* — Les longs calculs nécessités pour l'établissement de la statistique sont simplifiés et rendus très rapides, grâce à la machine inventée en Amérique, en 1890, par M. Hollerith. L'emploi de cette machine tend actuellement à se généraliser ; elle est mise à l'essai à Rome, Berlin et Paris. M. le docteur Bertillon croit que ce remarquable système est appelé à rendre de grands services pour les statistiques générales des nations ou municipales des grandes villes.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Mormiches (de Mortagne-sur-Gironde) et Nadaud (de Couhé-Vérac).

— M. le docteur Albert Mathieu, médecin du Bureau central, commencera le mardi 16 octobre, à dix heures, dans le service de M. le professeur Proust, à l'Hôtel-Dieu, une série de conférences pratiques sur le diagnostic et le traitement des maladies de l'estomac et de l'intestin.

Il les continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure.

REVUE GÉNÉRALE

Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire.

Par Paul Chapuis,
Interne des hôpitaux de Lyon.

L'idée de cette Revue nous vient d'un cas magnifique de chancre syphilitique de la pituitaire, que nous avons observé à la clinique de l'Antiquaille, pendant notre semestre d'internat chez M. le professeur Gailleton. Le jeune homme qui en était atteint a fait l'objet d'une très intéressante leçon clinique de M. le professeur agrégé Et. Rollet, à la clinique de l'Antiquaille, au mois de décembre 1893 (1).

La rareté de cette localisation primitive de la syphilis, nous a poussé à fouiller sur le sujet la littérature spéciale; et c'est le résumé de ces longues recherches qui remplira le premier chapitre de ce travail.

I

Les chancres syphilitiques de la région nasale, comme ceux de la région oculaire, doivent être séparés en deux groupes bien distincts : chancres cutanés et chancres muqueux. Les chancres cutanés, qu'ils siègent à la racine du nez, sur le lobule ou sur les ailes, sont d'observation assez fréquente, surtout comparés aux chancres intra-nasaux. Dans la seule littérature française, nous en avons trouvé un grand nombre, dont nous avons relevé la liste, mais dont l'énumération serait ici fastidieuse. Au contraire, la première remarque qui s'est dégagée de nos recherches, c'est l'extrême rareté du chancre induré des fosses nasales. Beaucoup de syphiligraphes, arrivés au bout d'une longue carrière, n'ont pas eu la bonne fortune d'en observer. « Je l'ai rencontré sur la pituitaire », dit simplement Ricord, dans ses *Leçons sur le chancre*; ses 824 syphilitiques n'ont pu lui en fournir qu'un seul exemple (2). Cullerier, dans son Traité, n'a pas un mot, non seulement pour les chancres pituitaires, mais même pour les chancres du nez en général (3). Lancereaux cite un seul cas, qu'il a trouvé dans la statistique de Fournier (4). Ce dernier auteur, dans son Traité, édition 1881, lui qui avait recueilli les leçons de Ricord, n'en dit pas un mot. La même année, Armand Rizat écrit : « Les chancres peuvent également occuper la muqueuse nasale », et c'est tout (5). Mauriac (6), Hermann-Zeissl (7) ne sont pas plus explicites. Mais, en 1865 déjà, Rollet (8) rappelle le cas de Mac-Carthy (1844), et cite 3 cas personnels de chancres syphilitiques pituitaires. Enfin, Jullien, réunissant les grosses statistiques d'une série de syphiligraphes, ne peut retrouver que 8 chancres du nez, dont un seul intra-nasal, et cela sur un total de 2043 chancres syphilitiques. Il dit avoir observé lui-même, dans le service de Lailler, en 1874, une perforation de la cloison, qu'il attribua à un ancien chancre syphilitique (1). Mais il n'a pas vu l'accident primitif. Aussi, son cas est-il contesté par Dupond, dans sa thèse sur la syphilis du nez et des fosses nasales (Bordeaux, 1887).

Le silence ou la brièveté des auteurs précédents, éminemment classiques, nous font soupçonner déjà l'excessive rareté de la syphilis primitive de la pituitaire. L'exposé de quelques statistiques sera, si possible, encore plus éloquent.

En additionnant les statistiques de Martin, Carrier, Bureaux, Bassereaux, Fournier, Clerc, L. Le Fort, citées et réunies par Jullien (Traité, p. 527), on obtient le chiffre considérable de 2043 chancres syphilitiques : eh bien! on n'y trouve qu'un seul chancre pituitaire.

La statistique personnelle de Fournier, jusqu'en novembre 1892, donne 794 cas de chancres *extra-génitaux*, total obtenu quand on additionne les statistiques partielles présentées par Nivet (2), Morel-Lavallée (3), Veslin (4), Feulard (5). On n'y trouve que 13 cas de chancres nasaux, dont deux seulement sont muqueux. Et ces 794 chancres extra-génitaux supposent probablement plus de 15000 chancres syphilitiques. (La proportion est, en effet, de 1 chancre extra-génital sur 20 chancres de siège quelconque.)

Sur les 103 cas de chancres *céphaliques* que Stourme a réunis dans sa thèse (6), appartenant aux services de l'Antiquaille ou des hôpitaux de Saint-Étienne, il n'y a qu'un seul chancre intra-nasal, celui que M. Poncet a présenté, en 1881, à la Société des Sciences médicales de Lyon (7).

Il nous paraît intéressant, car la chose n'a pas encore été faite d'une façon exacte et complète, de grouper tous les cas qui ont été publiés ou présentés devant des sociétés savantes, ou seulement même cités dans les ouvrages classiques. Nous allons voir qu'un bon nombre a été relevé dans ces quinze dernières années.

Nous ne ferons pas entrer dans cette énumération les faits de syphilis primitive des orifices postérieurs des fosses nasales et de l'orifice pharyngé de la trompe d'Eustache. Ces faits sont bien connus, surtout depuis la triste célébrité qu'ils ont faite, il y a trente ans environ, à un spécialiste parisien très à la mode. Ces chancres, reconnaissant leur origine dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache fait avec des instruments infectés, sont en réalité des chancres pharyngiens. Ils doivent être distraits de ceux dont nous faisons actuellement l'étude.

1844. Le cas de Mac-Carthy (thèse de Paris).
1858. Le cas de Ricord (*Leçons sur le chancre*).
1863. Nodet : un cas qui se trouve cité dans la thèse parisienne d'Aimé Martin (1863). Ce cas de Nodet appartient au service de Rollet, et il est consigné dans le traité de cet auteur.
? Un cas observé par Fournier et rappelé par Rollet (Traité, p. 693) et par Jullien (Traité, p. 527). Est-ce le cas de Ricord, consigné dans les Leçons qu'a recueillies Fournier? ou bien est-ce

(1) Nous remerçions ici M. Rollet de l'obligeance avec laquelle il a facilité ces pages par de nombreux et précieux renseignements.
(2) Ricord. *Leçons sur le chancre*, 1858.
(3) Cullerier. *Traité des maladies vénériennes*, 1866.
(4) Lancereaux. *Traité de la syphilis*, 1873.
(5) Arm. Rizat. *Manuel pratique des maladies vénériennes*, 1881.
(6) Mauriac. *Leçons sur les maladies vénériennes*, 1883.
(7) Hermann-Zeissl. *Traité clinique et thérapeutique des maladies vénériennes*, trad. franç. de Raugé, 1888.
(8) Rollet. *Traité des maladies vénériennes*, 1865, p. 693 et 704.

(1) Jullien. *Traité des maladies vénériennes*, édit. 1886, p. 527 et 585.
(2) Nivet. Th. de Paris, 1887.
(3) Morel-Lavallée. *Ann. de dermat. et de syphil.*, 1888.
(4) Veslin. *Idem*, 1890.
(5) Feulard. *Idem*, 1890 et 1892.
(6) Stourme. Th. de Lyon, 1889.
(7) Ce travail était fait avant la thèse inaugurale de Le Bart (*Le chancre primitif du nez et des fosses nasales*, Paris, 6 juin 1894), que nous n'avons pu nous procurer.

une observation appartenant personnellement à Fournier? Nous n'avons pu éclaircir la question. En tout cas, cet auteur n'y fait aucune allusion dans son Traité de 1881.

1865. Trois cas personnels de Rollet (Traité, édit. 1865, p. 693 et 704).

1875. Nettleship : un cas (*British Med. Journ.*, tome II, p. 363).

1881. Spencer Watson (*Med. Times and. Gaz.*, 1881) : il s'agit d'une nourrice qui avait l'habitude de se faire téter le bout du nez, et fut infectée par son nourrisson.

1881. Poncet, de Lyon (Société des Sc. méd. de Lyon).

1885. Rasori (*Gazetta degli ospitali*, 1885).

1887. Moure (*Rev. de laryngol.*, 1er juillet).

1887. Morel-Lavallée : service de Fournier (*Annal. derm. et syphil.*, p. 701).

1889. Pospelow (*Archiv. für derm. und syphil.*).

1890. Marfan : service de Peter (*Ann. derm. et syphil.*, p. 499).

1890. Gemy, d'Alger (*Ann. derm. et syph.*, p. 571).

1892. Reboul (thèse de Bordeaux, décembre 1892) cite un nouveau cas de Moure, observé par ce médecin en juin 1891.

1892. Société de laryngologie et d'otologie, mai 1892. A propos de ce dernier cas, présenté par Moure, Hicguet dit avoir observé deux cas de chancres syphilitiques à l'entrée des fosses nasales, sur le côté de la cloison : il s'agissait de deux typographes qui prenaient du tabac à priser dans une tabatière commune.

1894. Nous avons parcouru le livre tout récent de Duncan Bulkley (*Syphilis in the Innocent*, New-York, 1894), mis obligeamment à notre disposition, par M. le professeur agrégé Ét. Rollet. Cet ouvrage, véritable merveille de patience et de travail bibliographique et statistique, fait mention de tous les cas précédemment cités (à part ceux d'Hicguet), et que nous avions trouvés éparpillés un peu partout. Duncan Bulkley nous fournit, en outre, une observation personnelle : « Il s'agit d'un employé des douanes ayant de fréquents rapports avec les matelots, et accoutumé à se servir des mêmes linges. Il est à supposer qu'en s'essuyant le nez avec un linge, il s'inocula le virus syphilitique sur une surface ulcérée, au bord de la narine gauche. Il n'avait conscience d'aucun autre mode de contagion; aucune lésion génitale, et ne s'était pas exposé, depuis deux ans, à des rapports sexuels. » (Traduction à peu près littérale, p. 100 et 101.)

1894. G. Thibierge vient de faire paraître, dans la *Gaz. hebd.*, 28 avril 1894, une très belle observation.

1894. Enfin, notre cas personnel, observé au mois de novembre 1893, serait le vingt-et-unième ou le vingt-deuxième connu. Nous l'avons publié *in extenso* dans le numéro du 19 juillet 1894 de la *Gazette des hôpitaux*.

II

Cette dernière observation présentait le tableau ordinaire et assez complet des manifestations par lesquelles se révèle l'infection syphilitique primitive des fosses nasales. Dans ce chapitre de symptomatologie, nous n'avons nullement l'intention d'énumérer tous les signes du chancre syphilitique en général, mais celle d'insister sur les particularités qui relèvent directement de cette localisation tout exceptionnelle.

Le *siège* n'en est jamais bien profond : cela résulte de ce fait que l'infection est presque toujours apportée par les doigts, qui viennent excorier la muqueuse et l'inoculer à une assez faible distance de l'entrée des narines. Nous avons fait allusion plus haut aux faits d'infection du pharynx dans le cathétérisme de la trompe d'Eustache : si la sonde d'Itard peut traverser toute la longueur des fosses nasales sans inoculer, à une plus ou moins grande profondeur, la pituitaire proprement dite, c'est sans doute parce que l'instrument traverse aisément le large méat inférieur, tandis que les tâtonnements du bec de la sonde, à la recherche de l'orifice de la trompe, déterminent souvent des excoriations de la muqueuse pharyngée ; d'autant mieux que celle-ci est alors fréquemment enflammée, par conséquent plus déchirable. Ainsi donc, c'est au seuil même des fosses nasales, sur le revêtement interne de la narine, ou sur les parties les plus inférieures de la muqueuse, en un point le plus souvent accessible au regard direct, que naît d'habitude la petite élevure ou la petite ulcération initiale du chancre. C'est tantôt sur la paroi externe, tantôt, et plus souvent, semble-t-il, sur la cloison, que débute la lésion primitive. De là, elle gagne en étendue, en profondeur et en largeur, et prend quelquefois, comme chez le sujet que nous avons observé, la forme en couronne, faisant le tour complet du bord de la narine. Il faut bien dire que, dans la pratique courante, le médecin est peu exposé à surprendre le chancre intra-nasal à sa période initiale, car cette petite ulcération narinaire n'inquiète pas le sujet au même titre que lors d'une localisation génitale. Lorsqu'il a recours au praticien, c'est que son chancre est déjà arrivé à la période plus alarmante de progrès ou de plein développement. A ce moment, l'ulcération syphilitique s'est avancée progressivement du côté de la profondeur des fosses nasales et vers l'extérieur plus ou moins près du rebord de la narine ; ou même elle a dépassé ces limites, et gagné la face extérieure de l'aile, de façon à devenir un chancre cutanéo-muqueux. Couverts de croûtes, irrégulièrement boursouflés, les tissus envahis rétrécissent alors à un degré variable l'entrée de la narine. C'est désormais, dans toute l'acception du mot, un chancre véritable, qui est là, de par ses caractères physiques, ce qu'il est au dixième, quinzième, vingtième jour sur la muqueuse balano-préputiale.

Aussi bien, ne décrirons-nous pas sa forme, sa teinte, l'aspect des bords et du fond, l'induration de sa base, etc. Ces caractères fondamentaux sont ceux du chancre syphilitique en général; indépendamment de tout siège, par conséquent de description et de connaissance banales. Mais il nous faut signaler l'aspect érysipélateux que présente parfois la région — et qui était très remarquable dans notre observation personnelle et dans celle de Thibierge (loco citato). « A première vue, dit Thibierge, malgré l'absence de bourrelet, l'impression était celle d'un érysipèle. »

Cet érythème érysipéliforme, colorant des tissus œdématiés et tendus par l'infiltration, est certainement l'expression d'une infection secondaire locale, produite par les hôtes habituels des fosses nasales — et tout à fait analogue à la lymphangite en nappe si commune autour des ulcères

de jambe enflammés par la marche et infectés par des pansements malpropres.

Les *adénopathies*, développées de bonne heure, et constituant souvent pour le malade le premier symptôme apparent, seront le plus habituellement sous-maxillaires. Qu'on nous permette ici une petite digression anatomique. Ces ganglions sous-maxillaires ne sont pas ceux où aboutissent les lymphatiques de la pituitaire proprement dite, mais bien les lymphatiques des ailes des narines, du lobule, de la sous-cloison et du revêtement *cutané* de l'intérieur des narines. La muqueuse pituitaire ne commence réellement qu'à 10 ou 15 millimètres plus haut que l'orifice extérieur des narines (10 à 14 millimètres sur la paroi interne, 14 à 16 sur la paroi externe, Testut). Dans l'affection que nous étudions, il est aisé de comprendre que l'infection syphilitique, par le double fait de son caractère assez rapidement extensif, et de sa localisation initiale aux confins mêmes des deux territoires lymphatiques cutané et muqueux, les envahira tous les deux simultanément ou peu s'en faut. Dès lors, en raison de leur importance et de leur situation plus extérieure, apparaîtront surtout bien les ganglions du territoire cutané, les sous-maxillaires. Ils donnent des adénopathies grosses, polyganglionnaires, dures, et, fait à remarquer dans un chancre syphilitique, *pas du tout indolores*. Ce dernier caractère est très probablement, comme cette teinte érysipélateuse dont nous parlions tout à l'heure, le fait de l'intervention des agents d'infection secondaire, qui trouvent dans les fosses nasales des conditions d'existence plus favorables que dans les régions génitales, mieux préservées.

Du reste, le bubon *inflammatoire* aigu, dont on connaît la tension douloureuse si vive, n'est pas chose si exceptionnelle dans le chancre syphilitique *pur* des régions génitales elles-mêmes.

Les *ganglions parotidiens* sont parfois pris, comme on le trouve noté dans les cas de Gemy, Marfan, Thibierge...

Les ganglions préauriculaires et les ganglions géniens (thèse de Viguier, Lyon, 1892), s'ils sont envahis, frapperont d'emblée l'œil de l'observateur, en raison de leur superficialité.

On n'a pas songé avant nous, du moins nous ne l'avons pas trouvé signalé dans les observations antérieures, à rechercher l'état des ganglions vraiment tributaires de la muqueuse pituitaire. C'est-à-dire un gros ganglion au-devant du corps de l'axis, accessible au doigt, et un ou deux ganglions situés de chaque côté tout près de la grande corne de l'os hyoïde (E. Simon et Panas). Dans les cas futurs, il sera intéressant de faire cette exploration, qui nous a révélé, chez notre malade, la prise de ces derniers ganglions avec intégrité du pré-axoïdien.

D'origine cutanée ou muqueuse, ces adénopathies décroîtront au fur et à mesure de la régression du chancre, pour lui survivre un temps plus ou moins long.

Bien souvent, avant la disparition complète de ces deux ordres de manifestations, apparaîtra le signe de généralisation de la syphilis, la roséole, apportant au bout de quatre, cinq, six semaines la confirmation irréfutable d'un diagnostic dont l'évidence aurait pu se voiler sous des symptômes moins éloquents. Fréquemment même, peu inquiété par une affection nasale à laquelle il n'attachait aucune importance, le malade ne consultera le médecin qu'à une période déjà avancée de sa syphilis, avec une éruption roséolique et des plaques muqueuses dans la bouche : tels étaient les malades de MM. Poncet, Marfan, Morel-Lavallée, Gemy, Thibierge.

A côté de ces *symptômes tout objectifs*, se placent des signes *subjectifs* particuliers, qui ont, eux aussi, leur explication dans le siège spécial choisi par la syphilis. Sensation de tension désagréable, démangeaisons, cuissons, besoins fréquents de se moucher, enchifrènement, nasonnement de la parole, gêne respiratoire par suite de l'obstruction plus ou moins complète de la narine, nécessité de tenir la bouche ouverte pour suppléer à l'insuffisance de la respiration nasale, sommeil gêné et ronflant..., tous ces phénomènes seront plus ou moins accusés, en raison proportionnelle de la profondeur, de l'étendue du chancre induré, et de l'infiltration des tissus de voisinage immédiat.

Quant aux souffrances du malade, nous pensons qu'elles sont en rapport principalement avec le degré des infections secondaires concomitantes, se manifestant par l'infiltration des téguments et par l'inflammation des ganglions sous-maxillaires : c'est dire que leur intensité est très variable, suivant les sujets.

Ces phénomènes *subjectifs*, dont nous venons de faire une rapide énumération, peuvent être fort peu marqués et passer pour ainsi dire inaperçus. Si, en effet, dans les cas de MM. Poncet, Gemy, Thibierge, dans le nôtre, l'importance réelle de ces signes marchait de pair avec des adénopathies volumineuses témoignant d'une infection intense, avec un engorgement et une obstruction très prononcés de la narine correspondante, il est d'autres observations, celles de M. Marfan et de M. Morel-Lavallée, par exemple, où les mêmes manifestations faisaient presque absolument défaut. C'est que, à côté de cette forme anatomique *habituelle* qui a fait le thème de notre description symptomatique : élevure ulcérée solide, véritable néoplasme très apparent et volumineux pour la région, il est une autre forme où le chancre n'est qu'une petite ulcération, « une érosion bénigne, insignifiante, la forme habituelle du chancre des muqueuses génitales (1) ». Le malade de M. Morel-Lavallée « qualifie de *bobo* une petite écorchure qu'il a eue dans la narine gauche et qui saignait un peu quand il se mouchait ». Il n'en a pas été autrement incommodé. Dans le cas de M. Marfan, ces signes étaient si peu marqués que le malade était arrivé en pleins accidents secondaires tout en « ignorant qu'il avait quelque chose dans le nez ».

Les symptômes généraux liés au chancre proprement dit sont nuls ou insignifiants : nous ne parlons pas des malaises vagues, de la céphalée, des mouvements fébriles qui pourront se montrer avec l'apparition de la roséole.

III

A la différence des chancres de l'orifice postérieur des fosses nasales et du pharynx, les chancres que nous venons d'étudier ne donnent pas naissance à des complications de nature bien grave. La seule complication digne de ce nom est, dans les observations connues, l'oblitération des voies lacrymales avec abcès lacrymal, chez le malade de Nettleship. Jullien (2) observant, dans le service de M. Lailler, une perforation de la cloison, crut pouvoir rétrospectivement l'attribuer à un chancre syphilitique intra-nasal. Dupond y fait allusion dans sa thèse, et, faisant remarquer

(1) Morel-Lavallée. Loc. cit.
(2) Jullien. Loc. cit.

que Jullien n'a pas assisté à l'évolution même de ce prétendu chancre, pense qu'il s'agissait là très probablement d'une lésion tertiaire.

Un certain degré de sténose narinaire peut succéder à la cicatrisation du chancre induré : c'est là un incident à distance assez insignifiant. On sait qu'il n'en est pas de même des déformations produites par les gommes syphilitiques du nez qui, en détruisant le squelette osseux ou cartilagineux, amènent un affaissement et un recul du lobule et des ailes, de façon à constituer ce que Fournier a appelé le « nez en lorgnette ».

Au point de vue du pronostic, une considération reste à tirer tout à la fois du siège extra-génital du chancre et des infections secondaires qui viennent joindre leur action à celle de l'infection spécifique. Nous l'empruntons à M. Thibierge : « Ces infections parasyphilitiques, dont l'étude est presque entièrement à faire, jouent sans doute un rôle important dans la pathogénie de certaines syphilis précocement graves, à allures de maladies infectieuses rapides, avec lésions cutanées généralisées intenses, et à tendances pyogènes, qui s'observent à la suite de chancres de la région génitale, mais sont comparativemeut plus fréquentes dans les cas de chancres extra-génitaux. C'est probablement là une des causes de la gravité, reconnue par la plupart des syphiligraphes, des syphilis qui ont pour origine un chancre extra-génital (1). »

En somme, en tant que lésion *locale*, le chancre syphilitique de la pituitaire évolue très simplement, et sans complications véritables, dans la très grande majorité des cas.

IV

Le chancre syphilitique des fosses nasales est si rare, il sera si facile à l'observateur, mis en sa présence, d'oublier la syphilis, que sa véritable nature pourrait parfaitement être méconnue, surtout à une période peu avancée. Voyons donc quelles affections, empruntant le même siège, seraient susceptibles d'égarer le diagnostic.

Nous ne ferons que citer l'*érythème inflammatoire du coryza aigu* et le *sycosis* : ce sont là deux affections dont les symptômes nasaux ne pourront jamais, avec la moindre attention, en imposer pour un chancre induré.

Plus facilement, celui-ci pourrait être pris pour un *érysipèle* d'origine intra-nasale. Nous rappellerons le malade de M. Thibierge et le nôtre, à propos desquels l'idée d'érysipèle venait immédiatement à l'esprit, et convenait parfaitement à un examen un peu superficiel. On sait que l'érysipèle de la face a le plus souvent pour point de départ de petites excoriations du revêtement interne des narines ou de la portion inférieure de la muqueuse pituitaire. Aussi est-ce tout d'abord sur le nez et sur les parties contiguës des joues qu'apparaissent la teinte et l'infiltration érysipélateuses, bordées par le bourrelet limitrophe... Les ganglions sous-maxillaires, comme dans le chancre, se prennent très rapidement.

Mais il n'y a pas, dans le chancre syphilitique enveloppé d'une auréole érysipélatiforme, ce début brusque avec grands frissons, cette fièvre et ces phénomènes généraux si intenses, pas cette bilatéralité symétrique de l'érysipèle si justement appelé « en papillon », pas cette extension rapide et large. La teinte en est plus sombre, livide, lie-de-vin ; l'infiltration des tissus, moins accentuée, ne produit ni bourrelet-limite net, ni phlyctènes de séro-pus.

L'*eczéma impétigineux*, si fréquemment développé dans les narines des enfants scrofuleux, pourrait-il donner le change? Loin d'être limité, comme le chancre, à une seule narine, il envahit, en général, les deux, s'étend, en outre, à la lèvre supérieure, à la face extérieure des ailes du nez, aux joues. Il se reconnait à son indolence, à ses croûtes fendillées d'un brun jaunâtre, aux ulcérations irrégulières et saignantes qu'elles cachent, à son suintement particulier, à ses caractères d'extensivité et de chronicité. Sous les croûtes, c'est de l'épaississement simple de la peau qu'on trouve, et non une véritable induration.

Le chancre de la muqueuse ne saurait être confondu avec une *tumeur maligne ulcérée*. « Le sarcome n'arrive à l'ulcération qu'au bout d'un long temps et lorsqu'il a acquis un volume très considérable que n'atteint jamais le chancre; aussi le sarcome ulcéré s'accompagne-t-il de déformations des fosses nasales, de déviation de la cloison qui n'existent jamais avec le chancre (1). »

Pourrait-on prendre le chancre pour un *lupus tuberculeux*, ou réciproquement? La confusion de cette dernière affection serait plutôt faite avec l'eczéma dont nous parlions tout à l'heure. A début plus insidieux encore, à développement plus lent que le chancre, le lupus de l'intérieur du nez déborde la narine, gagne sa surface extérieure et la lèvre supérieure ; il a des contours irréguliers, déchiquetés, dentelés, bordés d'un semis de petits tubercules jaunâtres, couleur sucre d'orge, en voie d'évolution. D'autre part, on trouve souvent à la face d'autres localisations de tuberculose cutanée, avec engorgement nettement scrofuleux des ganglions sous-maxillaires, sus-hyoïdiens... En définitive, il est rare que le diagnostic reste véritablement hésitant en présence de cette affection, dont les caractères sont, en général, assez tranchés. Voyons maintenant les autres manifestations, secondaires ou tertiaires, de la syphilis.

Les *plaques muqueuses* sont très rares aussi dans les narines ou sur la pituitaire. On aura, pour attribuer à ces lésions leur valeur et leur signification véritables dans l'évolution de la syphilis : tout d'abord, l'existence passée, souvent connue du malade, d'un chancre induré plus ou moins lointain, et le fait plus rapproché des éruptions spécifiques; ensuite, les caractères physiques de ces ulcérations, qui sont de petites érosions à fond rouge ou de petites plaques opalines, constituant une lésion tout à fait superficielle; enfin, la coexistence — car ces plaques narino-pituitaires sont exceptionnellement isolées — d'autres plaques muqueuses plus catégoriques bucco-pharyngées ou ano-génitales.

Si quelque incertitude demeurait entre le chancre et une *gomme syphilitique ulcérée*, outre le précieux appoint des commémoratifs, l'observateur opposerait à l'évolution assez rapide du chancre, à tous ses caractères physiques, à l'envahissement précoce, à la dureté et au volume des ganglions, le développement graduel et lent, dépourvu de symptômes accessoires frappants, de l'accident tertiaire ; les attributs physiques de cette ulcération tardive, qui est large et profonde, sa coloration gris sale, ses bords déchirés, son fond qui, loin de présenter un plan unique, est inégal et comme étagé, sa sécrétion représentée par une espèce de bourbillon ou de liquide gélatineux ou filant; et enfin ce

(1) Thibierge. *Gaz. hebd.* du 28 avril 1894.

(1) Gérard-Marchant. *Traité de chirurgie*, t. IV, p. 581.

fait qu'introduit dans le fond de la gomme, un stylet arrive sur l'os ou sur le cartilage, plus ou moins compromis lui-même dans sa vitalité. En dehors de ces différences, purement physiques et locales, mais déjà caractéristiques, on aura fréquemment d'autres symptômes de syphilis grave, invétérée, du côté soit des téguments, soit des os, soit des viscères. Enfin, comme dernière ressource, il resterait encore l'épreuve thérapeutique par l'iodure et les frictions mercurielles.

L'hypothèse d'une *gomme tuberculeuse ulcérée* serait écartée par la présence de symptômes très analogues. Car les ressemblances des gommes tuberculeuses avec les syphilitiques sont telles que l'embarras consistera bien plus à différencier la nature même de ces gommes qu'à les distinguer du chancre syphilitique.

Il nous reste à examiner si, comme pour les chancres génitaux, la confusion serait ici possible entre le *chancre simple* et le chancre syphilitique. Depuis que sont définitivement établies l'individualité et la spécificité de la chancrelle et de la syphilis, ce fait a frappé tous les vénéréologistes, à savoir la fréquence des chancres syphilitiques extra-génitaux et la rareté des localisations extra-génitales du chancre mou.

Cette proposition est plus absolue encore si l'on ne considère que le siège céphalique de ces affections. Aussi, dès 1854, M. Rodet faisait remarquer la constance presque absolue des accidents syphilitiques à la suite des chancres de la tête. Ricord — et Fournier autrefois — prétendaient même que le chancre simple ne s'observait jamais à la tête. Trop de preuves ont, depuis, fait la démonstration du contraire pour que nous nous arrêtions à discuter cette opinion. Nous ne pouvons non plus nous attarder à développer les raisons invoquées en faveur de cette excessive rareté des chancres mous céphaliques, et dont les principales sont :

La localisation presque toujours génitale du chancre mou, opposée à l'ubiquité du chancre syphilitique ;

Le mode de contagion du chancre mou, qui se fait à peu près exclusivement par le coït, tandis que la contagion de la syphilis emprunte une foule de modes différents ;

La généralisation du chancre syphilitique et le caractère contagieux des lésions secondaires de généralisation, opposées au cantonnement du chancre simple, qui reste une maladie locale ;

Le chancre syphilitique génital ou les plaques muqueuses syphilitiques, passant souvent inaperçues, n'empêchent pas alors les rapports *ab ore* ; au contraire, le chancre mou, toujours plus évident, rend impossibles ces mêmes rapports ;

Enfin, une immunité relative de la région céphalique vis-à-vis du bacille du chancre mou, immunité qui tiendrait peut-être à la plus grande vascularisation de la face, à la chaleur de cette région plus rapprochée du centre circulatoire.

Pour rare qu'il soit, le chancre mou céphalique n'en a pas moins une authenticité universellement reconnue à l'heure actuelle. Et, pour rentrer mieux au cœur de la question qui nous intéresse, nous pouvons citer au moins deux observations de chancres simples du nez.

Melchior Robert : contamination expérimentale sur un ulcère cancéreux du nez, avec de la charpie recueillie sur un chancre d'inoculation (1).

(1) Robert. *Traité des maladies vénériennes*, Paris 1861, p. 381.

Giuseppe Profeta : observation dans laquelle il s'agit d'un chancreux, atteint d'une éruption prurigineuse du nez, qui s'inocula accidentellement par le grattage (1).

Dès lors que s'affirme tout à la fois par l'expérimentation et par l'observation clinique la réalité du chancre simple du nez, on devra y penser et l'écarter avant d'affirmer le diagnostic de chancre syphilitique. Il faudrait rappeler ici tous les caractères, devenus banaux à force d'être répétés, qui distinguent le chancre mou : la courte durée, ou, pour mieux dire, l'absence d'incubation, le mode de développement, les contours irréguliers, les bords sinueux, taillés à pic, déchiquetés, décollés, le fond profond, anfractueux, grisâtre, la suppuration abondante, l'absence de l'induration si particulière au chancre syphilitique, la pluralité des chancres, la possibilité de reproduire en vingt-quatre ou quarante-huit heures un chancre d'inoculation, etc.

Arrivé à la fin de ce chapitre, il faut bien dire que, dans la majorité des cas, il suffira de songer à la possibilité d'un chancre syphilitique pour en rejeter ou pour en affirmer la présence. Après l'analyse attentive des symptômes locaux et ganglionnaires, jointe à l'interprétation des anamnestiques souvent précieux fournis par le sujet, il nous paraît bien difficile qu'on soit obligé d'attendre l'apparition des accidents secondaires pour se débarrasser irrévocablement de l'incertitude qui aurait pu demeurer dans l'esprit.

V

Le *traitement prophylactique* ne nous arrêtera guère. Car, en ce qui concerne les « insontes », de beaucoup les plus nombreux dans cette catégorie de malades, on ne saurait les préserver d'une contagion qu'ils ne soupçonnent qu'au jour de ses trop réelles manifestations ; pour les *autres*, on ne pourrait que répéter les banalités constituant les principes de prophylaxie de la syphilis en général.

Dans le *traitement curatif*, nous écarterons rapidement tous les moyens qui s'adressent au chancre, considéré en tant qu'accident purement syphilitique, et à ses suites : la localisation particulière dont nous traitons ici n'apporte aucune révolution dans cette thérapeutique qui s'adresse à une affection toujours la même, quel que soit son point initial. Faisons remarquer toutefois, qu'en raison de la période avancée à laquelle se présentent ces chancres, les différentes méthodes de « blocus », suivant l'expression de Fournier, ou de *suppression*, ne seront guère de mise. Outre la considération précédente, il est un procédé de suppression du chancre, que la région contre-indique ici aussi bien qu'aux paupières et à la conjonctive : l'*excision*.

Nous avons vu intervenir, dans la physionomie particulière du chancre des fosses nasales, les agents des infections secondaires : il faudra leur opposer des moyens thérapeutiques, dont l'importance et la nécessité relèvent du siège tout spécial de la lésion. Sans doute, les soins de propreté et d'antisepsie s'appliquent à tout chancre génital, mais avec moins de rigueur et d'urgence que dans le chancre intra-nasal, par suite de la facilité de pénétration que l'ulcération syphilitique crée aux germes infectieux qui vivent normalement dans les cavités nasales ou qui s'y introduisent avec les poussières de l'air inspiré.

On fera d'abord tomber les croûtes, souvent fort épaisses et adhérentes, surtout au pourtour de l'ulcération, par des

(1) G. Profeta. *Ann. de dermat. et de syphil.*, t. V, p. 197.

lavages antiseptiques tièdes, qui les ramollissent et les décollent et par l'application de pommades à la vaseline boriquée, salolée, ou sublimée faible.

Une fois la lésion syphilitique bien mise à découvert, des lavages seront pratiqués plusieurs fois par jour dans la fosse nasale, à l'aide d'un récipient quelconque — seau de Volkmann — suspendu à une certaine hauteur au-dessus de la tête. Après chaque lavage, une insufflation de poudre de calomel, d'iodoforme, de salol ou d'acide borique, maintenue par un petit tampon de coton hydrophile imbibé d'une solution ou d'un peu de vaseline antiseptique.

Si le chancre a envahi la surface extérieure de la narine, de la cloison ou du lobule, on garantira cette petite plaie avec un peu de gaze, de coton hydrophile et une petite bande : le classique pansement du bout du nez.

Si nous nous en rapportons au seul cas que nous ayons eu sous les yeux, et dans lequel les phénomènes inflammatoires étaient excessifs, on verra ces derniers céder rapidement à cette simple médication, en même temps que les ganglions, préservés d'un apport nouveau de germes infectieux, diminuent peu à peu de volume et redeviennent indolores.

Si, par le fait d'une virulence particulière staphylo ou streptococcienne, ou d'une intervention trop tardive des soins médicaux, les adénites venaient à suppurer, on n'aurait pas alors à se comporter autrement qu'envers le bubon inflammatoire suppuré de l'aine ou tout autre adénite *chaude* de siège quelconque.

Quant aux autres complications, si par extraordinaire il s'en produisait, on les traiterait chacune selon sa nature. Nous ne pouvons nous attarder à passer en revue toutes les affections dont un chancre pituitaire est, théoriquement, susceptible de s'accompagner.

VI

Protégée par sa situation profonde et par la charpente extérieure du nez, on conçoit que la muqueuse pituitaire ne puisse que très exceptionnellement être directement infectée, par son exposition au contact immédiat de sécrétions syphilitiques virulentes.

Ce mode de contagion directe est, au contraire, fréquent et facile pour la muqueuse labio-buccale et même pour la conjonctive, qu'il s'agisse d'un contact avec des lésions primitives ou secondaires, génitales ou extra-génitales, peu importe.

A ce simple point de vue étiologique, les chancres intranasaux diffèrent donc tout à fait des autres chancres muqueux céphaliques, et nous devons ajouter des chancres extérieurs du nez. Ainsi qu'il ressort en effet de la lecture des observations, le chancre de la surface extérieure du nez est très souvent consécutif à une lésion pré-existante, écorchure, bouton d'acné gratté, solution quelconque de continuité de la peau, exposée *après coup* au contact intime d'une lésion syphilitique le plus souvent de siège génital ou buccal.

Dans la presque totalité des chancres des fosses nasales, on est, au contraire, obligé, nous le répétons, d'invoquer l'explication d'une contagion médiate. On sait combien sont répandus ces deux ordres de faits, corollaires l'un de l'autre, et rencontrés simultanément chez les mêmes individus : d'une part, la présence d'ulcérations et de croûtes impétigineuses dans les narines ; de l'autre, l'habitude de porter les doigts dans ces cavités. Pris on ne sait pas toujours sur quel terrain, le plus habituellement au cours des attouchements du coït, le virus syphilitique a pour véhicule ordinaire le ou les doigts du sujet ; les sillons qu'il trouve tout ouverts sur le champ de la pituitaire facilitent son implantation, alors qu'il n'eût peut-être pas germé sur une muqueuse intacte.

L'existence préalable d'une excoriation n'est peut-être cependant pas aussi indispensable qu'on le croyait jadis. On soutient assez volontiers aujourd'hui que, à la différence des téguments cutanés, les muqueuses même saines et sans solutions de continuité sont susceptibles de retenir et d'héberger les germes infectieux.

L'instrument inoculateur peut différer. Nous venons de dire, d'après la majorité des observations, qu'il faut accuser premièrement les doigts. La contagion pourra se faire aussi par l'intermédiaire de mouchoirs, de linges communs (Duncan Bulkley), de tabac à priser pris dans une tabatière commune (Hicguet), etc.

Il ne faudrait pas être trop absolu et nier la possibilité d'une infection par contact direct, exceptionnelle il est vrai, mais néanmoins prouvée par des faits. Ici interviennent deux modes principaux de contamination :

1° Les faits rares, que nous croyons devoir signaler malgré leur nature scabreuse, de tentative d'introduction du gland dans les fosses nasales ; les rapports *ab ore* de l'homme à la femme ;

2° L'habitude assez répandue qu'ont les nourrices, pour amuser leurs nourrissons, de se faire téter, par eux, le bout du nez. Rappelons cette malade de Spencer Watson, qui contracta, de la sorte, un chancre pituitaire d'un enfant atteint de plaques muqueuses au bout de la langue. Ce mode de contagion, inconscient de la part des nourrissons, peut s'effectuer, chez les adultes, par des actes conscients et voulus.

En résumé, le virus syphilitique peut être pris en des points variables d'un organisme déjà syphilitique ; il est porté sur la pituitaire presque toujours avec les doigts, plus rarement avec des linges, des mouchoirs, exceptionnellement avec la langue ou la verge. Son implantation et son développement sont favorisés par l'existence antérieure sur cette muqueuse d'ulcérations scrofuleuses ou de tout autre nature.

NOTE

POUR SERVIR A L'HISTOIRE DU FROTTEMENT SOUS-SCAPULAIRE

Par Henri FAVIER,
Médecin-major de première classe au 145e d'infanterie (Maubeuge).

On désigne sous ce nom un symptôme bizarre, rare et peu connu, d'affections diverses qui siègent dans la fosse sous-scapulaire. Mais avant d'aller plus loin j'en rapporterai une observation absolument typique, et présentant quelques particularités non encore ou rarement signalées.

OBSERVATION. — D..., soldat au 145e d'infanterie ; mineur ; six mois de service ; santé excellente avant l'incorporation ; a fait il y a deux ans une chute insignifiante sur l'épaule gauche ; père rhumatisant.

D... vient à la visite le 30 août 1894. L'avant-veille il faisait au gymnase l'exercice qui consiste à progresser les bras tendus sur les barres parallèles ; l'avant-bras gauche s'étant fléchi tout à coup, il tomba le coude gauche sur la

barre, d'où vive douleur dans la région sous-claviculaire gauche et au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate du même côté.

A l'inspection, aucune modification des formes extérieures de la région scapulaire, pas de saillie de l'omoplate, pas de tuméfaction. Légère douleur à la palpation au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate et surtout au niveau de son angle inférieur; les doigts introduits entre cet angle et la paroi thoracique ne rencontrent rien d'anormal.

Dans les mouvements de l'omoplate, la main, appliquée sur sa face postérieure, perçoit une crépitation énorme qui donne la sensation de deux corps extrêmement durs passant à frottements rudes l'un sur l'autre. Cette crépitation s'étend à toute la surface de l'omoplate; on la perçoit, très probablement par transmission, le long des côtes, dans la région sous-claviculaire, jusqu'à la hauteur du mamelon, et elle se perd au niveau du bord droit du sternum. En arrière, elle ne dépasse pas le bord interne, ni l'angle inférieur de l'omoplate, on l'entend distinctement à trois mètres de distance. A l'auscultation, elle se transforme en un bruit fatigant pour l'oreille.

Le frottement se produit avec son maximum d'intensité dans le mouvement volontaire d'adduction de l'omoplate; il est peu perceptible dans les mouvements communiqués du membre supérieur qui mobilisent le scapulum, et il disparaît presque complètement quand, avec la main, on applique fortement cet os contre la paroi thoracique. Si l'on immobilise seulement l'angle supéro-interne, le reste de l'os restant mobile, la crépitation se fait à peine sentir, preuve évidente que sa cause productrice siège au niveau de cet angle. Extrêmement intense au début de l'examen, le frottement diminue après quelques minutes d'observation.

Chose remarquable, le malade n'en a pas conscience; il a simplement la sensation d'un léger frôlement sous-claviculaire, bien loin du foyer de production du frottement.

M. le médecin principal Chauvel a soigneusement étudié le frottement sous-scapulaire, dans son article OMOPLATE du *Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales*. La première observation est de Boinet (1), puis vinrent les travaux de Demarquay (2), Galvagni Ercole (3), Gaujot (4), Terrillon (5), Bassompierre (6), Le Dentu (7).

Bassompierre, examinant 72 soldats, a trouvé le frottement sous-scapulaire 51 fois, ou 5 fois sur 7, avec une prédominance considérable pour l'angle supéro-interne de l'omoplate; la profession du sujet lui paraît sans importance, et, contrairement aux assertions de Galvagni Ercole, le rôle de l'amaigrissement dans la production de ce phénomène est nul. Des expériences faites par M. Chauvel, sur des hommes bien portants, il résulte que les phénomènes constatés diffèrent notablement des précédents: les craquements sont tout aussi fréquents à l'angle inférieur qu'à l'angle supérieur de l'omoplate, et, sans attribuer, à l'atrophie musculaire provenant de l'amaigrissement, l'influence excessive qu'elle possède suivant Galvagni, il paraît bien établi que les frottements sont plus fréquents chez les sujets émaciés. Du reste, les chiffres obtenus par Bassompierre sont sans doute un peu élevés, car les mouvements expérimentaux avec pression sur l'omoplate auxquels il a eu recours, peuvent donner lieu à des frottements que ne produisent pas les mouvements ordinaires (Chauvel).

M. Terrillon, dans son premier mémoire, classe les observations en trois groupes au point de vue étiologique :

1° Exostose costale ou scapulaire;
2° Atrophie du muscle sous-scapulaire;
3° Bourse séreuse sous-scapulaire.

Tout compte fait, M. Chauvel divise les craquements sous-scapulaires en morbides et physiologiques, ces derniers habituellement doux et légers; et pour les craquements morbides il admet les trois groupes de Terrillon, avec une prédominance considérable pour le troisième, car l'existence d'une bourse séreuse à l'angle supéro-interne de l'omoplate est démontrée par la clinique, l'anatomie pathologique et l'anatomie normale. Une fois sur douze on y trouve normalement dans l'épaisseur du grand dentelé une bourse séreuse dont la cavité, et plus souvent les parois, peuvent englober une saillie osseuse ou fibro-cartilagineuse (1). Avec les parois souples et le liquide clair d'une bourse séreuse saine coïncident les frottements légers (frottements physiologiques); avec les poches indurées, à parois épaisses, dures, rugueuses, à contenu riziforme, à noyaux cartilagineux, se montrent la crépitation rude et les craquements durs, perceptibles à l'oreille comme à la main.

Chez le soldat dont j'ai rapporté plus haut l'observation, il me paraît bien difficile de porter un diagnostic étiologique ferme, et de dire si le frottement tient à une exostose ou à une bourse séreuse, car chez cet homme robuste il ne saurait être question d'atrophie musculaire. Mais, ce que l'on peut affirmer, c'est que l'affection est ancienne. Il est, en effet, impossible d'admettre que le très léger *faux pas* du membre supérieur, accusé par le sujet, ait déterminé en huit jours une inflammation de la bourse séreuse sous-scapulaire susceptible de produire, non pas du frottement, le mot n'est pas assez fort, mais un véritable râclement; l'homme souffrant de l'épaule est venu à la visite (il y vient volontiers) et l'affection a été découverte par hasard.

Notons qu'ici le frottement a son maximum au niveau de l'angle supéro-interne de l'omoplate, ce qui est rare, au dire de Bassompierre, et qu'il se propage en avant sous la clavicule, ce qui n'a pas encore été signalé, que je sache.

La profession de mineur, exercée par D..., est-elle productrice de la lésion qui, chez lui, donne lieu au frottement? Dans les houillères l'abatteur de charbon travaille très souvent couché; la veine de houille est comprise entre deux couches rocheuses, séparées par un intervalle de quelques décimètres et entre lesquelles on ne peut circuler qu'en rampant; l'ouvrier est donc obligé de travailler à genoux ou couché. Sur 29 mineurs que j'ai examinés, avec le concours de M. le médecin aide-major Cordillot, j'ai trouvé le frottement sous-scapulaire 5 fois, ou 1 fois sur 6, et 4 fois moins souvent que Bassompierre, opérant sur des

(1) BOINET. Soc. de chir., 1867.

(2) DEMARQUAY. *Dict. Jaccoud*, art. CÔTE.

(3) GALVAGNI ERCOLE. Servizio Scapolore, *Bull. del. Soc. med. di Bologna*, juin 1873.

(4) GAUJOT. Soc. de chir., 1875.

(5) TERRILLON. Frottement sous-scapulaire et développement d'une bourse séreuse accidentelle sous l'omoplate, *Arch. gén. de méd.*, 6e série, 1874, t. XXIII. — Soc. de chir., 1876. — *Arch. gén. de méd.*, 1877, t. II, p. 20.

(6) BASSOMPIERRE. *Description d'une bourse séreuse crépitante sous-scapulaire*, Th. de Paris, 1875.

(7) LE DENTU. Rapport sur trois observations de frottement sous-scapulaire, *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, nouvelle série, 1876, t. II.

(1) GRUBET, cité par VOIGT. Die chirurgischen Krankreiten der oberen Extremitæten, in *Deuts. chir.*, t. LXIV, p. 288, et *Nouveau Traité de chirurgie*, t. VIII. p. 820.

hommes de toutes professions. Le frottement était très net, bien qu'impossible à comparer au râclement du mineur D...; il siégeait : des deux côtés 3 fois, à gauche 1 fois, et, chez les 5 observés, à l'angle supéro-interne de l'omoplate.

Ainsi, le fait de travailler souvent couché ne semble pas prédisposer les houilleurs au frottement sous-scapulaire, et cela n'a rien d'étonnant, car, dans cette attitude, c'est la face latérale du tronc et non pas la face postérieure de l'omoplate qui porte sur le sol.

Bassompierre est sans doute dans le vrai, quand il n'accorde aucune influence aux professions sur le développement du frottement sous-scapulaire ; deux des sujets observés par Terrillon étaient des médecins.

Quelles sont, au point de vue de l'aptitude au service militaire, les conséquences du frottement sous-scapulaire? Dans le cas particulier, elles sont nulles, puisque l'homme en est atteint probablement depuis plusieurs années, sans s'en être aperçu, et qu'il ne s'est jamais plaint du port du sac.

Cette légère infirmité pourrait fournir ample matière à la simulation; un dragon observé par Gaujot poussait les choses au noir, dans le but d'obtenir un congé de réforme. Au conseil de revision, le frottement, s'il était très prononcé, pourrait motiver le classement dans le service auxiliaire.

USAGE INTEMPESTIF DE LA BICYCLETTE

Par le docteur L.-H. Petit,
Bibliothécaire à la Faculté de médecine de Paris.

Dans la plupart des cas, le surmenage déterminé par le vélocipède agit en quelque sorte à la façon du traumatisme, en éveillant, réveillant ou aggravant des affections latentes ou préexistantes, en exerçant une action excitatrice sur les *lieux de moindre résistance* du corps.

Ainsi, il a provoqué, outre les cas déjà cités de mort subite par affection cardiaque :

1° L'apparition d'accès d'angine de poitrine (et d'hystérie) chez des personnes qui n'en avaient pas encore eu, et depuis ont continué à en avoir;

2° Le réveil d'inflammations guéries depuis plus ou moins longtemps, peut-être incomplètement, de l'utérus et de ses annexes, du vagin, de la prostate, de l'urèthre, du testicule, des articulations;

3° L'aggravation de lésions ou inflammations tolérées jusque-là du cœur, du poumon, du rein, de l'appendice vermiculaire, du cæcum, des trompes, de l'utérus, de la vulve, de la vessie, d'une hernie, d'une rupture du périnée, etc.

Quelques autres affections sont attribuables directement à l'effort musculaire, à la fatigue exagérée des muscles mis en action, comme dans deux cas de psoïtis survenus chez des jeunes gens à la suite d'un pari et dans un cas d'hématome de la paroi abdominale.

En conséquence, doivent s'abstenir de la bicyclette soit totalement, soit jusqu'à guérison parfaite d'affections chroniques diverses, sous peine d'accidents plus ou moins graves :

Les personnes atteintes des états pathologiques que je viens d'énumérer, en particulier les personnes âgées atteintes de sclérose du cœur, des artères, des reins, etc.;

Les femmes trop nerveuses, qui peuvent être des hystériques latentes;

Les femmes enceintes, dès que la grossesse est soupçonnée ou constatée; — après l'accouchement, pendant un nombre de mois difficile à préciser, mais assez grand *à priori*.

Enfin, les jeunes gens des deux sexes, minces, élancés, dont la croissance est rapide, devront surveiller leur attitude à bicyclette, pour éviter une déviation de la colonne vertébrale.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Précis d'hygiène privée et sociale (1), par le professeur A. Lacassagne.

Nous sommes heureux de signaler à l'attention des médecins et des étudiants la quatrième édition du « Précis d'hygiène » du distingué professeur de Lyon. Ce précis, connu de tous, est plutôt un traité à la fois clair et complet. Ajoutons que la nouvelle édition a été complètement remaniée, que les questions les plus récentes ont été mises au point et exposées avec tous les développements que nécessitait leur importance. La deuxième partie, qui traite des modificateurs chimiques, intéressera particulièrement le lecteur; elle a été présentée avec une compétence hors de pair. Bon livre pour les étudiants, excellent pour les praticiens qui veulent connaître les récentes conquêtes de l'hygiène.

Les eaux d'alimentation; épuration, filtration, stérilisation (2), par M. Guinochet.

Le docteur Guinochet, pharmacien en chef de la Charité, vient, sous ce titre, de publier une intéressante monographie où il passe en revue les procédés d'épuration, de filtration et de stérilisation de l'eau. Aujourd'hui que l'on connaît le rôle de l'eau comme véhicule de propagation de certaines maladies épidémiques, l'attention des médecins, des ingénieurs et des architectes mérite d'être attirée plus que jamais sur les moyens d'assurer l'innocuité de l'eau. C'est pour eux qu'a été écrit cet ouvrage, où sont décrits très soigneusement les procédés et appareils aujourd'hui en usage. De nombreuses figures, très détaillées et d'une grande exactitude, rendent plus facile la compréhension du texte; elles permettent de saisir les détails de structure des appareils dont quelques-uns pourraient, au premier abord, paraître compliqués, et sont cependant utiles à connaître.

---

(1) Biblioth. Diamant. Prix : 7 francs. — Paris, G. Masson.

(2) In-16. Encyclop. de chimie industrielle. Prix : 5 francs. — Paris, J.-B. Baillière.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 120. — MARDI 16 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 16 OCTOBRE 1894. — N° 120.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Lyon, le 13 octobre 1894.

Aujourd'hui samedi, s'est terminé, à Lyon, le VIIIe Congrès de chirurgie française. Le monde chirurgical attendait, avec une certaine anxiété, l'ouverture de cette session. Le Congrès, transporté à Lyon, aurait-il sa vitalité habituelle ? Aujourd'hui, on peut répondre par l'affirmative : le Congrès de Lyon a réussi, grâce à un concours heureux de circonstances; mais l'impression qui se dégageait des conversations particulières est que cette tentative de décentralisation ne devait plus être renouvelée. Cette opinion, formulée maintes fois devant nous, était surtout émise par nos confrères de l'étranger et de la province. Aussi, ne serions-nous pas surpris qu'avant de se séparer, l'assemblée générale ait désigné Paris pour le siège de ses prochaines assises.

Les professeurs de l'École de médecine, les chirurgiens des hôpitaux de Lyon avaient tenu à honneur de recevoir dignement leurs collègues dans le magnifique amphithéâtre de la Faculté. A signaler, dans l'assistance, la présence de quelques chirurgiens étrangers, M. Zancarel (d'Alexandrie), M. Djemil bey (de Constantinople), les délégués de l'Angleterre, M. le major Pratt et M' Cormak (de Londres), M. Julliard et MM. Auguste et Jacques Reverdin (de Genève) ; nos distingués compatriotes MM. Bœckel (de Strasbourg), Ehrmann (de Mulhouse).

Paris avait envoyé MM. Alph. Guérin, le président du futur Congrès, les professeurs Le Dentu et Berger, MM. Polaillon, Monod, Michaux, Pozzi, Ricard; venus de la province, on remarquait MM. Demons et Pousson (de Bordeaux), Heydenreich et Vautrin (de Nancy), Jeannel (de Toulouse), Maunoury (de Chartres), Montaz (de Grenoble), Pamard (d'Avignon), etc.

Néanmoins, le nombre des congressistes nous a paru moindre que celui des précédentes années ; et surtout leur séjour ne se prolongeait guère au delà d'un jour ou deux. On a remarqué l'absence de la moitié des membres du conseil d'administration (9 sur 17), et le banquet si cordial et si gai, qui eut lieu à Aix-les-Bains, ne réunit à peine qu'une quarantaine de congressistes.

La session de cette année témoigne d'une bien meilleure organisation que celle des années précédentes. Les ordres du jour avaient été définitivement réglés d'avance, et le bureau a tenu à ce qu'ils fussent strictement respectés. De plus, le secrétaire général, à qui revient tout le mérite de cette organisation nouvelle, avait groupé ensemble les communications d'ordre similaire. Nous sommes heureux d'enregistrer ce progrès, dû en partie à nos légitimes réclamations personnelles. Nos lecteurs ont remarqué que, dans nos comptes rendus, nous faisions ce groupement des communications qui, jusqu'ici, se lisaient au Congrès dans le plus grand désordre.

La visite des congressistes à l'Hôtel-Dieu de Lyon a été, pour beaucoup, une désillusion profonde. Bâtiments vieux et sales, installations provisoires, des couloirs encombrés de maçons et de plâtras, des salles longues, avec l'antique rideau blanc au lit, l'odeur de nos anciens hôpitaux. Ajoutons que la cuisine se fait dans les salles. De ce côté, tout est à refaire. L'ancienne salle d'opérations, si vantée de M. Poncet, a bien perdu de son éclat premier, les portes en nickel sont ternies, la couleur des murs est indécise, l'éclairage, par un seul côté, nous a paru devoir être insuffisant. Quant au nouveau service de M. Poncet, il est actuellement en reconstruction et le professeur traverse cette période, pénible pour un chirurgien, de voir ses salles et ses amphithéâtres envahis par les maçons. Rien n'y est propre encore, ni installé, la salle actuelle d'opérations est plus qu'insuffisante. Nous comprenons pourquoi le professeur de clinique eût préféré voir la session de Lyon reportée deux années plus tard.

M. Ollier a fait défiler devant les congressistes un nombre considérable de ses anciens opérés réséqués de l'épaule, du coude, du poignet et du pied. Quelques-unes de ces opérations remontaient à plus de trente ans; les magnifiques résultats obtenus étaient la meilleure démonstration de la méthode employée et de la valeur du chirurgien. M. Poncet a présenté quelques malades exothyropexiés et quelques néo-cystostomisés.

En résumé, session instructive et intéressante. Lyon a pu attirer et retenir les congressistes, grâce à la valeur de ses chirurgiens, grâce à sa situation au centre même de la France, grâce à l'attrait d'une Exposition encore ouverte, grâce aussi, il faut bien le dire, à un temps magnifiquement beau qui a favorisé et encouragé les déplacements; mais une nouvelle tentative de décentralisation pourrait bien être la fin de l'Association française de chirurgie.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La Société médicale des hôpitaux a repris le cours de ses travaux. Voici le compte rendu de sa première séance (12 octobre).

M. Béclère rapporte un nouveau cas de guérison du myxœdème par l'alimentation thyroïdienne, il y ajoute des considérations ingénieuses sur les rapports de l'intoxication thyroïdienne, du goître exophtalmique et de l'hystérie.

Par suite d'une erreur, sa malade prit d'emblée, d'un seul coup, huit lobes de corps thyroïde de mouton, ce qui correspondait environ à 12 grammes. Il y avait de quoi être effrayé, car on a vu survenir des accidents très sérieux avec une quantité moindre de corps thyroïde; M. P. Marie, qui a beaucoup étudié cette question, et dont nos lecteurs se rappellent certainement les communications, considère la dose de quatre lobes comme une dose maxima, qu'il ne faut pas dépasser. Heureusement, tout se passa très bien; la malade se trouva très améliorée. On fut donc encouragé à continuer le traitement par de fortes doses de corps thyroïdien : elle en prit 10, 12 et jusqu'à 16 et 20 grammes. En une semaine, sa consommation monta au chiffre élevé de 60 grammes. Sous l'influence de cette thyroïdisation intensive, les phénomènes myxœdémateux s'améliorèrent notablement, mais elle présenta un ensemble de manifestations rappelant beaucoup ce qu'on voit dans la maladie de Basedow : tachycardie, tremblement, agitation, poussées de chaleur, sueurs, et même un certain degré d'exophtalmie. A signaler encore la tache méningée de Trousseau et une accélération marquée de la respiration.

Il semble donc qu'il y ait eu là quelque chose d'analogue à ce qu'on voit dans le goître exophtalmique; du reste, dans cette dernière maladie, on peut admettre, avec Marie et d'autres auteurs, que les accidents d'agitation nerveuse, de tremblement, de tachycardie sont dus à l'auto-intoxication thyroïdienne.

Un jour, à la suite d'une émotion assez vive, il survint une hémiplégie droite avec aphasie et hémi-anesthésie. Le tout ne dura que quelques heures : il s'agissait là, sans doute, d'une manifestation de nature hystérique et M. Béclère se demande si l'intoxication thyroïdienne n'est pas capable de produire une hystérie toxique au même titre que d'autres intoxications. Lorsque la maladie de Basedow et l'hystérie coïncident, ce qui n'est pas rare, on pourrait donc, d'après cette conception, subordonner celle-ci à celle-là.

M. Fernet donne lecture d'une intéressante étude sur les manifestations locales dans la fièvre typhoïde. Au cours de cette maladie, par le fait, soit de la pénétration des bacilles typhiques dans le sang et de leur localisation dans tel ou tel organe, soit de l'intoxication par les produits morbides qu'ils sécrètent, il peut y avoir sommation organique sous forme de pneumonie, de pleurésie, de péricardite, de méningite, etc. Il faut ajouter encore la possibilité des infections secondaires.

Ces localisations organiques secondaires de l'élément typhique ont pour caractère de n'éveiller que peu de réaction locale ou générale, d'avoir une marche insidieuse et traînante. Elles éveillent donc difficilement l'attention, aussi devrait-on, dans la fièvre typhoïde, faire de temps en temps un inventaire systématique de l'état des organes : souvent on serait amené à reconnaître quelqu'une de ces déterminations secondaires. Dans un cas que cite M. Fernet, il y a eu, chez la même malade, péritonite, péricardite, méningite. Cela rappelle beaucoup la granulie à localisation sur les grandes séreuses. Il faut même avouer que le diagnostic serait parfois très difficile, et que la typho-bacillose, suivant l'heureuse expression de M. Landouzy, serait parfois facilement prise pour de la dothiénentérie et réciproquement.

Dans d'autres cas encore, la localisation se ferait sur les articulations; de là une forme arthropathique récemment étudiée par MM. Albert Robin et Leredde, dans un travail publié par les *Archives de médecine*.

Ces localisations secondaires ne se font pas au hasard : elles sont déterminées par la profession, l'alcoolisme, l'existence de quelque lésion organique antérieure, etc. Il est curieux, en clinique, de rechercher les causes de cette fixation sur tel ou tel organe. Il est utile en tout cas, pour la thérapeutique, de la reconnaître dès qu'elle se produit.

HOPITAL RICORD. — M. Charles Mauriac.

Balnéation dans le traitement de la syphilis.

La balnéation sous tous ses modes est indiquée et mise en usage dans le traitement de la syphilis. Aucune maladie ne paraît mieux s'y prêter. Si on s'en rapportait aux idées théoriques que suggèrent sa nature, son évolution, sa longue durée, son processus pathogénique, le nombre, la fréquence de ses déterminations cutanées, et d'autres circonstances de son histoire, il serait même permis de dire qu'elle résume et qu'elle réalise mieux que pas une les états pathologiques les plus aptes à éprouver les effets salutaires du traitement balnéaire.

En est-il ainsi dans la pratique? Il faut bien avouer que les résultats curatifs, contrôlés par l'expérience de plusieurs siècles, ne nous autorisent pas à répondre affirmativement. Ont-ils, en effet, donné ce qu'on espérait d'eux? Leur rôle n'a-t-il pas été accessoire? Incontestablement. Et la preuve, c'est que des milliers de syphilitiques guérissent sans avoir jamais recours à un procédé quelconque de balnéation. Et quand ils y ont recours, c'est souvent pour leur agrément plutôt que pour leur santé.

Jamais le fond de la maladie n'est attaqué directement par eux. Prenez la balnéation dans ce qu'elle a de plus énergique, de plus intensif, dans la thermalité de ses eaux les plus riches en principes médicamenteux : croyez-vous qu'avec elle seule nous guéririons une syphilis quelconque? Nous l'améliorerions sans aucun doute. Les eaux thermales nous viendraient puissamment en aide. Il est certain, en effet, que grâce à elles, le champ de notre action spécifique sur la maladie s'élargit et devient plus fécond. Mais nous n'allons pas droit au but, et nous n'arrivons à combattre l'infection qu'en donnant à l'organisme la force de réaction salutaire qui lui manquait pour la dominer.

A quelle époque remonte l'application du traitement balnéaire contre la syphilis? A l'époque où elle apparut sur la terre. Depuis les origines immémoriales de l'humanité, la balnéation a été le plus instinctif des agents thérapeutiques. Comme tant d'espèces inférieures, dont il finit, après des millions de siècles et de transformations organiques, par devenir le roi fort imparfait, l'homme primitif dut aimer à

se plonger dans les eaux fraîches des sources, des fleuves et des mers. Puis, peu à peu, il apprit à utiliser pour sa santé les sources thermales qui jaillissaient sans doute, avec une richesse dont nous ne pouvons nous faire qu'une faible idée, de la terre bouleversée par ses cataclysmes diluviens...

Mais pourquoi remonter au déluge à propos de la syphilis ?

I

Les déterminations cutanées de la syphilis qui, à elles seules, constituent toute la maladie chez un nombre immense de syphilitiques, ont dû donner aux premiers syphiliographes l'idée de recourir à la balnéation. Les bains simples ou rendus émollients et aromatiques par l'infusion de plantes appropriées ont toujours été, en effet, très largement employés dans le traitement des syphilides.

Mais, comme topiques, ils sont loin de rendre les mêmes services que dans les affections cutanées ordinaires. Les dermopathies érythémateuses et papuleuses où ils sont le mieux indiqués, n'en éprouvent qu'une amélioration presque insensible. Néanmoins, il ne faut pas manquer de les prescrire, car s'ils n'attaquent pas autant que nous le souhaiterions l'élément éruptif, ils ont une influence hygiénique générale ; ils assurent le fonctionnement régulier de la peau en la débarrassant des impuretés qui la souillent.

J'ai l'habitude de prescrire à tous les malades, pendant la durée de leurs syphilides, quelles qu'elles soient, des bains de son ou d'amidon rendus légèrement alcalins par l'addition de 50 grammes de borax, ou de 100 grammes de sous-carbonate de soude. Ils doivent être, en général, à une température moyenne, pour ne pas trop congestionner la peau. Les services qu'ils nous rendent augmentent avec la gravité de la dermopathie spécifique. Ainsi, dans les formes squameuses, érosives et purulentes, outre l'adoucissement direct qu'ils apportent à la lésion elle-même, ils ont l'avantage de la débarrasser des sécrétions morbides qui la recouvrent et qui la masquent. Ils mettent à nu son foyer actif et nous permettent de le modifier ensuite avec des topiques plus efficaces.

Beaucoup de malades et même quelques médecins, qui ont une confiance aveugle dans les bains sulfureux, y ont recours en pleine éruption syphilitique. Rien de plus mauvais que cette pratique. On ne fait qu'irriter la peau sans obtenir aucun effet substitutif avantageux. Si on veut employer, en pareil cas, un bain médicamenteux réellement efficace, le bain de sublimé est infiniment préférable.

La température, dans le traitement de la syphilis, a fait, en ces dernières années, l'objet de recherches intéressantes. Sous la haute direction du professeur Tarnowsky, M. le docteur Vasily Borowsky (*Thèse inaug.*, Saint-Pétersbourg, 1889) a expérimenté de hautes températures sur huit syphilitiques. Les résultats pratiques qui en dérivent, c'est que le traitement par la chaleur sèche ou humide vient en aide de la façon la plus efficace au traitement mercuriel et au traitement mixte ; qu'il est bon d'ordonner aux malades qui se mercurialisent un ou deux bains, chaque semaine, avant de se mettre au lit ; que l'action curative du mercure en est augmentée, par suite de l'accroissement de l'élimination et du *métabolisme* (transmutations organiques) ; que les bains russes ou turcs sont également indiqués, mais dans certaines conditions et avec quelques réserves.

La question du traitement local de la syphilis par la chaleur a été également étudiée par M. le docteur Kalashnikoff (*Thèse inaug.*, Saint-Pétersbourg, 1889). Des lésions primitives, secondaires et tertiaires, soumises par lui à une chaleur de 47°2 ou 47°7, disparurent plus rapidement que par le traitement mercuriel. Quand on employait tout à la fois le mercure et la chaleur, la résolution des syphilides s'accomplissait encore plus promptement. Bien plus, dans les cas de récidives, les régions qui avaient été traitées par la chaleur, restaient libérées de toute nouvelle éruption ou en étaient atteintes à un moindre degré que les autres points du corps. A quoi tiennent ces effets curatifs de la chaleur ? Sans doute, à l'accélération du circulus sanguin dans la lésion et à l'élévation de la température du corps, qui modifient et activent les transmutations intimes dans les tissus malades (*métabolisme*). Il est probable, en outre, d'après M. Kalashnikoff, que la chaleur attaque et détruit le virus syphilitique lui-même.

D'autres pathologistes, Stepanoff, Domashneff, Radestock, Fischer, considèrent aussi, comme un efficace adjuvant de réserve, l'action énergique de la chaleur locale dans le traitement de la syphilis. Toutefois, le savant Tarnowsky, qui a été le promoteur de ces remarquables travaux, tout en admettant que l'application de la chaleur à l'extérieur favorise singulièrement la résorption des néoplasies syphilitiques, proclame bien haut qu'il ne faut pas prendre ce résultat pour une *cure réelle* de la maladie. « La vérité, dit R.-W. Taylor, c'est que les lésions externes ne sont que déplacées et poussées vers d'autres parties de l'économie, vers les viscères, le cœur, les artères, le cerveau, etc. Aussi ce procédé ne devra-t-il jamais être adopté comme une méthode de curation, car il peut devenir préjudiciable et même dangereux. On peut cependant y avoir recours dans certains cas, mais modérément et avec précaution, pour venir en aide au traitement méthodique, général et local de la syphilis. »

Aujourd'hui nous ne demandons, le plus souvent, aux bains simples qu'une action locale émolliente qui ne dépasse pas les limites du tégument externe, et n'a point la prétention de modifier, dans un but curatif, les opérations élémentaires de la nutrition. Avec eux cependant on peut aller au delà. Que faut-il pour les faire sortir de leur rôle modeste et pacifique ? En élever la température. Du moment qu'on la porte à un degré qui dépasse la moyenne ordinaire, on entre dans un autre ordre d'effets thérapeutiques, car on vise alors plus encore la diathèse que ses manifestations cutanées.

Pour obtenir ces résultats, les bains d'air chaud et les bains de vapeur sont très supérieurs aux bains d'eau simple. Nous n'y avons pas recours dans la pratique courante, quand il ne s'agit que de syphilis bénignes, à déterminations superficielles résolutives et faciles à guérir. Mais dans celles qui sont graves, rebelles à la médication spécifique, toujours en récidive, et à plus forte raison dans celles où la malignité se révèle à n'importe quelle époque du processus, sous un ou plusieurs de ses modes si variés et si multiples, il est certainement indiqué de faire appel aux modifications heureuses que peut produire la chaleur dans ce mouvement de vie infectieuse qui emporte l'organisme aux pires éventualités.

N'est-ce pas ainsi qu'agissaient les anciens syphilothérapeutes ? On sait quel rôle important jouaient l'étuve et les bains de vapeur dans les traitements dépuratifs et mer-

curiels intensifs qu'ils instituaient systématiquement contre toutes les syphilis si graves à cette époque. La balnéation était alors un secours puissant. On ne la considérait que comme un accessoire ; mais, par le fait, c'est à elle que revenait en grande partie l'honneur des guérisons qu'on attribuait aux décoctions dépuratives.

La dérivation éliminatrice, qu'on obtient par l'intermédiaire d'une diaphorèse abondante, au moyen de la chaleur sèche ou humide, est incontestablement salutaire. Je ne veux pas dire qu'elle expulse le principe infectieux. Au surplus, pourquoi pas ? Nous n'en savons rien. Mais il n'est pas douteux que, comme tous les grandes perturbations susceptibles de remuer l'organisme et de rompre l'enchaînement de ses opérations morbides, les sueurs profuses peuvent être pour lui une délivrance momentanée. Et puis ne permettent-elles pas d'augmenter la dose des spécifiques et de l'élever aisément jusqu'au degré intensif ? N'accélèrent-elles pas leur circulus à travers toute l'économie, etc. ? Raisonnez sur cette question autant qu'il vous plaira. Elle a toujours été un thème favori pour les théoriciens. Il n'en est pas moins vrai que le traitement au moyen des sudations forcées peut, dans quelques circonstances, donner d'excellents résultats. Il ne se borne plus alors à être seulement topique ; il s'adresse directement à l'état diathésique. Il vient si activement en aide à la médication spécifique pour augmenter son énergie ou revivifier ses effets curatifs, qu'il en fait pour ainsi dire partie intégrante et se place presque au même rang qu'elle dans la hiérarchie thérapeutique.

Parmi les bains médicamenteux employés dans le traitement de la syphilis, ceux qui contiennent du sublimé sont à peu près les seuls auxquels on ait recours dans la pratique ordinaire. Ils avaient autrefois une grande vogue ; ils l'ont un peu perdue. Néanmoins ils rendent quelques services dans un assez grand nombre de dermopathies.

On n'est pas encore édifié sur la portée et le mode de leur action curative. N'agissent-ils que localement ? Le sublimé pénètre-t-il à travers la peau dans l'organisme ? Diday a cité le cas d'un médecin qui put prendre des bains quotidiens prolongés contenant chacun 100 grammes de sublimé, c'est-à-dire cinq fois environ la dose ordinaire, sans que le mercure fût jamais retrouvé dans l'urine, dans la salive ou dans les sueurs, et sans qu'il en résultât aucun phénomène de toxicité hydrargyrique.

Assurément il n'en serait pas de même si la peau présentait des dénudations multiples. La dose de 25 grammes par bain pourrait donner lieu à des stomatites graves ou autres symptômes plus ou moins sérieux d'hydrargyrisme. C'est donc un moyen incertain et périlleux, qu'il ne faut pas prescrire légèrement. Je conseille de le réserver pour les dermopathies sèches qui sont réfractaires au traitement interne et ont de la tendance à s'éterniser sur le même lieu ou à se reproduire çà et là indéfiniment.

En pareil cas et lorsqu'il s'agit d'éruptions limitées, au lieu de prescrire de grands bains de sublimé, on pourrait se borner à des applications locales. Une solution de 5 à 10 centigrammes de sublimé dans 50 grammes d'eau donne souvent des résultats favorables, lorsqu'on panse, avec des compresses ou du coton qu'on en a préalablement imbibés, des placards de papules ou de tubercules secs, des onyxis, etc.

Parmi les procédés curieux et peu ordinaires de la balnéation mercurielle, il faut citer les bains électriques au sublimé inventés par MM. Ehrmann et Gaertner. Ces bains contiennent 4 grammes de sublimé. On facilite la pénétration de ce sel dans l'organisme au moyen d'un courant électrique dont l'intensité est de 200 milliampères. Ces bains sont donnés tous les jours ou tous les deux jours ; leur durée est d'une demi-heure, bien que le courant électrique ne dépasse pas quinze minutes. Ce mode de balnéation médicamenteuse est d'une technique si compliquée, qu'il ne deviendra jamais usuel et restera un ingénieux procédé d'expérimentation chimico-physiologique.

Les fumigations, comme méthode de traitement général, sont à peu près abandonnées partout. Elles ont encore cependant une certaine vogue en Amérique, associées aux bains de vapeur. L'appareil de Thomas F. Maury (de Memphis) est le plus employé pour les donner.

Les bains de sel marin sont certainement médicamenteux. Quoi qu'ils ne soient pas d'un usage courant dans le traitement de la syphilis, on pourrait y avoir recours chez les personnes affaiblies, en particulier chez les enfants malingres atteints de syphilis héréditaire ou acquise. Liebreich a démontré que, quand le mercure agit lentement ou cesse d'agir, on peut revivifier son action curative ou la lui rendre au moyen d'une nourriture fortifiante très assaisonnée de sel marin.

Les bains de mer, sans avoir une influence élective sur telle ou telle manifestation de la syphilis, doivent être recommandés chez ceux que l'infection a débilités ou cachectisés. Ils l'attaquent non pas d'une façon directe et immédiate, mais, ce qui vaut tout autant, par l'intermédiaire de l'organisme. Le changement d'air et d'habitudes contribue sans doute au relèvement des forces chez les personnes épuisées ou surmenées, autant que l'eau de mer. Toujours est-il que dans de vieilles syphilis qui restent insensibles à l'action du mercure, une saison à la mer produit quelquefois, en très peu de temps, une tonicité générale qui remet l'économie à point pour bénéficier du traitement hydrargyrique.

Il faut toutefois user de la balnéation thalassique avec beaucoup de prudence chez les sujets nerveux, mal équilibrés ou menacés du côté des voies respiratoires. Au lieu de prendre des bains de lame, ils feraient mieux de se borner à des bains de mer chauds. En général la chaleur, sous quelque forme que ce soit, est préférable au froid dans le traitement de la syphilis.

Cependant les douches froides en pluie ou en jet sont quelquefois d'un grand secours. Mais tous ces moyens de balnéation appartiennent plutôt à l'hygiène qu'à la médication syphilitique proprement dite.

Je n'en dirai pas autant des bains arsénicaux. L'arsenic, sans avoir la haute spécificité du mercure et de l'iodure, en possède une contre certaines déterminations de la syphilis. N'est-il pas indiqué dans toutes celles où l'herpétisme et les dartres viennent prendre une part ? Dans combien de dermopathies nées sous l'influence de la syphilis ne voit-on pas l'élément spécifique s'atténuer peu à peu et même presque disparaître à la longue, pour être remplacé par un élément herpétiforme ou dartreux ? Ces dermopathies finissent par devenir absolument insensibles au mercure. On se trouve bien de les attaquer avec l'arsenic. Il entrait dans beaucoup de vieilles préparations très réputées contre la

syphilis. Outre son action directe sur certaines manifestations cutanées de nature équivoque, il a l'avantage d'être tonique et reconstituant. Je me suis souvent bien trouvé de prescrire des bains arsénicaux dans de vieilles syphilides sèches, squameuses, papuleuses ou papulo-tuberculeuses, qui s'immobilisaient malgré l'hydrargyre. (De 2 à 6 et 8 grammes d'arséniate de soude par bain.)

Notre station thermale de La Bourboule, qui a une si grande vogue depuis quelques années et qui occupe incontestablement le premier rang parmi les thermes arsénicaux, peut rendre de grands services dans le traitement de la syphilis. Elle réunit au plus haut degré tout ce que contient de puissance thérapeutique la médication arsénicale. Aussi compte-t-elle dans sa clientèle un grand nombre de syphilitiques présentant les conditions morbides mixtes que je viens d'indiquer.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été nommés dans le cadre des médecins de réserve :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Albert, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe . — M. Laurent, médecin-major de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active retraités Battarel et Gabriel.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Chabrol, médecin aide-major de première classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — Les 212 docteurs en médecine dont les noms suivent :

MM. Guibert, Lambert, Paquet, Pinguat, Clément (M.), Aubert, Lacomme, Renault, Camescasse, Daude-Lagrave, Veslin, Lireux, Montaigne, Dannic, Hannion, Etlinger, Cautru, Mauclaire, Couvreur, Pekle, Charpine, Trouillet, Teissier, Laban, Guérin, Dupuy, Guyon, Lestra, Clément (M.-J.-F.-H.-P.), Sombret, Orrillard, Gosse, Glover, Lemaire, Claudel, Boularan, Soupault, Julié, Bouju, Diamantberger, Rancurel, Zuccarelli, Vernhes, Lefebvre, Casassus, Sabouraud, de Grailly, Chanut, Veydenmeyer, Couvreur.

MM. Calbet, Repelin, Le Bayon, Piffault, Gasnier, Caron, Bayssellance, Gouraud, Guitton, Touvenaint, Escat, Boucheron, Vautier, Encausse, Guignabert, Roux, Bidault, Codet, Gravier, Compagnion, Cassueil, Didsbury, Gobillot, Rouquès, Rey, Deroude, Loréal, Gallois, Rochette, Nageotte, Meige, Grasset, Bellot, Pallier, Moret, Bertrand, Delonnai, Bonnaud, Lestunf, Barbellion, Virey, Minaud, Brodier, Léoncini, Sottas, Moissy, Besnier, Mendel, Roy, Piquet.

MM. Carré, Lapeyre, Magnol, Jeulin, Noir, Nicolle, Martin, Dauly, Guépin, Garnier, Desrosiers, Labrunie, Gagey, Lassalle, Margery, Cadot, Bouju, Levrat, Maureau, Vincenti, Neyra, Selignac, Marcheguet, Boutin, Leblois, Tellier, Bertrand, Viallon, Grelet, Benoît, Picot, Camus, Meinnier, Gilbin, Dorie, Debès, Reynaud, Henry, Camus, Gazzola, Poirier, Léonard, Menu, Sourel, Tézenas du Moncel, Nourigat, Dardenne, Salomon, Pech, Trouillard.

MM. Bouyssou, Bruch, Berthélin, Duval, Aunis, Brou, Guilliou, Colin, Reynès, Bricage, Laurençon, Berceot, Merlin, Faucher, Miquet, Le Fur, Decourt, Cazalas, Charnaux, Martin, Delagrange, Delaroche, Bruchon, Leroux, Tourette, Chantier, Debedat, Gallot, Cassoute, Gouvernaire, Pistre, Legros, Lesimple, Laborde, Franchomme, Prieur, Renard, Chabrié, Nové-Josserand, Chocreaux, César, Vérin, Girard, Bompaire, Lartait, Differdange, Branthomme, Montalescot, Cornet, Jarre.

MM. Pascalis, Fischer, Beulgue, Mével, Bonnet, Clergue, Desbonnet, Loridant, Combalat, Béal, Lambert et Vidal.

— Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été promus dans le cadre des officiers de réserve :

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de première classe Dujardin.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Paillard, Gaudineau, Breteau, Blondel, Bourdillon, Landois, Hatier, Camus, Dichas, Desmartins, Maurange et Auché.

— Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été nommés dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. Bourot, médecin principal de première classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — M. Vieusse, médecin principal de deuxième classe de l'armée active, retraité.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de première classe de l'armée active, retraités, Carayon, Grach-Laprade, Montané, Tibal.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. Henry, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, retraité ; — Meunier, médecin-major de deuxième classe de l'armée active, démissionnaire.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. Caron, docteur en médecine, dont la démission de lieutenant au 10e escadron territorial du train des équipages militaires est acceptée.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — MM. les docteurs Mandereau, dont la démission d'aide-vétérinaire au 7e régiment territorial d'artillerie est acceptée ; Mercier, Coppens, Amrin, Bellier, Contrastin, Callet, Chabrié et Reblaud.

— Par décret, en date du 10 octobre 1894, ont été promus dans le cadre des médecins de l'armée territoriale :

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. Amodru, Cusset et Augagneur.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — MM. les médecins aides-majors de deuxième classe Œttinger, Lauth, Bordes, Colin, Monprofit, Tintelin, Ramond, Del Hamaide, Chuquet, Séguinard, Lamoureux, Doat, Cansit, Laporte, Hischmann, Bertolus, Demars, Brunchswig, Engelbach, Dieudonné, Chrétien, Carlier, Herr, Mercier, Delagenière (J.-H.), Eraud, Leudet, Larrivé et Aubeau.

— Par décret, en date du 11 octobre 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — MM. les médecins principaux de deuxième classe Viry, en remplacement de M. Bourot, retraité ; maintenu provisoirement à son poste de sous-directeur de l'école du service de santé militaire et de médecin-chef de l'hôpital militaire Desgenettes, à Lyon ; — Schindler, en remplacement de M. Albert, retraité ; maintenu provisoirement à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte du Mans.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Vaillard, en remplacement de M. Viry, promu ; maintenu à son poste actuel de professeur au Val-de-Grâce ; — Bachelet, en remplacement de M. Schindler, promu ; maintenu à l'hôpital militaire de Nancy.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Bouvier, en remplacement de M. Carayon, retraité ; maintenu au 39e d'infanterie ; — Sibille, en remplacement de M. Didier, décédé ; désigné pour le 8e d'artillerie ; — Salle, en remplacement de M. Charropin, mis en non-activité ; maintenu au 86e d'infanterie ; — Perrin, en remplacement de M. Vaillard, promu ; maintenu au 40e d'artillerie ; — Achard, en remplacement de M. Bachelet, promu ; maintenu au 89e d'infanterie.

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les

médecins aides-majors de première classe Vincent, en remplacement de M. Lubrez; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Delporte, en remplacement de M. de Voisins, décédé; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Bayle, en remplacement de M. Laurent (M.-J.-A.), retraité; désigné pour le 86e d'infanterie; — Licht, en remplacement de M. Éon, décédé; désigné pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Piquot, en remplacement de M. Spite, mis en non-activité; maintenu à son poste de l'Annam et Tonkin; — Tersen, en remplacement de M. Bouvier, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de Tunisie; — Bassères, en remplacement de M. Sibille, promu; maintenu aux hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Méchin, en remplacement de M. Salle, promu; désigné pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; — Launois, en remplacement de M. Perrin, promu; désigné pour le 17e d'infanterie; — Viéron, en remplacement de M. Achard, promu; maintenu à son poste de surveillant au Val-de-Grâce.

Au grade de médecin aide-major de première classe. — M. le médecin aide-major de première classe en non-activité Cahen; désigné pour le 44e d'infanterie.

Au grade de médecin aide-major de deuxième classe. — M. le médecin aide-major de deuxième classe en non-activité Marrel; désigné pour le 163e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 11 octobre 1894, sont désignés pour les postes ci-après indiqués :

MM. les médecins-majors de première classe Collin (H.-E.), pour l'hôpital de Maubeuge (médecin-chef); — Marestaing, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; — Chavasse, pour l'hôpital de Perpignan (médecin-chef); — Schrapf, pour le 33e d'artillerie; — Tournade, pour l'hôpital de Lille; — Maire, pour l'hôpital d'Amélie-les-Bains.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Godart, pour le 11e cuirassiers; — Pierron (A.), pour le 13e cuirassiers; — Atgier, pour le 25e dragons; — Guérard, pour le 106e d'infanterie; — Ott, pour la direction du service de santé du 10e corps d'armée et l'hôpital de Rennes; — Knoll, pour le 10e bataillon de chasseurs à pied; — Arragon, pour le 79e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Frache, pour le 147e d'infanterie; — Cuche, pour le 1er du génie; — Fossé, pour le 61e d'infanterie; — Louis (P.-F.), pour le 133e d'infanterie; — Trouillet, pour le 2e d'artillerie; — Roy, pour le 14e d'artillerie; — Lucy, pour le 26e dragons; — Cauvet, pour les hôpitaux militaires de Tunisie; — Boursiac, pour le 21e d'artillerie; — Moinet, pour le 115e d'infanterie; — Cordillot, pour le 5e chasseurs d'Afrique; — Azam, pour le 23e d'artillerie; — Descorps, pour le 24e d'artillerie.

— Par décision ministérielle, en date du 11 octobre 1894, les militaires appartenant aux 13e, 14e, 15e, 16e, 17e et 18e corps d'armée, mordus par des chiens atteints ou suspects de rage, cesseront d'être dirigés sur le Val-de-Grâce et seront à l'avenir envoyés à l'hospice militaire de Marseille pour y être soumis au traitement pastorien, à l'Institut antirabique nouvellement créé dans cette ville.

Par suite, les rapports indiquant les circonstances dans lesquelles ces militaires ont été mordus devront être adressés directement à M. le directeur du service de santé du 15e corps d'armée.

— M. Boutin, médecin de première classe de la marine, est nommé professeur de petite chirurgie à l'École de médecine navale de Toulon.

— M. Jacques Bertillon fait remarquer dans le « Bulletin hebdomadaire de statistique municipale » que, pour la première fois depuis quinze ans, la rougeole n'a causé aucun décès à Paris dans la quarantième semaine (30 septembre-6 octobre) de 1894.

— *Le tabac et le bacille tuberculeux.* — Des travaux de Koch « Vierteljahr für Gericht. med. 1889 » et de Kerez « Centralblatt für Bakt. und Parasit. 1894 », il résulte que la tuberculose e fréquemment constatée chez les ouvriers des manufactures de tabac. Ceux-ci humectant souvent leurs doigts avec de la salive peuvent déposer des bacilles sur les feuilles de tabac. Il résulte des expériences de Kerez que, pour rendre la contamination impossible, on doit laisser les cigares à l'étuve à 30 degrés, pendant plus de dix jours, ainsi d'ailleurs que cela est pratiqué le plus souvent.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Stage hospitalier. — La Faculté rappelle aux étudiants le décret du 20 novembre 1893 (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1893, p. 1297) et donne, relativement au classement des stagiaires, les renseignements suivants :

Les stagiaires seront répartis par année (art. 3 et 9 du décret), et d'après la note obtenue au dernier examen, ou la moyenne des notes obtenues, si cet examen est composé de deux parties ou s'il y a eu échec; — pour une même note, dans l'ordre de la prise des inscriptions.

Les élèves en cours irrégulier d'études seront classés les derniers.

C'est dans le même ordre que les stagiaires seront appelés à choisir les services dans lesquels ils désireront faire le stage.

Une lettre de convocation leur sera adressée à cet effet.

Aucune exception à cette règle ne sera admise.

Les titulaires d'enseignement devront s'abstenir de réclamer des stagiaires, la répartition de ceux-ci devant se faire en dehors de toute espèce d'intervention du chargé de l'enseignement.

Le choix des services aura lieu dans la première quinzaine de novembre, pour le trimestre de décembre à février inclus, et dans la première quinzaine de février pour le trimestre de mars à mi-juin.

Les listes des stagiaires seront arrêtées les 15 novembre et 15 février pour être immédiatement transmises au directeur de l'Assistance publique.

Ceux qui n'y seraient pas inscrits ne pourraient pas prendre d'inscriptions.

L'inscription de janvier sera délivrée au stagiaire qui aura été régulièrement inscrit et classé; — l'inscription d'avril, d'après les notes du professeur pour le trimestre de février à décembre inclus; l'inscription de juillet, d'après les notes du professeur pour le trimestre de mars à mi-juin.

L'enseignement devant durer du 1er décembre au 15 juin (art. 7), le stage commencera irrévocablement le 1er décembre pour se continuer, sans interruption, jusqu'au 15 juin.

Les règlements précédents recevront leur entière exécution dans l'année scolaire 1895-1896, pour les élèves qui prendront la première inscription en octobre-novembre 1895, selon le nouveau régime d'études.

En 1894-95, ils ne seront appliqués qu'aux élèves de troisième et de quatrième année, dont la scolarité est soumise au stage médical et chirurgical.

Les listes des stagiaires, pour l'année scolaire 1894-1895, seront établies à la suite de l'inscription de juillet 1894.

MM. les étudiants dont la scolarité est soumise au stage, et qui n'auraient pas pris d'inscription en juillet 1894, sont invités à demander, par écrit, leur inscription sur la liste des stagiaires, avant le 1er novembre 1894. — Ils sont également invités à faire connaître les changements d'adresse, s'il y a lieu.

— M. le docteur Moricourt, ancien interne des hôpitaux, ancien chef de clinique de M. le docteur Burq, a recommencé ses conférences cliniques sur le traitement des maladies nerveuses et du diabète par la métallothérapie, à sa clinique, 9, rue de Chanaleilles, le dimanche 14 octobre, de neuf à dix heures, et les continuera tous les dimanches à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 121. — JEUDI 18 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 18 OCTOBRE 1894. — N° 121.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

L'Académie n'a pas fait longtemps attendre sa réponse à M. le ministre de l'Intérieur sur la valeur de la sérumthérapie appliquée au traitement de la diphtérie. Le rapporteur de la Commission qu'elle a nommée dans la dernière séance, M. Straus, a donné aujourd'hui même lecture de son rapport. Rendant à chacun la justice qui lui est due dans l'institution de ce traitement qui repose sur des bases rigoureusement scientifiques et qui émane directement de la doctrine pastorienne, M. Straus, ainsi qu'on le verra dans son travail publié plus loin, déclare qu'on semble aujourd'hui en possession d'un traitement efficace et inoffensif de la diphtérie. Une rigoureuse statistique montre que la mortalité par cette maladie est abaissée, à l'aide de la sérumthérapie, de 52 ou 53 p. 100 à 24 ou même 23 p. 100. Il y a donc intérêt à ce que tous les médecins puissent être en possession de ce sérum bienfaisant et que toute facilité soit donnée à l'Institut Pasteur d'en fournir une quantité suffisante. M. Straus termine son rapport par les conclusions suivantes, qui ont été adoptées à l'unanimité par l'Académie :

« Votre Commission vous propose d'émettre un avis favorable sur l'emploi du sérum antidiphtéritique et de formuler, en outre, le vœu que l'Institut Pasteur soit mis en mesure de faire face aux demandes de sérum qui pourront lui être faites, soit par les médecins, soit par les pouvoirs publics. »

Voilà donc le traitement antidiphtéritique par la sérumthérapie muni de l'estampille officielle.

Après la lecture du rapport de M. Straus, nous avons été quelque peu étonné que personne ne prît la parole. Mais l'unanimité avec laquelle l'Académie a voté les conclusions de la Commission est une sanction qui, pour être muette, n'en est pas moins éloquente.

M. Le Roy de Méricourt a fait un rapport sur un travail de M. Villette, relatif aux fièvres de Madagascar. On trouvera plus loin un résumé de ce rapport. Dans la petite discussion qui l'a suivi, M. Laveran a émis cette opinion que la nature des fièvres de Madagascar, que leur incubation ne différaient en rien de celles des fièvres paludéennes d'Afrique ou d'ailleurs. Parlant de la durée d'incubation, M. Laveran a dit que la moyenne était de dix jours, en s'appuyant sur des expériences d'inoculation qui auraient été faites directement à l'homme sain. Il est regrettable que M. Laveran n'ait pas donné quelques détails sur ces expériences et sur la façon dont elles ont été faites. Il ne faut pas ainsi laisser le champ ouvert à des suppositions difficilement acceptables.

Nous signalerons deux lectures intéressantes : l'une de M. Ricard, sur un cas d'abcès hépatique consécutif à un anthrax de la face et sur la relation existant entre ces deux lésions caractérisées par les mêmes microbes; l'autre de M. Kalt, médecin à l'Hospice des Quinze-Vingts, sur un nouveau traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. Les résultats fournis par ce traitement paraissent très encourageants. Nous publierons ce travail dans un de nos prochains numéros.

LA SÉRUMTHÉRAPIE CONTRE LA DIPHTÉRIE

Par M. le docteur STRAUS,
Professeur de pathologie comparée et expérimentale à la Faculté de Paris, Membre de l'Académie de médecine.

La sérumthérapie, depuis les travaux initiateurs de Behring, n'a pas cessé d'occuper le premier rang dans les préoccupations des chercheurs. Dans l'ordre des faits expérimentaux, la méthode a largement fait ses preuves; appliquée à l'homme elle n'a pas toujours tenu ses promesses, pour le tétanos notamment, la pneumonie, la fièvre typhoïde. En ce qui concerne la diphtérie, le problème semble avoir fait un pas décisif, grâce surtout aux récentes recherches de M. Roux, communiquées au Congrès de Buda-Pesth et qui ont eu tant de retentissement.

M. Roux et son collaborateur, M. L. Martin, emploient comme source de sérum curateur le cheval, de préférence au mouton, à la chèvre ou au chien. Le cheval est facile à immuniser contre la diphtérie; il fournit une grande quantité de sérum. L'immunisation est obtenue par injection sous-cutanée, répétée à intervalles appropriés, de toxine diphtérique, mitigée d'abord par l'addition d'un antiseptique (iode), puis par l'injection de doses progressivement croissantes de toxine pure. Le sang est tiré de la jugulaire, à l'aide d'un gros trocart, par le procédé indiqué par notre collègue M. Nocard, commodément et avec pureté : il donne en se coagulant un sérum limpide.

Le sérum ainsi obtenu possède toutes les propriétés signalées par M. Behring; il est antitoxique, immunisant et cura-

teur. Mêlé en proportions convenables à de la toxine diphtérique, il rend celle-ci inoffensive; on peut alors injecter impunément le mélange aux animaux. Injecté à dose suffisante à un animal, il le rend réfractaire à l'inoculation ultérieure du poison ou du bacille diphtérique; enfin, il peut guérir un animal rendu malade par l'inoculation de la toxine ou du bacille virulent.

Le traitement par le sérum antidiphtérique a été appliqué par M. Roux avec le concours de MM. Martin et Chaillou, dans 300 cas de diphtérie, à l'hôpital des Enfants-Malades, de février à juillet 1894. Pendant les quatre années 1890-1893, 3,971 enfants étaient entrés au pavillon de la diphtérie; ils ont fourni le chiffre lamentable de 2,029 décès, soit une mortalité de 51 p. 100.

Du 1er février au 24 juillet 1894, le traitement par le sérum a été appliqué. Sur 448 enfants, il y a eu 109 décès, soit 24 p. 100. Toutes les conditions étant restées les mêmes, la différence entre 51 p. 100 et 24 p. 100 mesure le bénéfice procuré par le traitement.

Pendant les mêmes mois de la même année, entraient à l'hôpital Trousseau 520 enfants qui n'avaient pas reçu de sérum; il en est mort 316, soit une mortalité de 60 p. 100, ce qui prouve bien que l'épidémie à laquelle on avait affaire n'était pas une épidémie bénigne.

Mais il convient de distinguer entre les angines diphtériques et les croups trachéotomisés qui sont bien plus graves. La mortalité moyenne des angines diphtériques à l'hôpital des Enfants-Malades, pendant la période de 1890 à 1893, a été de 34 p. 100. Pendant les mois de traitement, de février à juillet 1894, la mortalité a été de 12 p. 100; pendant le même temps, à l'hôpital Trousseau, elle a été, sans l'emploi du sérum, de 32 p. 100.

La mortalité moyenne des croups opérés à l'hôpital des Enfants-Malades, de 1890 à 1893, a été de 73 p. 100; pendant les mois de traitement par le sérum, elle est tombée à 49 p. 100 et, pendant le même temps, elle était à l'hôpital Trousseau, sans l'emploi du sérum, de 86 p. 100.

Les chiffres précédents ne tiennent pas compte du fait qu'au pavillon de la diphtérie entrent des enfants qui ne sont pas diphtériques, mais qui ont des angines à bactéries diverses, bien moins dangereuses que la diphtérie vraie; il convient de déduire tous ces cas, qui mettraient au profit du sérum des succès qui ne lui sont pas dus. Cette déduction faite, la statistique de M. Roux est ramenée à 300 cas de diphtérie authentique, constatée par l'examen bactériologique. Ces 300 enfants, traités par le sérum, ont donné 78 décès, soit une mortalité de 26 p. 100. Des recherches antérieures ont établi que, dans le même hôpital, la mortalité des enfants atteints de diphtérie, constatée par l'examen bactériologique, était de 50 p. 100.

Le sérum curateur est injecté sous la peau à la dose de 20 centimètres cubes; vingt-quatre heures après, on pratique une nouvelle injection de la même dose qui est, en général, suffisante pour conduire à la guérison. L'injection n'est pas douloureuse; en quelques instants le sérum est résorbé; dans trois cas seulement, il y a eu un abcès qui a guéri rapidement après incision.

Les effets du traitement se manifestent rapidement et d'une façon saisissante. Le facies cesse d'être pâle et plombé, l'appétit revient vite, l'état général s'améliore, les fausses membranes se détachent et cessent de se reproduire. La température s'abaisse promptement et la défervescence s'effectue ordinairement dès le lendemain de l'injection. L'albuminurie diminue et se dissipe. Dans les cas de diphtérie compliqués par l'association de streptocoques, l'amélioration est plus lente et la mortalité plus forte, que dans les cas de diphtérie simple. Les croups non opérés guérissent facilement; ceux qui ont été opérés donnent, malgré le traitement, une mortalité relativement forte surtout s'il y a dans les fausses membranes association de streptocoques. Le traitement, du reste, a pour effet de restreindre singulièrement les indications de la trachéotomie.

En résumé, ce qu'il faut retenir de cet exposé, c'est que 300 enfants, atteints de diphtérie certaine, ont donné une mortalité de 26 p. 100, au lieu de 50 p. 100, qui est la mortalité ordinaire.

En Allemagne, des statistiques aussi favorables ont été publiées, où la mortalité se trouve abaissée à 28, à 26, à 23 p. 100.

Deux membres de votre Commission, M. Bergeron, notre éminent secrétaire général, et M. Cadet de Gassicourt, qui tous deux se sont spécialement occupés de pathologie infantile, ont suivi dans ces derniers temps le traitement sérumthérapique des enfants diphtériques, à Trousseau, dans le service de M. Moizard. Les effets obtenus leur ont paru tout à fait remarquables, notamment l'amélioration frappante de l'état général, la chute rapide de la fièvre à la suite de l'injection, l'absence de pâleur, de tristesse et d'abattement chez les petits malades.

Le sérum antidiphtérique exerce-t-il aussi chez l'homme, comme il le fait expérimentalement chez les animaux, une action immunisante préservatrice? Tout porte à le croire et il ne peut y avoir qu'avantage à inoculer préventivement le sérum aux personnes bien portantes, surtout aux enfants qui vivent au contact d'un sujet atteint de diphtérie.

Tels sont, en ce qui concerne la diphtérie, les résultats remarquablement encourageants que donne la sérumthérapie. Il semble bien que nous soyons maintenant en possession, contre cette redoutable maladie, d'un traitement spécifique aussi puissant qu'inoffensif. La sérumthérapie, si féconde en promesses, est une découverte qui appartient à M. Behring, mais à la base de cette découverte, il en est d'autres, fondamentales, qui émanent de Pasteur et de son école. L'immunisation artificielle, même contre les maladies sujettes à récidive comme le charbon (comme aussi la diphtérie), telle est l'entreprise réalisée par Pasteur, et qui domine toute notre prophylaxie et notre thérapeutique. Nous savons aujourd'hui que les microbes agissent surtout par les produits solubles qu'ils élaborent, par les toxines, et que l'infection, à tout prendre, n'est qu'une intoxication; ici encore, ce fut Pasteur qui ouvrit la voie, en montrant qu'une culture de choléra des poules, débarrassée par la filtration de tout élément morphologique, est encore susceptible de provoquer les principaux symptômes, entre autres la somnolence caractéristique de la maladie.

Plus tard, précisément dans les cultures du bacille de la diphtérie, MM. Roux et Yersin, utilisant le filtre imaginé par M. Chamberland, mirent en évidence la présence d'un poison tout différent des ptomaïnes ou des alcaloïdes toxiques, jusqu'alors exclusivement connus, poison extrêmement actif, fragile, se rapprochant des diastases ou des venins et dont l'inoculation aux animaux détermine les mêmes effets, locaux et généraux, que celle du bacille vivant. La découverte du poison diphtérique fut un véritable trait de lumière; les poisons tétanique, cholérique, pneumonique, typhique, furent retirés des cultures et déterminés par la

même méthode. Ne semble-t-il pas juste que l'étude et le perfectionnement des sérums antitoxiques et de leurs effets tutélaires soient poursuivis dans ce même laboratoire où, sous l'impulsion de Pasteur, après la bactériologie elle-même, la toxicologie bactérienne a pris naissance?

MÉDECINE MILITAIRE

Des abris improvisés et des hôpitaux temporaires pour blessés en campagne.

C'est surtout en temps de guerre que les abris et les hôpitaux temporaires sont appelés à rendre les plus grands services.

I

Dans les armées européennes, les abris provisoires sont employés dans les formations sanitaires de l'avant, là où l'on ne peut faire usage ni des maisons, ni des constructions démontables. Le poste de secours doit être déplacé facilement; il n'est immobilisé que le temps nécessaire pour panser provisoirement les blessés et les évacuer sur l'ambulance. On comprend aisément pourquoi les abris éventuels sont la seule ressource du personnel médical dans les formations de l'avant, pour recueillir les blessés, les abriter des feux de l'ennemi et leur donner les soins les plus urgents.

Le règlement sur le service de santé en campagne (notice n° 4) envisage toutes les conditions qu'il faut rechercher pour fournir aux blessés, recueillis pendant le combat, le meilleur abri éventuel contre les projectiles de l'artillerie et leurs effets destructifs :

Les postes de secours doivent être mis à l'abri des vues, de manière à éviter qu'ils ne soient confondus avec des rassemblements de troupes; au besoin derrière un mur, à condition de s'en tenir assez éloigné pour que les éclats de pierre ne soient pas dangereux; derrière un obstacle naturel, s'il s'en trouve, en observant toutefois que, pour garantir des balles des obus fusants, cet obstacle doit être assez élevé; sur un sol mou, toutes les fois que la chose est possible, pour éviter l'effet des obus.

Les médecins doivent se garder d'installer les postes de secours dans les habitations. Les hangars légers sont aussi dangereux, par suite du peu de résistance qu'ils offrent aux obus ou même à des fragments d'obus, et à cause du danger d'incendie, à moins qu'ils ne soient garantis du côté de l'ennemi par des constructions en maçonnerie suffisamment épaisses.

Il faut non seulement que les blessés soient protégés contre les feux de l'ennemi, mais aussi contre les intempéries de la saison; avec des branchages on peut, dans une certaine mesure, diminuer l'action de la pluie et du vent. La paille rend de signalés services; elle sert à disposer commodément les blessés sur le sol. Si elle existe en quantité suffisante, elle peut encore les défendre efficacement contre le froid.

Dans les colonies, où les exigences de la tactique ne sont pas les mêmes qu'en Europe, on peut employer toutes les ressources locales pour abriter les blessés. Les paillottes et d'une façon générale toutes les habitations indigènes ont été maintes fois utilisées. Même, en dehors des lieux habités, il est assez facile de faire des abris improvisés avec les feuillages si abondants dans certaines de nos contrées coloniales, au Tonkin, par exemple.

II

Les abris improvisés ne sont employés dans les services de l'avant que comme un pis-aller, ils ont pour but de mettre les blessés dans les conditions les moins défavorables possible, pendant quelques heures, en attendant que leur évacuation puisse être effectuée. Bien autrement importante à étudier est l'organisation des hôpitaux temporaires en campagne; celle-ci peut être réalisée d'une façon bien plus profitable pour les blessés.

En principe, les hôpitaux temporaires sont destinés à être installés sur le territoire national, dans les places de guerre et villes ouvertes. Ils peuvent également, en cas de besoin, être appelés à fonctionner dans la zone des étapes.

Aux colonies, les hôpitaux temporaires sont indispensables, par suite du défaut d'hôpitaux permanents.

Quand les hôpitaux temporaires ne peuvent être installés dans des habitations, on a recours aux tentes d'hôpital système Tollet ou mieux aux baraques mobiles (systèmes Dœcker et Espitalier).

La tente d'hôpital, système Tollet, est de même forme que la tente d'ambulance bien connue (tente ogivale, à armatures en fer, à double paroi), mais elle est de dimensions beaucoup plus grandes, puisqu'elle mesure 15 mètres de longueur sur 5 de largeur et de hauteur. La tente d'hôpital peut contenir 28 lits.

Les baraques mobiles sont à rechercher beaucoup plus que les tentes d'hôpital; elles présentent de notables avantages. Comme les doubles parois sont rigides et qu'il y a un plancher surélevé, l'humidité ne pénètre pas et le chauffage peut être mieux assuré; les blessés et malades sont très bien protégés contre les intempéries de la saison et les variations thermiques (froid ou chaleur excessive).

III

Il existe deux types de baraques mobiles, un grand et un petit; ce dernier modèle est employé de préférence pour l'isolement des contagieux ou des grands blessés.

Les deux types de baraque Dœcker sont construits sur un modèle analogue. La grande baraque mesure 15 mètres de long sur 5 mètres de largeur et de hauteur; elle peut contenir 16 lits. Son matériel est renfermé dans douze caisses et un sac rempli de vis et de boulons. Le tout forme un volume de 15 mètres cubes et pèse environ 3600 kilogrammes. Le sol de la baraque est formé par l'assemblage des caisses qui servent à renfermer le matériel. Un des graves reproches à faire aux systèmes de baraques mobiles, c'est que les caisses ont des dimensions forcément exagérées, sont fort pesantes et d'un arrimage difficile.

Pour dresser une baraque Dœcker, il faut un minimum de six hommes, pendant une journée; nous ajouterons que ce travail ne peut et ne doit être confié qu'à des hommes expérimentés : dans le cas contraire, non seulement les pièces d'assemblage sont mal assujetties, incomplètement jointes, mais elles sont surtout détériorées par les manœuvres de force mal dirigées, ce qui rend très difficile et plus pénible encore un montage ultérieur.

Les parois et le toit sont constitués par des panneaux mobiles formés de cadres en bois dont les deux faces, dis-

tantes l'une de l'autre de 2 centimètres, sont couvertes d'un cartonnage recouvert d'une toile imperméabilisée. La face interne des panneaux est recouverte d'un enduit incombustible. Les deux faces peuvent être lessivées avec des solutions antiseptiques.

La baraque Espitalier est plus confortable que la baraque Dœcker, et construite plus solidement, mais la charpente en fer la rend plus lourde; elle pèse 6000 kilogrammes et exige douze hommes pour la monter. La disposition générale des baraques Dœcker et Espitalier est sensiblement la même. Il faut cependant noter, dans cette dernière, l'installation particulièrement hygiénique des cabinets d'aisance, disposés dans le fond de la baraque; ceux-ci sont séparés de la baraque proprement dite par un petit passage où la ventilation, grâce à un dispositif des plus ingénieux, s'effectue par la face inférieure et les deux faces latérales.

Aux colonies, et au Tonkin notamment, on a pu utiliser certains locaux spacieux, tels que les magasins à riz, où il était possible d'organiser l'hospitalisation temporaire d'une façon satisfaisante. Au Dahomey, il a été fait usage d'un certain nombre de baraques Dœcker; celles-ci étaient d'autant plus indispensables que les ressources locales étaient fort insuffisantes.

IV

Au point de vue des approvisionnements, on distingue trois types d'hôpitaux temporaires permettant de traiter 50, 100, 250 malades pendant trois mois. Chaque approvisionnement est réparti dans un certain nombre de caisses contenant les unités collectives. On sait que, pour simplifier les écritures et faciliter l'établissement des comptes, le matériel du service de santé en campagne a été constitué en unités collectives dont la composition a été déterminée par des tableaux indicatifs (notice n° 2).

Un hôpital temporaire de 50 malades comprend 39 ballots et 9 caisses d'administration, 7 ballots et 2 caisses de chirurgie, 7 caisses de pharmacie. Un hôpital de 100 malades comprend 50 ballots et 14 caisses d'administration, 6 ballots et 2 caisses de chirurgie. Enfin, un hôpital de 250 malades comprend 111 ballots et 20 caisses d'administration, 13 ballots et 3 caisses de chirurgie, 13 caisses de pharmacie.

V

Les lits ou couchettes ne sont pas compris dans les unités collectives. Ces objets doivent en principe être fournis soit par la compagnie des lits militaires, soit par les ressources locales provenant de la réquisition. Quand les couchettes sont annexées à l'approvisionnement, leur poids est calculé à raison de 59 kilogrammes pour chacune. Souvent il peut arriver que les lits fassent défaut, et alors on a recours aux lits improvisés.

Un lit peut être fait avec des piquets fixés en terre, supportant des traverses en bois, des cordages, des paillassons, des toiles tendues, sur lesquels on peut installer des matelas. On peut encore installer un lit improvisé et le disposer sur des tréteaux.

Le brancard peut aussi être employé comme lit, mais pour être rendu supportable, il faut qu'il soit amélioré par une paillasse ou un matelas. Il faut éviter de laisser le brancard à terre, car il s'affaisse vite par le poids du malade et la toile ne tarde pas à se mettre en contact avec le sol; de plus, il est très incommode pour donner les soins au malade. On doit donc chercher des moyens de maintenir le brancard surélevé. Pour cela, on peut le placer sur quatre piquets dont l'extrémité supérieure est entaillée en V ou en U et dont l'extrémité inférieure est solidement enfoncée dans le sol. Un autre système consiste à attacher solidement avec des cordes chaque hampe du brancard à un piquet fixé en terre. Enfin, le moyen le plus simple pour surélever les brancards consiste à les placer sur des fagots ou de grosses bottes de paille. Que l'on emploie des fagots ou des bottes de paille, il faut les assujettir sur le sol au moyen de petits piquets pour les empêcher de rouler.

Les lits improvisés ne peuvent guère être fabriqués que dans la zone de l'arrière, c'est là seulement que l'on sera en mesure de trouver les matériaux nécessaires. Dans les hôpitaux temporaires qui devront être installés dans la zone des étapes, le couchage ne pourra être assuré que sur les brancards; ceux-ci devront donc être adaptés pour cet usage, ainsi que nous l'avons indiqué plus haut. Si les matelas ou paillasses font défaut, on improvisera des litières de paille ou de foin recouvertes de toiles, de couvertures ou de draps de lit. Si l'hôpital temporaire est appelé à fonctionner près d'un lieu habité, on peut réquisitionner temporairement les fournitures de literie, si les ressources locales le permettent (notices n°s 5 et 7).

REVUE DE LA PRESSE

Influence des préparations d'ergotine sur l'involution de l'utérus. — Le docteur Krohl (de Prague) a fait une série d'expériences (sur 120 accouchées) sur l'administration des préparations d'ergotine pendant la période puerpérale, et a remarqué que les douleurs post-partum étaient assez marquées et que l'involution utérine se faisait plus rapidement. Le pouls, sous l'influence de l'ergotine, se ralentit, mais la température et la sécrétion de la glande mammaire n'en sont pas influencées; l'état général de la mère et du fœtus ne sont pas modifiés. Il en conclut que l'administration de l'ergotine est utile, même dans l'accouchement normal, mais doit être surtout faite comme moyen prophylactique, avant les opérations obstétricales, comme l'opération césarienne, dans l'accouchement gémellaire, l'hydramnios, l'atonie utérine, la subinvolution et l'endométrite puerpérale. Les contre-indications sont : les hémorragies de la grossesse et la faiblesse des contractions utérines pendant la dilatation du col et l'expulsion du fœtus. (*Arch. fur Gynec.*, janvier.)

Cas rare de bronchite fibrineuse. — M. Fedoroff fut appelé un soir auprès d'une malade souffrant d'une dyspnée violente; il trouva la patiente, âgée de trente ans, enceinte de six mois, assise dans son lit, ayant une respiration pénible, fréquente et sifflante; la figure exprimait l'anxiété. Il résulte des commémoratifs que la malade, en sortant la veille et étant très bien portante, avait pris froid; le soir est survenu un frisson violent, puis de la fièvre et des accès de toux sèche; le lendemain soir, la respiration est devenue extrêmement gênée et le médecin fut appelé.

A l'examen, on constatait que la percussion ne dénotait rien d'anormal; à l'auscultation, on entendait, dans les grosses bronches, des râles sifflants tellement forts qu'ils masquaient la respiration et les bruits cardiaques. Rien dans les autres organes. Aphonie. Cyanose de la face. Température 39°6, pouls 120, respiration 36. On administra des

expectorants à l'intérieur et l'on prescrivit des badigeonnages du cou à la teinture d'iode et des compresses chaudes. Le lendemain matin, le mari de la malade apporta à M. Fedoroff un moule de la trachée et des grosses bronches, de 16 millimètres de largeur, de 18 centimètres de longueur, rendu par la malade dans les crachats; en l'expectorant, la malade a failli étouffer. A l'examen de la malade, il constata une amélioration de tous les phénomènes : respiration 28, pouls 92, température 38 degrés; à l'auscultation au lieu des râles sifflants il y avait, dans la région scapulaire gauche, de la respiration bronchique. Le lendemain on constatait tous les signes d'une pneumonie du lobe inférieur du poumon gauche, pneumonie serpigineuse qui dura quinze jours. (*Rouss. Med.*, n° 11, 1894.)

Angine de Ludwig. — A l'appui de l'hypothèse, d'après laquelle l'angine de Ludwig doit être considérée comme une affection purement locale, due le plus souvent à une affection de la bouche et surtout à la carie dentaire, M. Citrine publie l'observation d'un malade où cette étiologie était évidente. Pour soulager sa névralgie dentaire occasionnée par la carie, ce malade employait souvent l'acide phénique pur (quelques gouttes sur un tampon d'ouate); dernièrement il s'était brûlé la bouche ayant mis trop d'acide. Bientôt à la sensation très douloureuse de brûlure s'est joint un frisson, de la dysphagie et la tuméfaction des ganglions sous-maxillaires qui a bientôt envahi une grande partie du cou. A l'examen, on trouvait une infiltration bilatérale de toute la région sus-hyoïdienne, descendant un peu moins à droite qu'à gauche où elle arrive jusqu'au cartilage thyroïde. Le plancher de la bouche est infiltré et hyperémié, la langue soulevée. La déglutition est très pénible, la parole embarrassée. La température est à 38, 39 degrés, le pouls 96. Le lendemain, légère amygdalite à droite; la tuméfaction sus-hyoïdienne diminue à gauche, mais s'étend à droite, elle est d'une dureté ligneuse. La dysphagie et le trismus persistent, la respiration est un peu ronflante et gênée. La nuit le malade avait du délire et un accès de suffocation. Malgré les sangsues et les expectorants, l'état s'est aggravé le lendemain : la température est montée à 40 degrés. La tuméfaction a augmenté, surtout à droite, les téguments sont lisses et tendus, il y a infiltration du voile du palais du côté droit et de l'amygdale droite; la muqueuse brûlée se détache par place. Pouls à 108. Le lendemain soir, la respiration est subitement devenue bruyante et difficile; l'infiltration du côté gauche du cou a diminué, mais le voile du palais est toujours aussi œdématié, au niveau d'une des dents cariées la pression fait sourdre un peu de pus. L'incision profonde faite parallèlement au bord de la mâchoire n'a fait sourdre qu'un peu de sang, pas de pus. Dans la nuit le malade fut subitement pris d'œdème suraigu de la glotte qui l'emporta rapidement.

Ce cas est surtout intéressant par sa cause et sa marche rapidement mortelle. Déjà le docteur Kravkoff est arrivé à la conclusion que la carie dentaire peut en être la cause non seulement par l'irritation locale, mais surtout parce que les produits septiques de putréfaction sont transportés par voie lymphatique dans le tissu cellulaire du cou. Chez le malade de M. Citrine, à cette cause s'est ajoutée la brûlure par l'acide phénique pur; de plus, comme il était syphilitique, ses ganglions étaient déjà tuméfiés; ce qui explique l'infiltration rapide du tissu cellulaire du cou et la marche suraiguë. (*Ejenedelnik*, n° 10, 1894.)

Influence de l'atropine sur l'arythmie cardiaque. — Le professeur Deguio a, dans ses observations cliniques, trouvé la confirmation des faits de pathologie expérimentale signalés par Haidenhein, relativement à l'influence de l'atropine sur l'arythmie cardiaque. Si, en cas d'arythmie légère, on fait une injection de 2 milligrammes de sulfate d'atropine, l'activité du cœur augmente et se régularise par action paralysante du médicament sur le bout périphérique du nerf vague.

S'il y a affolement du cœur, cette substance n'agit plus, car, dans ces cas, l'arythmie dépend probablement de l'appareil automoteur du cœur et non du pneumogastrique.

Le professeur Deguio a constaté le même effet de l'atropine sur la bradycardie. (*St-Petersb. Med. Woch.*, n° 2, 1894.)

Avortement provoqué par le procédé de Peltzer. — Le docteur Guinsbourg, en se basant sur quelques cas observés, conclut que l'injection intra-utérine de glycérine, comme l'a préconisée Peltzer, amène assez rapidement l'avortement; la glycérine est préférable à l'eau, car, étant plus dense, elle a plus de difficulté pour pénétrer dans les vaisseaux qui pourraient être atteints. Le mécanisme de l'avortement se rapproche, plus que dans tout autre procédé, de celui de l'avortement spontané; même dans l'introduction des sondes, le décollement des membranes est, au début, limité, tandis que par l'injection, il se fait sur une plus grande étendue.

L'auteur ajoute qu'il emploie comme désinfectant la formaline (solution aqueuse d'aldéide formique à 40 p. 100) avec succès; de même, dans la gonorrhée, le tamponnement avec de l'ouate imbibée de la solution à 2 p. 100 lui a donné de très bons résultats. (*Ejenedelnik*, n° 10, 1894.)

S. BROÏDO.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 16 octobre 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. Richelot, pour la section de médecine opératoire; Le Roy des Barres, pour la section d'hygiène publique et de médecine légale; Bertin (de Nantes) et Magnant (de Gondrecourt), au titre de membre correspondant.

RAPPORTS

Les fièvres de Madagascar. — M. LE ROY DE MÉRICOURT lit un rapport sur un travail de M. Villette relatif aux fièvres de Madagascar.

M. Villette termine son travail de la façon suivante :

« Le plateau central de Madagascar et ses environs sont des endroits où l'on contracte la fièvre, comme dans tous les pays mal cultivés où se trouvent des marécages, mais l'Européen peut néanmoins s'y acclimater. »

M. Le Roy de Méricourt s'associe à cette conclusion en ajoutant que la très grande majorité des fièvres observées sur le plateau ont été contractées pendant le trajet du littoral au plateau, ou pendant un séjour plus ou moins prolongé dans la zone dangereuse.

M. L. COLIN. Il est certain qu'à Madagascar, il existe une zone côtière très dangereuse, au delà de laquelle le pays est, au contraire, très favorable à la santé des troupes.

Aussi importe-t-il de faire traverser le plus rapidement possible cette partie de l'île à un corps expéditionnaire et de choisir avec soin la période de l'expédition.

M. LAVERAN fait observer que la nature des fièvres de Madagascar est la même que celle des fièvres d'Algérie. Elle est caractérisée par la présence du même parasite dans le sang. Il n'y a donc pas de fièvre particulière à Madagascar. Quant à l'incubation, sa durée est très variable. Elle

varie de quelques jours à un mois. L'incubation moyenne est de huit à dix jours, ainsi que l'ont prouvé des inoculations de sang paludique faites sur des hommes sains.

M. LE ROY DE MÉRICOURT. A Madagascar, la rapidité avec laquelle les hommes sont envahis est souvent telle, qu'ils arrivent difficilement dans la zone salubre et que l'on est obligé de les porter, ce qui présente de graves inconvénients.

M. LAGNEAU, à propos de la communication de M. Le Roy de Méricourt, revient sur l'absence totale de statistiques relatives à la morbidité et à la mortalité de nos troupes de la marine et des colonies. Le ministère de la Marine s'obstine à ne fournir aucun renseignement, contrairement à la loi de 1851. Et cependant, on ne saurait contester l'importance qu'il y aurait à avoir des statistiques détaillées — comme celles que fournit le ministère de la Guerre — quand on pense que, dans certaines de nos colonies, au Sénégal, par exemple, la moitié des effectifs est enlevée certaines années.

De la valeur de la sérumthérapie appliquée au traitement de la diphtérie. — M. STRAUS lit un rapport sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1121.)

LECTURES

Abcès du foie consécutif à un anthrax. — M. RICARD lit une observation très intéressante d'abcès du foie survenu, en quelques jours, pendant la convalescence d'un anthrax de la face. Le fait est curieux par l'étude des symptômes qui ont conduit rapidement au diagnostic d'abcès du foie, par l'intervention qui a permis au chirurgien de découvrir la collection profondément située dans le parenchyme; enfin, l'examen bactériologique du pus a démontré que l'abcès était constitué par des staphylocoques dorés, à l'état de pureté. Cette observation attire l'attention sur une complication de l'anthrax et montre la dissémination facile de l'agent virulent qui s'y était primitivement localisé.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés. — M. KALT lit un travail sur ce sujet. (Sera publié.)

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Concours de l'internat. — La composition écrite du concours de l'internat en médecine aura lieu à la date fixée, le mercredi 24 octobre, à midi, dans la salle Saint-Jean, à l'Hôtel de Ville (entrée par la rue Lobau, porte du côté de la rue de Rivoli).

La lecture des copies sera faite, comme par le passé, dans l'amphithéâtre de l'Administration centrale, avenue Victoria.

— Le prochain concours pour le prix Duparque s'ouvrira le 1er octobre 1894; les manuscrits devront être remis au secrétariat de la Société de médecine de Paris, le 1er octobre 1895, dernier délai.

Le sujet mis au concours est une question de gynécologie laissée au choix du candidat.

La somme à distribuer s'élève à 2400 francs. Pour tous renseignements s'adresser au secrétaire général de la Société, 16, rue Vignon.

— *La peste à Hong-Kong.* — On sait que la peste a paru en mars et avril à Canton et à Pakhoi, en mai à Hong-Kong. L'épidémie a été grave et les décès se sont élevés à une moyenne de 60 p. 100. On redoute l'invasion de la Chine par l'épidémie meurtrière.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Ehrmann (de Bouxwiller), médecin de la marine, décédé à Toulon à l'âge de trente-huit ans; — Filleau (de Paris). Ses obsèques auront lieu demain jeudi, à dix heures, à l'église Saint-Roch; Fruchier, ancien maire de Digne; Masson (d'Yvetot); de Plowecki (d'Azay-le-Féron); Sesselman, médecin de colonisation, à Duperré.

— M. le docteur Péan reprendra ses leçons cliniques et ses opérations à l'hôpital International, 11, rue de la Santé, le samedi 27 octobre, à neuf heures et demie, et les continuera les samedis suivants.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Hiver 1894-1895.* — *Billets d'aller et retour de famille pour les stations thermales et hivernales des Pyrénées et du golfe de Gascogne : Arcachon, Biarritz, Luchon, Salies-de-Béarn.* — *Tarif spécial G. V. N° 106 (Orléans).* — Des billets d'aller et retour de famille, de première et de deuxième classe, sont délivrés, toute l'année, à toutes les stations du réseau de la Compagnie du Chemin de fer d'Orléans, avec faculté d'arrêt à tous les points du parcours désignés par le voyageur, pour les stations hivernales et thermales du réseau du Midi, et notamment pour :

Arcachon, Biarritz, Dax, Guéthary (halte), Hendaye, Pau, Saint-Jean-de-Luz, Salies-de-Béarn, etc.

Avec les réductions suivantes, calculées sur les prix du tarif général d'après la distance parcourue, sous réserve que cette distance, aller et retour compris, sera d'au moins 500 kilomètres : Pour une famille de deux personnes, 20 p. 100; pour une famille de trois personnes, 25 p. 100; pour une famille de quatre personnes, 30 p. 100; pour une famille de cinq personnes, 35 p. 100; pour une famille de six personnes ou plus, 40 p. 100.

Durée de validité : 33 jours, non compris les jours de départ et d'arrivée.

La durée de validité des billets de famille peut être prolongée une ou deux fois de trente jours, moyennant le paiement, pour chacune de ces périodes, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix du billet de famille.

Avis. — La demande de ces billets doit être faite quatre jours au moins avant le jour du départ.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — A l'occasion des fêtes qui auront lieu à Lyon pendant la dernière période de l'Exposition, un train de plaisir permettant de passer trois jours à Lyon et comportant une réduction des trois quarts environ sur les prix du tarif ordinaire, sera mis en marche au départ de Paris, le 19 octobre courant.

Des affiches feront connaître incessamment l'itinéraire de ce train spécial, ainsi que le prix des places.

— *Fête de la Toussaint.* — La Compagnie, voulant faciliter les voyages à l'occasion de la Fête de la Toussaint, a décidé que les billets d'aller et retour à prix réduits, délivrés sur son réseau du mardi 30 octobre au vendredi 2 novembre inclus, seront tous indistinctement valables pour le retour jusqu'aux derniers trains de la journée du lundi 5 novembre.

Cette durée de validité pourra être prolongée à deux reprises et de moitié (les fractions de jour comptant pour un jour) moyennant le paiement, pour chaque prolongation, d'un supplément égal à 10 p. 100 du prix des billets.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 1127, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 122. — SAMEDI 20 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 20 OCTOBRE 1894. — N° 122.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RÉUNIE EN CONGRÈS A LYON (VIIIe SESSION)

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE DU CANCER

Le dernier Congrès de chirurgie avait, en se séparant, mis deux questions à l'ordre du jour du prochain Congrès. La première était formulée : Étiologie et pathogénie du cancer, question du plus haut intérêt, mais dont la solution est loin d'être trouvée. Dix orateurs étaient inscrits, quatre seulement ont pris la parole. La communication de M. Bard (de Lyon) est, sans conteste, la plus importante; mais elle est tellement abstraite qu'elle est d'ordre plutôt philosophique que médical. Elle contient des vues ingénieuses, conçues par un esprit élevé, mais, à notre avis, n'entraîne pas la conviction, faute de preuves suffisantes.

Pour M. Bard, au point de vue pathogénique, il faut faire une assimilation absolue entre toutes les tumeurs malignes, quelle que soit leur structure, quelle que soit leur origine. Tous les tissus de l'organisme sont susceptibles d'engendrer le cancer; et c'est à tort qu'on tend aujourd'hui à réserver ce nom aux seules tumeurs épithéliales. Chaque tissu engendre un cancer qui lui est propre, et ce cancer a pour origine une seule cellule jeune. Mais cette cellule a une puissance proliférante exagérée et véritablement indéfinie. C'est cet excès de vitalité qui fait différer la cellule cancéreuse de la cellule normale.

La cellule cancéreuse est volumineuse, imbibée de suc; elle présente un gros noyau, mais elle ne présente aucune dégénérescence. Les altérations nécrobiotiques qu'on rencontre dans le tissu cancéreux sont de véritables maladies des tumeurs, dont la masse est devenue hors de proportion avec ses moyens nutritifs. Mais la cellule cancéreuse conserve une fixité évolutive qui permet toujours de reconnaître son origine, même dans les tumeurs secondaires; elle conserve un groupement analogue aux cellules normales en plaques si elle provient d'un épithélium pavimenteux, en tubes si elle dérive d'un épithélium cylindrique.

Le cancer est donc une lésion évolutive d'une cellule. Mais en admettant que l'opinion du savant anatomo-pathologiste lyonnais soit exacte, le problème n'est que changé de face et il convient de se demander sous quelle influence se développe ce trouble évolutif. Pour M. Bard, la théorie parasitaire et infectieuse ne saurait résister à un examen sérieux, c'est une théorie absolument fausse. Ce n'est pas non plus un trouble d'ordre nerveux, puisqu'il y a des tumeurs primitives des nerfs; l'origine du cancer provient d'un trouble de l'*influence inductive* que l'ensemble de l'organisme exerce sur chacune des cellules qui le constituent. Cette perturbation de l'influence inductive est variable dans ses degrés, mais elle est d'origine héréditaire, favorisée seulement par des influences extérieures, traumatismes, ulcérations, âge, etc.

Telle est la théorie, un peu abstraite et insuffisamment démontrée, à laquelle s'est arrêté M. Bard.

M. Mayet (de Lyon) vient également combattre la théorie parasitaire. Il a inoculé à un grand nombre de rats des liquides cancéreux, obtenus par la méthode de Brown-Séquard et de d'Arsonval. Une fois seulement, il a obtenu des lésions carcinomateuses du rein. Or, dans le liquide injecté, il n'y avait pas trace de micro-organismes vivants.

M. Bauby (de Toulouse) vient réfuter l'opinion autrefois émise par MM. Roux et Verneuil, à savoir que l'usage de la viande de porc prédisposait au cancer. Il était inutile de recourir aux expérimentations faites par M. Bauby sur les animaux nourris exclusivement à la viande de porc, pour réduire cette opinion à néant, puisque, très rapidement après qu'elle a été émise, on a fait remarquer que les populations ou les races qui ne faisaient jamais usage de la viande de porc (israélites, mahométans, etc.), n'étaient pas indemnes de tumeurs cancéreuses.

M. Guelliot (de Reims) croit que le cancer est contagieux. Depuis 1891, il a commencé une enquête et n'aurait pas réuni moins de quarante cas de contagion.

Les objections principales des anticontagionnistes sont les suivantes :

« 1° Les observations sont rares : elles sont, au contraire, nombreuses depuis que l'attention est attirée sur ce point. M. Guelliot a été un des premiers, du reste, à écrire que la contagion est atténuée parce qu'elle exige des conditions de réceptivité heureusement peu fréquentes ;

2° L'hérédité est nettement prouvée ; oui, mais son influence a été très exagérée. Elle est au maximum d'un hui-

tième (12,5 p. 100); et si l'on tient compte des gens qui, quoique fils de cancéreux, arrivent à l'extrême vieillesse, ce chiffre se réduit à 5 ou 6 p. 100 (statistique de 50 vieillards de soixante-dix à quatre-vingt-dix ans). Il reste donc une large place pour d'autres conditions étiologiques connues ou à découvrir;

3° La contagion ne s'observe pas chez les personnes qui soignent les cancéreux : il connait neuf exemples de médecins, soignant spécialement les cancéreux et morts de cette affection; beaucoup de faits de cancer à deux et particulièrement de cancer de conjoints rentrent dans cette catégorie.

4° On devrait observer plus souvent la coïncidence du cancer de l'utérus et de celui de la verge : 23 observations de ce cancer congressif sont éparses dans la science, et si Demarquay, sur 134 cas de cancer de la verge, ne signale cette coïncidence qu'une fois, il faut remarquer que, dans sa statistique, il ne note pas une seule fois l'hérédité;

5° Dernier argument, d'ordre sentimental : la connaissance de cette notion nouvelle jettera la terreur dans le public et risque de nuire aux malades eux-mêmes. Mais le temps des léproseries est passé, et la découverte de Villemin n'a pas eu pour les tuberculeux les graves conséquences que l'on craint pour les néoplasiques.

Pour lui, l'hypothèse de la contagion est, au contraire, consolante. Au vague des causes prédisposantes, au dogme de l'hérédité, c'est-à-dire à l'inconnu et à la fatalité, elle substitue, dans une certaine proportion, une notion positive et, si elle montre le danger, danger tout contingent du reste, elle fait aussi entrevoir les moyens de l'éviter. »

Laissons au chirurgien rémois la responsabilité de ses assertions; et, malgré l'appui que notre confrère trouve dans la communication de M. Delore (de Lyon) qui a vu un cas de cancer transmis par la grossesse, nous ne pouvons croire encore à la contagiosité du cancer.

Dans cette même séance, M. Le Dentu est revenu sur les rapports de la leucoplasie linguale et de l'épithélioma; la conclusion pratique de sa communication peut se résumer ainsi :

Tant que la plaque leucoplasique a ses caractères normaux, elle ne doit être soumise à aucun traitement local; en tout cas, il faut apporter dans la thérapeutique la plus grande prudence et se contenter d'instituer une hygiène rationnelle. En revanche, toute modification représentée par un développement papillomateux, une fissuration, une ulcération ayant résisté à quelques attouchements au moyen d'une solution faiblement caustique, rend l'intervention chirurgicale nécessaire. Pour être efficace, celle-ci doit être précoce et radicale.

En résumé, rien de nouveau dans la question de la pathogénie du cancer, et les notions, sur ce point, restent au même degré d'obscurité et d'incertitude.

MALADIES DE LA TÊTE ET DU COU

M. Gayet (de Lyon) donne les conseils suivants sur les soins immédiats à donner dans les plaies des paupières.

1° Les plaies contuses et les déchirures des paupières peuvent être partagées en quatre catégories, d'après la structure anatomique : les plaies cutanées, les plaies musculaires, les plaies fibro-tarsiennes et les plaies muqueuses;

2° A part les plaies de la peau et de la conjonctive, qui peuvent être isolées, elles se combinent ensemble de façon plus ou moins compliquée;

3° Elles présentent des détails nombreux sur lesquels le chirurgien doit s'éclairer par un examen attentif avant d'entreprendre une réunion méthodique;

4° Si deux ou trois jours se sont écoulés depuis l'accident, il ne faut pas reculer pour remettre toutes les choses en place et déchirer toutes les adhérences vicieuses;

5° En principe, il ne faut rien retrancher des tissus si détériorés qu'ils soient. Il faut suturer après adaptation exacte des parties, et suturer plan par plan;

6° S'il existe une fracture de l'orbite, il faut s'attacher à reconnaître les fragments et les maintenir par des sutures métalliques.

Ces conseils sont des plus sages, mais quelques chirurgiens pensent qu'une suture en un seul plan, pourvu que l'affrontement soit régulier, suffit pour les exigences de la pratique. Pour laisser à demeure des fils perdus dans une paupière, pour reconstituer une à une les différentes couches de la paupière, il faut une asepsie, un outillage et une habitude opératoire qui ne se trouvent que rarement dans la pratique.

M. Roux (de Lausanne) fait connaître quelques remarques sur une nouvelle série d'opérations de goitres. Il n'opère jamais qu'après avoir épuisé les ressources de la thérapeutique médicale, mais il rejette, d'une façon absolue, les injections interstitielles de teinture d'iode. Ces injections déterminent de la sclérose et de la rétraction inodulaire, susceptible de rendre le goitre constricteur. L'ablation en est alors difficile.

Cette opinion du professeur de Lausanne lui est toute personnelle, car c'est par centaines qu'on pratique en France les injections interstitielles, et jusqu'ici les malades en retirent les meilleurs résultats. Les trois cas de morts dus à l'injection et rapportés par l'orateur prouvent que, dans ces cas, la technique recommandée n'a pas été bien suivie, mais ne sauraient être imputés à la méthode qui est, quoi qu'il en dise, plus bénigne que la thyroïdectomie.

M. Roux est intervenu 292 fois par le bistouri. Sa mortalité est de 1,36 p. 100. Sur ces cas il y avait 142 fois des troubles respiratoires, dont 86 fois avec des troubles de la voix, et 36 fois avec du cornage; 49 fois il a enregistré des troubles de la déglutition et 54 fois des troubles du côté du cœur.

Presque toutes ses opérations (260 environ) ont été faites grâce à l'anesthésie locale. 104 fois, il a suivi la méthode de Kocher; 73 fois, il a pratiqué l'énucléation par la méthode de Socin. Jamais il n'a observé de myxœdème opératoire.

M. Djemil bey (de Constantinople) communique un cas d'épilepsie jacksonienne consécutive à un coup de yatagan, portant sur la région fronto-pariétale droite et survenue huit mois après le traumatisme. Les crises épileptiformes étaient fréquentes et dans leur intervalle il y avait une somnolence continuelle. La trépanation permit de retirer une esquille de la table interne pénétrant de 2 centimètres et demi dans le cerveau. Après une guérison qui persista pendant quarante-trois jours seulement, une nouvelle trépanation démontra qu'un abcès s'était formé dans le sillon creusé par l'esquille. Depuis, la guérison est définitive.

Il n'y a guère de Congrès où un nouveau procédé de topographie cranio-cérébrale ne soit présenté aux chirurgiens. Cette fois, c'est M. Lannelongue et M. Mauclaire, son assis-

tant, qui font connaître un procédé pratique, ne donnant pas de points de repère absolus, mais une ligne proportionnelle qui permît de tenir compte des variations individuelles. Ces points de repère ont trait à l'enfant et résultent de l'étude de 52 crânes d'enfants de deux à quatorze ans. Voici comment s'exprime M. Mauclaire :

« Notre ligne d'opération est une ligne courbe horizontale apophyso-orbito-sus-protubérantielle. Elle part de l'angle supéro-externe de l'orbite et de la partie moyenne de l'apophyse; elle aboutit en arrière, sur la ligne sagittale, au-dessus de la protubérance occipitale externe.

Est-il facile de tracer cette ligne courbe horizontale ? Oui, évidemment, d'après P. Broca, qui conseillait de mettre la tête dans la position du regard horizontal. Quelques auteurs sont cependant d'un avis différent. Nous ne saurions les suivre dans cette voie, car si l'on prend l'apophyse zygomatique comme point de repère, cette ligne est suffisante pour la pratique.

Or, la branche antérieure de l'artère méningée moyenne répond approximativement à l'union du 1/10 antérieur avec les 9/10 postérieurs de notre ligne proportionnelle.

D'après nos recherches, l'extrémité supérieure du sillon de Rolando est, chez les enfants brachycéphales, à 1 centimètre 1/2 en arrière du point mi-sagittal. Quant à l'extrémité inférieure de ce sillon, il faut, pour la déterminer, chercher le point de jonction du 1/5 antérieur avec les 4/5 postérieurs de notre ligne proportionnelle, et élever en ce point une perpendiculaire de hauteur égale à 1/5. Cette perpendiculaire est facile à tracer avec un simple morceau de carton taillé à angle droit, une carte de visite, par exemple.

Pour déterminer le pied de la troisième circonvolution frontale, il faut, au niveau du point de jonction du 1/6 antérieur avec les 5/6 postérieurs de notre ligne proportionnelle, élever une perpendiculaire de hauteur égale à ce 1/6. Très près du sommet de celle-ci (3 à 4 millimètres ou moins) se trouve le centre de P. Broca.

Pour déterminer la région du pli courbe, il faut, à l'union des 2/3 antérieurs avec le 1/3 postérieur de notre ligne proportionnelle, élever une perpendiculaire ayant ce même tiers en hauteur. Au sommet se trouve l'extrémité postérieure de la branche postérieure de la scissure sylvienne.

En ponctionnant sur cette ligne courbe horizontale, au niveau du méat auditif externe, on tombe dans la corne sphénoïdale des ventricules cérébraux.

Les opérations récentes de cranioplastie permettent de soulever de larges lambeaux osseux du crâne et ne rendent pas nécessaire un procédé rigoureux permettant de trouver à un centimètre près un centre cherché. Chez l'enfant, ces résections ostéoplastiques (qui ne seront utiles que si les lésions sont étendues), doivent être remplacées par une intervention moins délabrante, c'est-à-dire l'application d'une ou deux couronnes de trépan.

En lisant le relevé de nos pièces justificatives, on est frappé des variations de longueur des lignes utilisées : cela montre qu'il existe des variations individuelles dont il faut tenir compte ; c'est la réfutation des procédés dans lesquels les points de repère sont représentés par des chiffres absolus.

Vouloir trouver un procédé grâce auquel on tomberait toujours sur le point cherché est certainement une utopie chez l'enfant, et probablement aussi chez l'adulte.

Au point de vue anatomique pur, nous avons confirmé l'opinion des auteurs qui pensent qu'avec l'âge l'extrémité supérieure du sillon de Rolando se porte en arrière, à cause du développement progressivement croissant du cerveau antérieur. Les chiffres extrêmes que nous avons trouvés dans nos mensurations, nous montrent qu'il y a dans la forme du cerveau des variations individuelles et des variations entre la forme du côté gauche et celle du côté droit. Ces variations ne sont pas en rapport avec un point fixe du crâne, tel qu'une scissure. »

M. Chervin (de Paris) lit un mémoire sur l'orthophonie méthodique consécutive aux staphylorraphies. C'est en effet une erreur de croire que, lorsque le chirurgien a restauré la voûte palatine et le voile du palais, congénitalement divisés, lorsque les formes extérieures ont repris, après opération, leur aspect normal, l'enfant pourra parler comme tout le monde. Les malades qui, après l'intervention du chirurgien, négligent le traitement orthophonique, n'ont aucune amélioration de la voix : l'opération, pour eux, a été inutile. Trélat insistait beaucoup, et avec raison, sur la nécessité du traitement orthophonique post-opératoire.

M. Raugé (de Challes) entretient le Congrès des progrès de la chirurgie du sinus maxillaire depuis dix ans. La rhinoscopie a transformé l'histoire pathologique de cette cavité osseuse. A côté de l'abcès aigu, de l'empyème de l'antre d'Highmore, autrefois seul connu, il existe une forme silencieuse d'abcès qui ne se traduit que par la présence du pus dans les fosses nasales.

Ces deux variétés cliniques ne sont que des formes ou des degrés d'une seule et même affection ; elles expriment l'une et l'autre la présence du pus dans le sinus, mais tandis que, dans la première, le pus retenu dans la cavité signale extérieurement sa présence par les symptômes éclatants d'un véritable phlegmon de la face ; dans l'autre, il s'écoule librement à travers l'orifice naturel : c'est pourquoi l'orateur désigne ces deux formes sous les noms d'*empyème fermé* et d'*empyème ouvert*.

Avant l'emploi de la rhinoscopie, on ne connaissait que la première variété, la seule qui s'extériorisât par des symptômes apparents et visibles. Mais depuis que l'examen direct a permis de constater la seconde, on l'a reconnue si fréquente qu'elle a pris, au détriment de l'autre, toute l'attention des cliniciens.

Cette forme moderne de l'abcès maxillaire (empyème latent) est d'ailleurs, on peut le prévoir, la plus difficile à reconnaître ; son diagnostic ne repose que sur l'analyse d'un symptôme, la suppuration nasale. Bien que cette suppuration présente certains caractères qui la spécialisent un peu au milieu des rhinorrhées vulgaires (unilatéralité, intermittence, fétidité, siège dans le méat moyen), tous ces signes sont infidèles. Pour faire un diagnostic ferme, il n'est qu'un moyen : voir le pus. On y parvient de deux manières, soit en constatant du dehors sa présence dans le sinus même (éclairage de la face par transparence, suivant le procédé d'Heryng), soit en retirant du sinus un échantillon de ce pus (cathétérisme par l'orifice naturel, ponction par le méat inférieur ou par le bord alvéolaire, lavage explorateur, aspiration).

Comme l'innombrable variété des procédés opératoires anciens ne laisse littéralement pas de place pour une opération nouvelle, le traitement des abcès du sinus n'a pas fait autant de progrès que leur pathogénie et leur diagnostic.

Comme au temps de Jourdain et d'Allouel, on discute encore aujourd'hui la valeur comparée de la trépanation et des lavages par l'orifice naturel. Ce dernier procédé semble toutefois gagner lentement du terrain, à mesure que la technique intra-nasale se perfectionne et se précise. Quant au choix à faire, lorsqu'on s'y décide, entre les différentes méthodes de trépanation, il semble que la ponction par l'alvéole d'une molaire soit de plus en plus en faveur. L'ouverture par la fosse canine est réservée aux cas rebelles.

M. Adenot (de Lyon) se déclare partisan de l'arrachement total et méthodique de l'extrémité périphérique du nerf sectionné dans le traitement des névralgies rebelles de la face. Voici comment il procède :

Il saisit le tronc nerveux coupé avec une pince à mors un peu larges et l'enroule progressivement autour de l'instrument. Il faut avoir soin de suivre avec un bistouri, ou mieux avec une fine sonde cannelée, les progrès de l'enroulement, de manière à dissocier les faisceaux nerveux à mesure qu'ils sont séparés de leur atmosphère de tissu cellulaire sous-cutané. Ainsi, on arrivera à arracher 8 à 10 centimètres au moins de longueur de nerf. Les extrémités nerveuses ainsi enlevées sont très ténues et proviennent, pour le nerf sous-orbitaire tout au moins (car ses expériences ont principalement porté sur ce tronc nerveux), des anastomoses profondes avec les branches postérieures.

Les arrachements étendus des nerfs sous-occipitaux, frontaux, etc., sont encore plus faciles, et les anastomoses éloignées plus certainement atteintes. L'auteur croit que certains insuccès, après arrachement, sont dus à une trop grande modération dans l'intervention. Des arrachements multiples peuvent être, d'ailleurs, très utilement combinés suivant les cas.

M. Adenot fait connaître les observations dans lesquelles il a pu obtenir un résultat parfait, résultat qui s'est maintenu définitivement.

Nous ne pouvons qu'enregistrer cette nouvelle méthode de traitement des névralgies rebelles, laissant à l'avenir le soin de la juger.

M. Raffin (de Lyon) communique une observation de névralgie du nerf dentaire inférieur, guérie par la résection du nerf. Après cinq années de très vives souffrances, ce malade fut traité par la section du nerf frontal, du nerf sous-orbitaire et du nerf dentaire inférieur au niveau de l'épine de Spyx. Le résultat immédiat fut excellent, mais ne se maintint que trois mois environ. Il fallut pratiquer la résection du nerf dentaire inférieur, depuis le trou mentonnier jusqu'au masséter. Depuis huit mois la guérison s'est maintenue.

Ce fait confirme l'opinion, aujourd'hui classique, que la simple neurotomie est insuffisante, elle doit toujours être complétée par la résection du tronc sectionné.

M. Broca (de Paris) a pratiqué 87 fois la trépanation de l'apophyse mastoïde sur 82 sujets : 13 sujets sont morts consécutivement, mais de maladies intercurrentes, 1 seul est mort à la suite de l'intervention.

Ces faits se décomposent ainsi :

1° 37 cas de mastoïdite aiguë avec otite moyenne aiguë donnant 29 guérisons complètes. L'opération par le procédé de Schwarze est facile et bien réglée, sa mortalité est nulle. L'incision de Welde doit être abandonnée ;

2° 33 cas de fistules mastoïdiennes, la plupart consécutives à l'incision de Wilde, ont donné, après trépanation, 23 guérisons.

M. Broca combat le procédé de M. Chaput qui expose à blesser le facial ; il insiste sur la nécessité d'un traitement post-opératoire se prolongeant pendant six mois environ.

11 abcès mastoïdiens consécutifs à des otites chroniques ont donné, après trépanation, 5 guérisons.

Les suppurations chroniques de l'attique sont justiciables de l'opération de Stacke.

MM. Février (de Nancy) et Picqué (de Paris) publient quelques considérations sur l'anatomie pathologique et le traitement de l'hydrocéphalie. Les lésions sont multiples et ne sauraient s'expliquer toutes par la distension. Du côté du squelette, on remarque l'élargissement du trou occipital et du canal rachidien ; du côté du système nerveux, l'absence fréquente du corps calleux, des nodosités hétérotopiques de substance grise, des allongements des tonsilles et des lobes inférieurs du cervelet, lésions qu'on ne rencontre jamais dans l'hydrocéphalie acquise.

Ces lésions expliquent les insuccès de l'intervention chirurgicale dans l'hydrocéphalie. Sur 13 cas opérés, MM. Picqué et Février relatent 12 morts ; le seul malade qui ait survécu, celui présenté par M. Broca à la Société de chirurgie, est resté idiot.

En résumé, et c'est là une conclusion que tous les chirurgiens adoptent, le traitement curatif de l'hydrocéphalie est encore à trouver. La trépano-ponction ou opération de Pott n'est indiquée que pour certaines complications.

M. Leriche (de Nice) a pratiqué la trépanation du rocher pour extraire une balle de revolver qu'un malade s'était logée dans l'oreille droite, dans une tentative de suicide. Malgré l'ouverture de la cavité cranienne, l'extraction d'une esquille, le malade guérit définitivement. Pendant plus d'un an, il conserva une fistule et un écoulement de liquide céphalo-rachidien. Il persiste une paralysie faciale due à la section du nerf.

M. Zancarol (d'Alexandrie) fait connaître sa pratique dans le traitement des adénites chroniques du cou. Il n'intervient que si un traitement médical, prolongé pendant deux ou trois ans, ne donne pas de résultats. Il extirpe alors aussi complètement que possible les ganglions atteints ; ceux qui sont ramollis et adhérents sont traités par la curette.

AFFECTIONS CHIRURGICALES DE LA POITRINE

M. Vautrin (de Nancy) parle de la nécessité où se trouve le chirurgien de pratiquer quelquefois une thoracotomie plus ou moins large pour faire l'extirpation complète de certains sarcomes du sein. Deux fois, il a dû pratiquer cette opération et avec succès. Le pneumothorax et la résection des côtes et de la plèvre ont été sans inconvénient. La plaie a été recouverte par un lambeau cutané.

M. A. Reverdin (de Genève) présente un cas curieux de plaie de poitrine par balle de revolver. Il y avait une blessure de la huitième artère intercostale, un hémothorax abondant, une perforation du poumon et du diaphragme, qui avaient déterminé une véritable insufflation de l'abdomen ; le malade mourut.

Bien plus intéressante est la communication de M. Hassler (de Lyon), sur un cas d'abcès tuberculeux du médiastin

antérieur consécutif à une carie du sternum. La trépanation du sternum permit de guérir le malade. M. Hassler rappelle quelques cas semblables et les données fort exactes établies par les anciens chirurgiens bien avant la période antiseptique. La trépanation du sternum est, en effet, la seule conduite logique lorsque, à la suite de l'ouverture d'un abcès pré-sternal, on trouve, comme dans le cas de M. Hassler, une trépanation spontanée, mais de diamètre insuffisant, qui faisait communiquer la collection superficielle avec une collection plus profonde rétro-sternale.

M. Rogée (de Saint-Jean-d'Angély), pensant que la plupart des kératites sont d'ordre infectieux, les traite de la façon suivante : il lave l'œil et l'ulcération à l'aide d'une solution de bichlorure de mercure au dix-millième, et la chambre antérieure avec une solution de résorcine dans l'eau stérilisée à 5 p. 100. On pratique ensuite la compression du globe oculaire à l'aide d'un tampon d'ouate hydrophile et d'une bande de tarlatane. Grâce à ce traitement, M. Rogée a obtenu 80 p. 100 de succès dans l'abcès cornéen des moissonneurs, lésion qui se terminait très souvent par la perte de la vision.

CHIRURGIE DES MUSCLES ET DES VAISSEAUX

M. Sieur (de Lyon) apporte quatre observations d'ostéome musculaire chez des cavaliers. Ces tumeurs ont siégé dans les adducteurs. Leur longueur moyenne était de 18 centimètres.

La structure de ces tumeurs est celle de l'os diaphysaire, lorsque la tumeur est ancienne, celle de l'os jeune, si la tumeur est récente.

Cette tumeur se développerait par l'intermédiaire de parcelles périostiques arrachées. Ces fragments de périoste prolifèrent, comme l'a bien démontré M. Ollier.

L'origine de ces ostéomes n'est pas toujours celle que décrit M. Sieur, après M. Ollier. Nous avons pu observer sur le cadavre deux cas d'ostéomes musculaires, l'un sur le bord libre du deuxième adducteur, l'autre en plein parenchyme musculaire, l'un comme l'autre n'avaient aucune connexion avec les insertions des muscles restées saines, ni par conséquent avec le périoste fémoral.

M. Reboul (de Nîmes) a eu l'heureuse chance de rencontrer cinq fois des kystes hydatiques des muscles. Il résulte de sa communication que le diagnostic n'est jamais porté s'il n'existe pas ailleurs d'autres masses hydatiques. Ainsi formulée, cette opinion, généralement exacte, est cependant quelque peu exagérée.

Le même confrère publie un cas qui vient éclairer l'histoire encore si obscure du traitement des anévrysmes traumatiques. Il s'agit d'un ouvrier qui eut l'artère poplitée sectionnée, immédiatement au-dessous du canal de Hunter, par un ciseau de menuisier. Il se produisit d'abord une hémorragie abondante, ayant déterminé une syncope, puis survint un anévrysme diffus avec des douleurs atroces. M. Reboul pratiqua la ligature de la fémorale à la pointe du triangle de Scarpa, ouvrit largement le foyer traumatique qu'il draina. Dix jours après, la réunion était parfaite. Le malade a conservé un membre fonctionnant régulièrement et a repris toutes ses occupations sans conserver ni gêne, ni douleurs.

C'est donc un beau cas de guérison à l'actif de la ligature à distance dans le cas d'anévrysme diffus et nous l'enregistrons, comme pièce nouvelle, dans la discussion du traitement des anévrysmes diffus. On a toujours tort de récriminer devant un résultat aussi beau que celui présenté par M. Reboul ; toutefois, il est permis de se demander pourquoi, après application de la bande élastique, le chirurgien n'a pas été à la recherche des deux bouts sectionnés pour y porter la ligature ?

AFFECTIONS DE L'INTESTIN, DE L'ESTOMAC ET DES ANNEXES DU TUBE DIGESTIF

La séance s'ouvre par une communication de M. Monod sur le diagnostic et le traitement de l'appendicite. L'étude de 22 cas d'appendicite observés tant en ville qu'à l'hôpital l'a convaincu que l'intervention chirurgicale est, pour ainsi dire, toujours indiquée et qu'elle doit être aussi précoce que possible.

Sur ces 22 cas, il compte 17 guérisons et 5 morts. Dans les cas de mort, trois fois celle-ci a pu être attribuée au retard, voulu ou obligé, apporté à l'intervention, deux fois à des complications.

Chez tous ses malades il a trouvé du pus, collecté ou non, autour de l'appendice, dans 3 cas, quarante-huit heures après le début des accidents ; dans 4 cas deux jours après, et deux fois au quatrième jour.

L'intervention doit donc être précoce, ce qui suppose un diagnostic précoce également. Celui-ci est possible. Il ne faut pas attendre, en effet, la tumeur évidente, l'œdème ou la rougeur : la connaissance d'accidents antérieurs d'appendicite ; le début brusque des accidents actuels ; la rétraction de la paroi abdominale ; enfin, et surtout une douleur vive, spontanée et à la pression à quatre travers de doigt de l'épine sur la ligne spinoso-ombilicale, suffiront pour permettre de porter le diagnostic.

L'apyrexie peut donner une sécurité trompeuse, soit que la fièvre manque absolument, soit qu'elle tombe après avoir existé.

Quant au mode d'intervention, il préconise une incision qui est à peu de chose près celle de la ligature de l'iliaque, rapprochée de la crête pour éviter les éventrations. Si la découverte de l'appendice est facile, on le réséquera ; sinon, on se contentera d'évacuer le ou les foyers, en ayant soin de rechercher les foyers secondaires. Il ne réunit pas la plaie, qui est drainée.

Conduite aseptiquement, l'opération n'est pas dangereuse en elle-même, et peut être recommandée même dans les cas de diagnostic douteux.

M. Ricard prend la parole pour confirmer ce que vient de dire M. Monod (voir *Gazette des hôpitaux*, 1891, p. 145, Revue générale).

Il a eu l'occasion de traiter seize malades atteints d'appendicites suppurées et a enregistré quatre cas de mort, qui tous ont été dus au retard dans l'intervention chirurgicale.

Dans le premier cas, il s'agissait d'une fillette de huit à dix ans ; quand il fut appelé, il trouva une péritonite généralisée et la mort survint quelques heures plus tard (sans qu'on pût intervenir).

Le deuxième cas a trait à un jeune homme chez lequel il assista au début de l'appendicite ; l'intervention qu'il proposa fut refusée et, malgré son avis, on donna un purgatif au troisième jour ; le lendemain, il existait une péritonite généralisée et, lorsqu'on le pria d'intervenir, trois jours

plus tard, l'état était désespéré et le malade mourut quarante-huit heures après. Il put, dans ce cas, réséquer un appendice perforé par des grains de raisin.

Dans une troisième observation, il a opéré, trop tardivement encore, à l'Hôtel-Dieu, un garçon d'hôtel dont l'appendice perforé renfermait deux haricots; le péritoine était rempli de pus.

Enfin, il a observé une jeune fille de quinze à seize ans chez laquelle il existait des signes manifestes d'appendicite, mais dont l'état général a paru assez bon pour qu'on pût différer l'intervention. Une amélioration notable se manifesta les jours suivants; la malade commençait à manger; un jour, elle voulut se lever, mais, dans un mouvement brusque qu'elle fit alors, elle ressentit une douleur suraiguë dans la fosse iliaque droite. Trente-six heures après, lorsque M. Ricard revit cette jeune fille, elle était mourante et en pleine péritonite généralisée. La mort survint sans intervention, quelques heures après.

M. Ricard pense donc qu'il faut intervenir aussi vite que possible et ne pas courir les aléas d'une guérison possible. Il tient d'autant plus à affirmer sa manière de voir que les deux premiers malades, auquel il fait allusion dans sa communication, étaient deux enfants de médecin, dont les parents ont refusé l'opération jusqu'à la dernière minute, ne se décidant que lorsque tout était complètement perdu.

M. Roux (de Lausanne), qui, il y a quelques années, a eu le mérite d'attirer l'attention des chirurgiens sur **la nature et le traitement de l'appendicite**, revient sur une doctrine pathogénique qu'il avait autrefois adoptée. Il a pu, chez le porc, produire, par la suture du cæcum, des appendices artificiels, dans lesquels il a inclus des corps étrangers; il a pratiqué la ligature des artères nourricières de ces appendices; et il conclut, c'est d'ailleurs l'opinion actuellement régnante, qui ni la présence d'un corps étranger, ni les troubles circulatoires, ne sont suffisants pour déterminer la gangrène et la perforation de l'appendice, il faut une lésion de la muqueuse, qui détermine une ulcération et une infection. L'appendicite est un véritable phlegmon de l'appendice.

M. Villard (de Lyon) vient également faire connaître, au Congrès, le résultat de ses études expérimentales sur **les résections intestinales pratiquées suivant la méthode de Murphy.**

Nous ne pouvons qu'enregistrer les conclusions de l'auteur sur un point nouveau de la chirurgie intestinale. Cette méthode de Murphy, encore susceptible de bien des progrès, est une véritable révolution dans la pratique des sutures intestinales ou stomacales. Voici l'opinion de M. Villard, telle qu'il l'a résumée :

1° La méthode de Murphy dans les résections intestinales et les entéro-anastomoses, semble devoir être prise en sérieuse considération.

2° La simplicité du procédé, qui le met pour ainsi dire presque à la portée de tous, sa rapidité et sa sûreté en sont les principaux avantages.

3° Les inconvénients des sutures intestinales, tels que la longueur de l'intervention et le shock consécutif, nous ont paru évités par cette méthode. De ce fait, les indications des résections intestinales et des anastomoses doivent s'étendre beaucoup, notamment dans le traitement des étranglements intestinaux, avec mauvais état général du malade.

4° Enfin, il faut faire des réserves au point de vue de la possibilité d'un rétrécissement intestinal tardif, fait que démontreraient des recherches ultérieures.

L'intervention chirurgicale immédiate en cas de perforation des ulcères simples de l'estomac vient d'être portée, pour la première fois, devant un Congrès de chirurgie française par M. Michaux. Notre confrère rapporte en détail son observation. Il put opérer son malade sept à huit heures après la perforation. L'occlusion de la perforation fut difficile, l'ulcère siégeait haut et profondément près du cardia, et les bords friables cédaient sous la traction des fils. M. Michaux dut faire une véritable plicature de la tunique de l'estomac, pour recouvrir la perforation et l'invaginer en quelque sorte dans l'estomac. Malgré une fistule persistante, mais ne communiquant pas avec l'estomac, la guérison complète et définitive fut obtenue cinq mois après l'intervention. A l'occasion de ce cas intéressant, M. Michaux a fait des recherches sur l'ulcère simple et sur les indications chirurgicales auxquelles il peut donner lieu :

La perforation est une complication fréquente de l'ulcère, 13 p. 100 (Brinton) ; on l'observe plus souvent chez l'homme après trente ans, chez la femme avant cet âge et surtout de quinze à vingt-cinq ans. L'influence occasionnelle du traumatisme, d'un effort, a été souvent notée.

Fait curieux, si l'ulcère est plus fréquent à la paroi postérieure et dans la région pylorique, les perforations s'observent surtout à la face antérieure et près du cardia.

Condition moins avantageuse, l'ulcère est souvent multiple : Brinton en a relevé 97 cas sur 463 observations.

Quand la perforation se produit, il en résulte une péritonite générale, une péritonite localisée ou une fistule muqueuse.

Comment reconnaît-on cliniquement une perforation? Au cours d'un ulcère nettement caractérisé ou brusquement en cas d'ulcère latent, on voit se dérouler un tableau presque toujours identique, et dont voici les principaux traits : douleur épigastrique atroce, sensation de brûlure, de déchirure intérieure accrue par l'ingestion des aliments, rétraction du ventre, disparition de la matité hépatique, vomissements rares ou nuls, enfin signes de péritonite avec élévation de température ou bien collapsus, hypothermie, ballonnement du ventre.

De ces faits découle sans conteste la nécessité de l'intervention chirurgicale. Elle s'impose comme dans les cas de perforation de l'appendice, de plaie de l'intestin, de contusion abdominale. Cette intervention immédiate, pour prévenir ou combattre la péritonite, a été préconisée et pratiquée pour la première fois par Mickulicz, en 1884. Après lui Steinthal, Nissen, Körte, Czerny, Stelzner, Kriege l'ont pratiquée en Allemagne. En Angleterre, Hastings Gilford, Haward, Lee Dickinson, Morse, Maclaren y ont eu recours. Notre savant collègue, M. Roux (de Lausanne), l'a exécutée une fois avec plein succès. Les opérations de ce genre, faites en France, appartiennent à MM. Poncet, Walther, Le Dentu et à lui-même.

Cette intervention comprend les temps suivants : 1° laparotomie médiane exploratrice sus-ombilicale large, afin de bien voir; désinfection, nettoyage à l'éponge ou à l'eau bouillie; 2° recherche de la ou des perforations en avant, et au besoin en arrière; 3° si la perforation est facilement accessible, excision ou avivement; si elle est profondément située, plicature de l'estomac et occlusion à distance par

des points de suture de Lembert, disposés sur deux ou trois rangs.

L'opération a été pratiquée 25 fois : les 10 premiers cas ont été mortels, les 15 suivants ont donné 5 guérisons et 10 morts. Le premier succès appartient à Kriege (de Berlin), les autres à Morse (de Norwich), à Maclaren (de Carlisle), à Roux (de Lausanne), et le dernier est celui que M. Michaux vient de communiquer.

L'étude des observations démontre que la plupart des insuccès sont dus à une intervention trop tardive, ou à une perforation oubliée. Intervention aussi rapide que possible, dans les quinze premières heures ; intervention large : voilà les deux règles qu'il est important de poser et à l'aide desquelles on comptera bientôt de nombreux succès, dont chacun représentera un malade arraché à une mort certaine.

La chirurgie de l'intestin a d'ailleurs fait, ces dernières années, de rapides progrès. On n'aurait, pour s'en convaincre, qu'à jeter un coup d'œil sur les statistiques publiées, et en particulier sur celle que M. Montaz (de Grenoble) vient de faire connaître au Congrès. Le chiffre de la mortalité opératoire diminue tous les jours. Mais le résultat thérapeutique est-il toujours à la hauteur de l'audace chirurgicale? Le malade ne meurt pas, mais est-il soulagé, sa survie est-elle considérable ? C'est là question des indications opératoires, qu'il faut étudier et qu'il importe de préciser. Les gastro-entérostomies, dans les cancers massifs de l'estomac, ont-elles donné des résultats encourageants ? Les gastrectomies ont-elles procuré une longue survie ? Ce sont là des points plus importants à étudier que tout ce qui a trait à la chirurgie opératoire.

Avec MM. Février et Adam (de Nancy), nous abordons l'étude de l'intervention chirurgicale dans les contusions de l'abdomen avec lésions de l'intestin. Des expériences faites sur le chien, de la lecture des faits publiés, nos confrères sont arrivés à certaines conclusions pratiques, dont voici les principales :

« Lorsque la contusion est intense, la perforation intestinale peut être complète ou incomplète ; son siège peut être quelconque. Lorsque la perforation est incomplète, les lésions sont surtout prononcées du côté des tuniques internes. Le séreuse résiste plus que la muqueuse et la musculeuse ; la perforation se fait de dedans en dehors, et la surface de l'intestin paraît peu atteinte.

Plus fréquemment, on observe la rupture de l'intestin ou plutôt sa déchirure. Au-dessus et au-dessous de celle-ci, l'intestin subit un resserrement. L'anse blessée est gonflée, tuméfiée ; à 8 ou 10 centimètres en aval et en amont de la déchirure, l'anse est doublée de volume, se continuant par des segments rétrécis avec l'intestin normal. La coloration de l'anse est foncée, violacée ; sa consistance est spéciale, plus résistante ; l'anse est plus épaisse. Quatre fois ils ont vu des lésions multiples et plusieurs anses intéressées à la fois. Dans ce cas, les lésions se superposent, c'est-à-dire les anses blessées sont comprises dans le même plan antéro-postérieur allant du point de la paroi traumatisée à la colonne vertébrale. Les perforations sont d'autant plus graves qu'on se rapproche davantage du rachis, celui-ci formant surtout le corps vulnérant.

C'est toujours au niveau du point frappé qu'on trouve l'anse lésée, ou sur la face antérieure du rachis. Le mésentère est souvent déchiré.

Chez l'homme, outre la perforation par écrasement, on peut trouver la perforation par éclatement. La séreuse alors est plus déchirée que les autres tuniques ; d'où une déchirure en forme de cône à base externe. L'anse lésée a absolument les mêmes caractères que ceux décrits plus haut chez l'animal (gonflement, rougeur, etc.).

Étant donné ce que nous savons, dans les contusions de l'abdomen, du siège des lésions, des caractères de l'anse traumatisée, des lésions du grand épiploon et du mésentère qui sont déchirés souvent tous deux, il faut intervenir par la laparotomie ; faire une incision médiane de 12 centimètres environ, rechercher le grand épiploon. Si celui-ci présente des ecchymoses, le siège du foyer traumatique est là ; s'il n'en présente pas, il faut le relever, chercher la présence d'un caillot, d'une anse distendue, gonflée.

Si on ne trouve pas celle-ci, il faut introduire davantage la main dans l'abdomen, jusque sur les côtés du rachis.

Si on trouve à ce niveau une anse grosse, rugueuse, irrégulière, c'est l'anse malade. Cela fait, il faut attirer au dehors tout le paquet intestinal situé entre cette anse et la paroi abdominale dans le plan antéro-postérieur. »

Les expériences de MM. Février et Adam ont mis en relief à nouveau ce fait que les lésions siègent en allant du point contus vers la colonne vertébrale, c'est ce que savent bien les laparotomistes.

Avec M. Championnière, nous retrouvons la cure radicale des hernies ombilicale et épigastrique. Pour la hernie ombilicale, le chirurgien de Saint-Louis pose, comme temps opératoires nécessaires, les trois temps suivants :

Destruction du plan glissant ;

Fermeture des membranes constituant la surface glissante (pédicule du sac) ;

Suture des parois à plans multiples pour constituer la cicatrice la plus solide possible.

L'excision de l'ombilic ou omphalectomie est une nécessité, dans la plupart des cas, au cours de la dissection du sac.

Pour les grosses hernies, on doit fatalement être plus ménager de la paroi déficiente. En augmentant la tension de la paroi, on augmente les chances de récidive.

M. Championnière recommande la résection de tout l'épiploon hernié et de tout celui qui peut être extrait.

Il multiplie les plans de suture :

D'abord plan séreux fermé par sutures multiples ou par suture en bourse ;

Premier plan de suture des tissus fibro-musculaires ;

Deuxième plan fibro-musculaire en avant du premier ;

Troisième plan fibro-musculaire refoulant en arrière les deux premiers.

Il constitue ainsi une cicatrice très épaisse au-devant de laquelle la peau est réunie et un drainage est fait sous celle-ci pour assurer le calme de la réparation des plans de suture.

Dans le cas de hernies petites ou de moyen volume, ne dépassant guère le volume d'un œuf, les résultats immédiats et définitifs ont été excellents.

Pour les très grosses hernies, l'opération donne de très bons résultats, parce que l'on fait disparaître les accidents. Mais la tendance à la récidive est très grande. Dans ces cas, le port d'une ceinture prévient et retarde le retour des hernies.

La véritable chirurgie de la hernie ombilicale *consiste à ne jamais la laisser grossir*. Telle est l'opinion de M. Champion-

nière et nous pensons qu'elle ralliera les suffrages des chirurgiens actuels.

Au contraire de la hernie ombilicale, la hernie épigastrique n'a presque jamais de tendance à augmenter notablement de volume. Elle est habituellement douloureuse et souvent accompagnée de vomissements et troubles intestinaux divers, accidents peu explicables du reste.

La thérapeutique palliative de cette hernie est peu heureuse.

L'opération est facile et très efficace à la condition d'être faite très largement.

Il n'y a jamais de récidive. Il faut donc toujours conseiller l'opération.

Les fistules recto-vaginales à siège très élevé ne sont pas justiciables des méthodes habituellement employées pour guérir les fistules situées plus bas.

M. Michaux a proposé de les aborder à la faveur d'une incision menée parallèlement au sillon interfessier et permettant de fendre sur une certaine longueur, de dehors en dedans, la paroi latérale du vagin.

MM. Demarquay et Marc Sée ont conseillé la voie rectale, après section parallèle du sphincter anal en arrière.

Sænger a obtenu un succès, dans un cas de fistule située très haut, en séparant le vagin d'avec le rectum, à l'aide d'une incision bi-ischiatique, en poussant la dissection jusqu'au-dessus de la fistule et en suturant isolément l'orifice rectal et l'orifice vaginal de la fistule.

Enfin M. Terrier a opéré une de ces fistules par la voie sacrée. Il est arrivé ainsi entre le rectum et le vagin et a suturé l'ouverture rectale. Mais au bout d'un mois, la communication était reproduite entre le rectum et le vagin.

M. Heydenreich (de Nancy) a eu à traiter une fistule recto-vaginale située au fond du cul-de-sac vaginal et il a cru devoir l'aborder par la voie sacrée.

Son observation, malgré un résultat incomplet, montre que la voie sacrée permet d'aborder les fistules recto-vaginales situées très haut et de les traiter avec succès. Il est indiqué, lorsqu'on est arrivé sur la fistule, de fermer isolément l'ouverture rectale et l'ouverture vaginale. S'il existe un foyer de suppuration intermédiaire entre les deux ouvertures, on s'efforcera de le désinfecter et on assurera un écoulement au pus en ne fermant pas complètement la plaie de la région sacrée. L'opération par la voie sacrée permet donc de s'attaquer à tous les éléments qui constituent la lésion : l'ouverture rectale, l'ouverture vaginale et la poche intermédiaire aux deux ouvertures.

Dans le cas de M. Heydenreich, il n'a pas été possible de réaliser entièrement ce plan opératoire. Malgré cela, et bien que la suture rectale ait cédé au bout de huit jours, les matières fécales n'ont jamais repassé par le vagin.

Aurait-on pu obtenir un succès par une autre méthode ? En opérant par le vagin, même avec le secours de l'incision ischio-rectale de M. Michaux, on pouvait tout au plus espérer fermer l'ouverture vaginale ; mais on laissait subsister une poche purulente envahie par les matières fécales et prête à provoquer de nouveaux accidents.

Par la voie rectale, l'opération aurait été difficile, même après la section postérieure du sphincter anal. En tout cas, on s'enlevait la possibilité d'agir sur l'ouverture vaginale et sur la poche purulente et, de plus, on risquait d'avoir comme suite opératoire une incontinence des matières fécales.

Enfin, l'opération de Sænger par le périnée, qui comportait, comme l'opération par la voie sacrée, la séparation du vagin d'avec le rectum, aurait présenté de bien plus grandes difficultés, étant donné la profondeur à laquelle il aurait fallu agir.

La conclusion est que le traitement de choix des fistules recto-vaginales situées très haut est l'opération par la voie sacrée, surtout quand ces fistules sont compliquées de l'existence d'une poche suppurante intermédiaire entre l'ouverture vaginale et l'ouverture rectale.

CHIRURGIE DU RACHIS

Tel était le titre de la deuxième question mise à l'ordre du jour du Congrès de Lyon. Cette question a été plus heureuse que la première, elle a donné naissance à des communications nombreuses et intéressantes. L'état actuel de nos connaissances en chirurgie rachidienne a d'ailleurs été fort bien résumé dans le remarquable rapport de M. Kirmisson, dont nous donnerons plus loin les parties essentielles.

Le mal de Pott a donné lieu à plusieurs communications. L'une, de M. Loison, rapportant un cas de guérison spontanée de paraplégie, à la suite d'érysipèles répétés; une autre communication, due à M. Ménard, qui recommande de traiter par le drainage le mal de Pott dorsal, compliqué de paraplégie. Les résultats qu'il a obtenus sont encourageants, mais non parfaits.

Voici sa conduite opératoire : il cherche par la percussion, de chaque côté de la colonne vertébrale, une différence de sonorité qu'il trouve, en ce cas, constamment. L'abcès siège sur le côté mat. Il réséque alors de ce côté une ou deux apophyses transverses et l'extrémité des côtes correspondantes au niveau de la gibbosité. Ce chemin conduit directement sur les corps vertébraux, où siège presque toujours l'abcès, et le foyer tuberculeux est ouvert et drainé. Dans tous les cas, la paraplégie a été très améliorée. Au bout d'un mois, les malades se tiennent debout et commencent à marcher.

Les résultats éloignés sont moins parfaits. Il a des documents sur quatre opérés qu'il a revus après quatorze, onze, neuf et quatre mois; deux marchent facilement, un marche péniblement, le quatrième est en cachexie tuberculeuse.

En d'autres termes, de la lecture faite par M. Ménard, il résulte que, pour lui, comme d'ailleurs pour les anciens chirurgiens, la fistule permanente est une sauvegarde qui prévient la paraplégie. Ce qui explique qu'à la suite des laminectomies, suivies de réunion par première intention, on voit fréquemment revenir la paraplégie.

Le même chirurgien de Berck s'est trouvé fort bien des injections de naphtol camphré, aussi bien dans les abcès du mal de Pott que dans ceux de la coxalgie. Sur 42 cas de maux de Pott, 37 ont guéri sans fistule de l'abcès symptomatique; ce qui, étant donné l'innocuité et la facilité du traitement, est un résultat inespéré.

Il procède ainsi : Il introduit un gros trocart dans la poche de l'abcès, il le fixe et fait un grand lavage à l'eau bouillie et il introduit une quantité variable de naphtol camphré, selon le volume de l'abcès. Au bout d'un certain temps, si l'abcès paraît se reproduire, il fait une nouvelle ponction, le liquide qui en sort est déjà transformé, il

est clair et sent fortement le camphre. Dans le cas où la guérison est proche, le pus devient filant. Il renouvelle les ponctions aussi souvent qu'il le faut, en les faisant toujours suivre d'une nouvelle injection de naphtol camphré. Le nombre ordinaire des ponctions est de huit à dix ; la durée du traitement de quatre à douze mois. Les abcès tardifs guérissent mieux et plus vite que les précoces.

Cette méthode n'est pas applicable aux abcès mixtes, c'est-à-dire aux abcès tuberculeux envahis par les microbes de la suppuration. Il ne faut donc l'employer que dans les abcès fermés.

Cette méthode a donné de tels résultats que, pour le traitement de ces abcès, M. Ménard a absolument renoncé aux interventions sanglantes. L'état général des malades s'améliore toujours rapidement après la guérison des abcès.

Après divers essais faits avec le naphtol camphré et la glycérine iodoformée, M. Kirmisson est revenu à l'éther iodoformé, qui lui a paru donner des résultats plus sûrs et plus rapides. L'écueil de ce mode de traitement c'est la difficulté qu'on éprouve parfois à vider une poche renfermant des grumeaux caséeux volumineux, qui viennent à chaque instant oblitérer la canule. Il est nécessaire, en pareil cas, de laver l'intérieur de la poche, et de délayer son contenu, de manière à en rendre plus facile l'évacuation. Mais quelque précaution que l'on prenne d'employer à cet usage de l'eau boriquée stérilisée, les résultats ont paru moins favorables que dans les cas où l'on se contente d'une simple injection iodoformée, sans lavage préalable de la poche. Aussi semble-t-il préférable de ne pas intervenir d'une manière trop hâtive, mais d'attendre pour cela que la fluctuation soit bien manifeste. Quant au mode d'injection, plutôt que de faire pénétrer dans la poche une grande quantité de la solution d'éther iodoformé, dont la plus grande partie est ensuite aspirée, il faut n'introduire dans la cavité de l'abcès que la quantité d'iodoforme qui peut y séjourner sans inconvénients, soit, suivant le volume de la poche et l'âge du malade, 5, 10 à 15 grammes de la solution d'éther iodoformé, à 10 p. 100, représentant 50 centigrammes, 1 gr. ou 1gr50 d'iodoforme.

Grâce à la diffusibilité de l'éther, cette quantité est suffisante pour tapisser toutes les parois de l'abcès d'une mince couche d'iodoforme. Ce procédé paraît préférable à celui qui consiste à introduire d'abord une grande quantité de la solution iodoformée dans la poche, pour en laisser ressortir ensuite une partie ; car, en agissant ainsi, on ne sait pas exactement quelle quantité d'iodoforme on laisse dans la cavité, et l'on s'expose à déterminer des phénomènes d'intoxication. Rarement, une seule injection suffit à déterminer la guérison. Si le liquide se reproduit, sans attendre la distension de la poche, on pratique, au bout de trois à quatre semaines, une nouvelle injection. Nous avons dit, en commençant, qu'il a fallu trois à quatre injections successives pour arriver à parfaire la guérison. La qualité du liquide retiré par la ponction, sert à la fois à établir le pronostic et à régler la marche du traitement. Tant qu'il s'agit de pus véritable, il y a nécessité à répéter les injections ; mais quand l'aspiration ne ramène plus qu'un liquide jaunâtre, fortement coloré par l'iodoforme, on peut considérer l'abcès comme guéri et s'abstenir d'injections nouvelles ; encore bien qu'elle marche lentement, la résorption de cette sérosité se fera, et le malade arrivera à la guérison définitive.

Suivant que le mal de Pott siège dans une région ou dans une autre, les procédés opératoires varient pour atteindre les lésions tuberculeuses.

Ainsi, M. Fontan (de Toulon) propose, pour la région lombaire, le procédé suivant :

« Je fais une incision à 1 centimètre de la ligne médiane, je fends la masse sacro-lombaire de manière à tomber sur le tubercule apophysaire, puis, en dehors de celui-ci, je plonge le doigt pour reconnaître l'apophyse costiforme qui est sur un plan plus profond. Alors, avec un ciseau à froid, je sectionne celle-ci à la base, je la saisis et l'excise complètement. A partir de ce point, je suis le rachis avec le détache-tendon, d'arrière en avant, le serrant toujours de près, sous le périoste, jusqu'au siège de la carie.

Cette voie est beaucoup plus courte et plus large que celle fournie par l'incision de Trèves en dehors de la masse sacro-lombaire, et elle expose moins aux hémorragies. »

Pour aborder les abcès froids rétro-pharyngiens, M. Jacques Reverdin (de Genève) emploie le procédé recommandé par Burckhardt, qui consiste à inciser le long du bord interne du sterno-cléido-mastoïdien ; on passe alors entre les vaisseaux du cou et le larynx, et par cette boutonnière on pénètre facilement dans l'espace rétro-pharyngien.

Il l'a employé trois fois, ne se servant du bistouri que pour inciser la peau, puis n'avançant qu'avec le doigt. Il a pu ainsi ouvrir des abcès froids rétro-pharyngiens et aller gratter la lésion osseuse d'où provenait l'abcès.

Les opérations ont donné les résultats suivants :

Un opéré, traité *in extremis*, mourut de choc ;

Un autre guérit, mais mourut quelques mois après de généralisation tuberculeuse ;

Le troisième va bien.

Schinn a employé un autre procédé : l'incision se fait au bord externe du mastoïdien, on passe en arrière des vaisseaux et on tombe sur les apophyses transverses, et de là facilement dans l'espace rétro-pharyngien. Ce procédé donne moins de jour et est opératoirement plus dangereux que celui employé par M. Reverdin.

Ces procédés externes sont préférables aux incisions internes par la bouche. Ils empêchent l'infection secondaire du foyer, et le passage du pus et des produits septiques dans la bouche et de là dans l'estomac. Le seul inconvénient est une légère cicatrice qui est à peine visible chez le malade qui a guéri.

M. Michaux pense qu'on peut aborder par le côté externe, non seulement les vertèbres cervicales, mais les vertèbres lombaires et dorsales. En se frayant une voie en réséquant une côte au niveau de l'angle costal, on peut parfaitement aller intervenir sur le corps même des vertèbres.

Il a fait cette opération dans deux cas. Elle lui paraît préférable à la laminectomie.

MM. Sieur et Rioblanc, médecins militaires, communiquent un cas de **luxation de la colonne vertébrale**. Il s'agit d'un jeune soldat qui tomba sur la tête en faisant le saut périlleux, aux barres parallèles. Il se produisit une luxation en avant de la quatrième vertèbre cervicale sur la cinquième, le blessé succomba vingt-trois heures après l'accident. L'autopsie démontra que l'intervention eût été inutile, car il y avait une hémorragie intra-médullaire considérable. C'est, d'ailleurs, la règle : sur 38 cas récents, on enregistre 30 morts rapides, 2 survies avec persistance des

phénomènes paralytiques, 3 améliorations passagères et 3 guérisons.

M. Broca publie 10 cas de spina bifida qu'il a traités opératoirement, et qui lui ont donné le résultat suivant :

Guérison opératoire, 7.

Morts par infection immédiate, 2.

Morts par infection tardive, 1.

Mais il ne faut pas oublier que les opérés sont guettés par l'hydrocéphalie. Sur les 7 opérés guéris, 3 ont été perdus de vue rapidement; des 4 autres, qu'on a pu suivre, 1 seul n'était pas hydrocéphale au bout d'un an. Chez 2 des malades devenus hydrocéphales, M. Broca a pratiqué, chez l'un, le drainage des ventricules; il est mort vingt-quatre heures après. Chez un autre, la ponction lombaire n'a pas donné de résultat. Dans 2 autres cas d'hydrocéphalie, M. Broca a drainé les ventricules, l'un des opérés est mort au bout de trois semaines, l'autre n'a pas été amélioré.

Cette communication montre que l'hydrocéphalie est la règle après l'opération du spina bifida et que nous ne pouvons rien contre elle.

Quelques faits de chirurgie rachidienne ont été présentés, au Congrès, par M. Péan qui a communiqué quelques cas d'ouvertures et de grattages d'abcès vertébraux et deux cas d'extirpation de tumeurs venant de la partie postérieure des vertèbres.

M. Gross (de Nancy) a eu l'occasion d'intervenir cinq fois pour des lésions rachidiennes. Dans le premier, il s'agit d'un coup de revolver qui brisa le corps de la sixième vertèbre cervicale et sectionna l'artère vertébrale. Le malade succomba au dix-septième jour malgré l'intervention. Deux autres faits se rapportent à des laminectomies pour des fractures fermées des régions dorsale et dorso-lombaire. Dans ces deux cas le résultat opératoire fut nul.

Dans un cas de paraplégie pottique, la laminectomie permit de découvrir un foyer de fongosités pré-méningées, qui furent enlevées. Après une amélioration passagère l'affection suivit son cours et, un an après, le malade succombait. Chez un jeune garçon, M. Gross obtint également un résultat immédiat assez bon, par la laminectomie large; mais le résultat ultérieur fut nul.

On le voit, la thérapeutique opératoire ne donne pas jusqu'ici de résultats encourageants tant pour les lésions tuberculeuses que pour les lésions traumatiques de la colonne vertébrale. Aussi, malgré quelques rares succès présentés, dans l'immense majorité des cas, les résultats ont été désespérants. Difficulté et gravité opératoire souvent considérables, lésions médullaires irrémédiables, nature tuberculeuse du mal : ce sont là des facteurs qui assombriront toujours le pronostic des interventions chirurgicales sur le rachis. (*A suivre.*)

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'Assemblée générale de l'Association française de chirurgie a nommé M. E. Bœckel (de Strasbourg) vice-président du prochain Congrès.

L'Assemblée a décidé, en outre, comme nous le faisions pressentir, que la réunion de l'Association en Congrès aurait lieu à Paris, chaque année, au mois d'octobre.

— Par décret, en date du 16 octobre 1894, les médecins stagiaires dont les noms suivent ont été nommés au grade de médecin aide-major de deuxième classe dans le corps de santé militaire, pour prendre rang à la date dudit décret.

Par décision ministérielle, en date du même jour, ces médecins militaires ont reçu les affectations ci-après indiquées, savoir :

MM. Remlinger, à l'hôpital militaire du Val-de-Grâce (bactériologie); Roussel, au 69e d'infanterie; Galley, au 7e cuirassiers; Lanne, au 76e d'infanterie; Faure, au 14e bataillon de chasseurs à pied; Laval, au 8e régiment de cuirassiers; Daussat, au 10e d'artillerie; Sexe, au 32e d'artillerie; Gandar, au 132e d'infanterie; Viguier, au 9e d'infanterie.

MM. Carbonnier, au 135e d'infanterie; Paris, au 92e d'infanterie; du Roselle, au 154e d'infanterie; Normand, à l'hôpital militaire de Toulouse; Vigerie, au 78e d'infanterie; Pinot, à l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Roux, au 7e bataillon de chasseurs à pied; Calba, à l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Lefebvre, au 8e d'infanterie; Husson, au 27e dragons.

MM. Vidal, au 3e d'artillerie; Lesterlin, au 16e chasseurs à cheval; Védrines, au 14e chasseurs à cheval; Mathieu, à l'hôpital militaire de Bordeaux; Colomb, au 105e d'infanterie; Haury, au 41e d'infanterie; Lesnès, au 15e bataillon de chasseurs à pied; Delon, au 45e d'infanterie; Guichemerre, à l'hôpital militaire de Vincennes; Cathoire, au 121e d'infanterie.

MM. Palet, à l'hôpital Saint-Martin, à Paris; Drouineau et Dénommé, à l'hôpital militaire de Vincennes; Zimmermann, à l'hôpital militaire de Versailles; Poret, au 38e d'infanterie; Jaffary et Massenet, à l'hôpital militaire de Versailles; Hubert et Mialaret, à l'hôpital militaire de Nancy; Bourlange, à l'hôpital militaire de Lille.

MM. Breuil, au 2e d'infanterie; Camson, au 21e d'infanterie; Lemarchand, au 25e d'infanterie; Jenny, au 1er chasseurs à cheval; Montalti, à l'hôpital militaire du camp de Châlons; Marlier, au 156e d'infanterie; Bouffandeau, au 6e bataillon de chasseurs à pied; Mennessier, au 8e d'artillerie; Delmas, au 155e d'infanterie; Quilly, aux salles militaires de l'hospice mixte de Toul.

MM. Zaeglé, au 149e d'infanterie; Lang, à l'hôpital militaire de Belfort; Jirou, à l'hôpital militaire du camp de Châlons; Rispal, à l'hôpital militaire de Briançon; Leymarie, au 128e d'infanterie.

— Par décision ministérielle, en date du 15 octobre 1894, M. Richard, médecin principal de deuxième classe, médecin-chef de l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis, a été nommé professeur du cours d'hygiène militaire, à l'École du Val-de-Grâce, en remplacement de M. le médecin principal de première classe Laveran, arrivé au terme légal de son enseignement.

— Le jury du concours de l'internat se compose actuellement de la façon suivante :

MM. Darier, Tapret, Delens, Th. Anger, Marchand, Boissard et Thoinot.

— Le jury du concours de l'externat se compose actuellement de la façon suivante :

MM. Ménétrier, Duflocq, Queyrat, Albarran, Beurnier, Guinard et Beclère.

— La Compagnie des « Chargeurs réunis », au Havre, demande des jeunes médecins ou des étudiants pourvus de seize inscriptions pour assurer le service médical à bord de ses steamers.

Pour tous renseignements, s'adresser à M. le docteur Sonrel, 12, rue Greuze, Paris.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 123. — MARDI 23 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 23 OCTOBRE 1894. — N° 123.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 22 octobre 1894.

A la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (19 octobre), M. Jules Voisin a présenté une observation en contradiction flagrante avec ce qu'on doit attendre logiquement de l'emploi du corps thyroïde de mouton, dans la maladie de Basedow, lorsqu'on n'est pas un homéopathe convaincu. Contrairement à toute attente, il a observé une amélioration sensible en faisant ingérer, à une malade atteinte de goitre exophtalmique, 6 à 8 grammes de corps thyroïde par jour. Avec MM. Dreyfus-Brisac et Béclère, nous sommes d'avis que c'est là un précédent auquel il ne faudrait pas se fier. On a essayé déjà le corps thyroïde de mouton dans des cas de maladie de Basedow, mais, en général, on n'a obtenu qu'une aggravation plus ou moins marquée; il y aurait même à redouter, dans ces conditions, la survenue d'accidents fort graves.

En présence de l'observation exceptionnelle de M. Voisin, on peut se demander, avec M. Dreyfus-Brisac, s'il n'y a pas deux variétés de goitre exophtalmique, l'un dans laquelle il y a hypersécrétion thyroïdienne et l'autre dans laquelle il y a hyposécrétion. On peut admettre, en effet, que les lésions progressives de cet organe sont susceptibles, à un moment donné, d'en amener l'atrophie et la suppression fonctionnelle. Il faudrait donc rechercher s'il n'y a pas deux variétés cliniques de goitre exophtalmique, l'une avec et l'autre sans phénomènes d'auto-intoxication thyroïdienne : c'est ce qu'il faudrait démontrer.

M. Goldschmidt (de Strasbourg), membre correspondant de la Société, fait part des bons résultats qu'il obtient depuis de longues années par l'usage du perchlorure de fer à l'intérieur dans le traitement de la diphtérie. Il se sert d'une solution au vingtième qu'il donne dans un véhicule; il ne craint pas de faire prendre, de cette façon, 5 à 10 grammes de perchlorure de fer par jour à des enfants. Le médicament est donné à doses fractionnées, toutes les deux heures. Avec ce traitement, la guérison serait la règle toutes les fois qu'il ne survient pas de croup.

M. Armand Siredey vient d'observer à l'hôpital d'Aubervilliers un cas intéressant d'érythème scarlatiniforme généralisé, d'origine hydrargyrique. Le malade, voulant se débarrasser d'hôtes incommodes, avait fait, à une semaine d'intervalle, deux frictions d'onguent napolitain sur la région pubienne; huit jours plus tard, il était envoyé au service d'isolement avec le diagnostic de scarlatine. Tout le corps était couvert d'une éruption intense, d'un rouge cramoisi sur le cou, l'abdomen et les cuisses, d'une teinte moins foncée sur le reste du corps. L'absence d'angine véritable et de desquamation linguale, la disparition de la fièvre, l'exfoliation prématurée de l'épiderme, firent bientôt reconnaître qu'il s'agissait d'un érythème scarlatiniforme. Le malade étant atteint d'une blennorragie, on pouvait se demander si cette éruption était d'origine infectieuse ou mercurielle. Mais quelques jours plus tard, alors que la desquamation était à peu près complète, il survint une véritable éruption de furoncles sur l'abdomen, les cuisses, les mollets, les avant-bras et les mains. Vingt-quatre heures après l'application sur une main d'un pansement humide, fait de compresses imbibées de sublimé à 1/2000, de larges plaques d'érythème envahissaient tout le bras correspondant et gagnaient le thorax. Bien plus, une simple lotion pratiquée en arrière de l'épaule droite à l'aide d'un tampon de coton hydrophile imbibé de la même solution déterminait l'apparition d'une nouvelle plaque d'érythème, non seulement sur la région qui avait été en contact avec le tampon, mais partout où les gouttelettes de liquide avaient laissé des traînées sur la peau. L'expérience renouvelée avec des solutions d'oxycyanure de mercure à 1/1000, de bi-iodure à 1/4000, avec une pommade au précipité jaune à 1/20 donnèrent les mêmes résultats.

Au contraire des lotions faites avec une solution phéniquée à 1/20, des pansements humides avec l'acide phénique à 1/40, avec la résorcine à 1/500, des pansements secs à l'iodoforme n'amenèrent aucune réaction. Des compresses d'eau naphtolée à 1/2000, sur des furoncles du mollet, provoquèrent de l'érythème sous le pansement, dans son voisinage et jusque sur divers points du tronc, mais seulement après avoir été renouvelées durant trois jours consécutifs. En somme, le malade en question présentait une impressionnabilité toute particulière vis-à-vis des sels de mercure, en applications cutanées, tout au moins, et on comprend que de pareilles réactions n'aient point tenté l'auteur d'essayer l'emploi du mercure à l'intérieur.

Or, le liquide mis en contact avec la peau, dans les lotions, par exemple, ne contenait pas plus de 20 à 25 milligrammes

de sublimé, et il est certain qu'il ne pouvait être absorbé en totalité.

Cette intolérance pour le mercure n'est pas aussi rare qu'on pourrait le croire. Morel-Lavallée a cité des malades chez lesquels l'injection de 20, 15 et même 10 centigrammes de calomel avait provoqué l'hydrargyrie.

M. A. Siredey fait remarquer que, si le mercure mérite à cet égard une considération toute spéciale, un très grand nombre de médicaments partagent avec lui cette faculté de provoquer, à très petites doses, des manifestations invraisemblables du côté de la peau. Le salol, l'acide phénique, les iodures, les bromures, la teinture d'iode, l'iodoforme, l'antipyrine, le chloral, etc., donnent fréquemment lieu à la production d'érythèmes.

Mais ces résultats ne sont pas à la portée de tout le monde. Il faut une prédisposition individuelle, un véritable privilège, car les malades ne sont pas égaux devant les médicaments, on s'en doutait déjà depuis longtemps, et on en trouve une nouvelle preuve dans cette facilité avec laquelle certains sujets présentent des éruptions extraordinaires sous l'influence des causes les plus banales et les plus insignifiantes.

Aussi, comme le fait remarquer M. A. Siredey, le nombre des érythèmes médicamenteux augmente sans cesse, à mesure qu'on sait mieux les rechercher. Et l'auteur ne craint pas de les rechercher même dans le groupe, jusqu'ici respecté, des érythèmes infectieux, qui apparaissent au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, du choléra, du rhumatisme, etc. N'y a-t-il pas eu quelque médicament sous roche ? Par ce temps d'antisepsie, les cholériques, typhoïdiques et autres malades n'ont-ils pas été soumis à l'usage du calomel, du naphtol, du salol, etc. ?

M. Siredey veut bien laisser subsister jusqu'à nouvel ordre quelques-uns de ces érythèmes infectieux, mais il ne serait pas fâché d'en voir restreindre le nombre, car il estime qu'on en a beaucoup abusé. En présence de tout érythème scarlatiniforme, dit-il, cherchez la thérapeutique, et vous la trouverez souvent !

M. Hanot a constaté chez une malade atteinte de carcinome du pylore à marche rapide des mouvements péristaltiques visibles de l'estomac; la contraction musculaire présentait une telle force qu'il se produisait un ventre musculaire saillant, parfaitement perceptible à la vue, qui se déplaçait de gauche à droite, suivant la direction de la grande courbure. Les mouvements anti-péristaltiques étaient beaucoup moins nettement dessinés.

Des mouvements péristaltiques de cet ordre se rencontrent, il est vrai, quelquefois dans des cas d'oblitération partielle du pylore, mais on peut les rencontrer aussi en dehors de cette condition anatomique, chez des individus prédisposés, plus ou moins névropathes.

MM. Debove et Soupault ont présenté autrefois l'histoire d'une malade atteinte d'ascite; la ponction avait donné issue à un liquide chargé de bile et renfermant des crochets hydatiques. Il y avait donc un kyste communiquant avec les voies biliaires ouvert dans le péritoine.

La malade étant morte récemment, on a pu constater l'exactitude de cette hypothèse : il y avait de plus des kystes hydatiques disséminés dans la cavité abdominale, résultat d'une véritable greffe.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RÉUNIE EN CONGRÈS A LYON (VIII[e] SESSION)

CHIRURGIE DU RACHIS (1)

Comme nous l'avons dit, le rapport de M. Kirmisson met au point l'état actuel de nos connaissances sur la chirurgie du rachis. Nos lecteurs ont d'ailleurs été tenus au courant des derniers progrès effectués par différentes Revues générales, publiées dans ce journal par M. Chipault (*Gazette des hôpitaux*, 1893, p. 1141, et 1894, p. 1045).

Voici les principaux passages du rapport de M. Kirmisson; nous le scinderons en plusieurs chapitres :

1° *Traumatismes de la moelle et du rachis.* — Si nous consultons le très intéressant et consciencieux travail de M. Chipault, nous voyons que les faits réunis par lui ne sont guère encourageants. Aussi l'auteur, les résumant tous, arrive-t-il à cette conclusion défavorable : « Une douzaine de guérisons, le double d'améliorations sur plus de 150 cas, et, sur les 110 cas restants, plus de 80 morts constatées au moment de la publication des faits. »

Il faut avouer que les cas postérieurs au travail de M. Chipault ne sont guère de nature à modifier cette impression défavorable.

On comprend, du reste, que, dans les fractures des corps vertébraux, l'intervention soit d'ordinaire frappée de stérilité. Le plus souvent, en effet, les accidents sont dus à un broiement de la moelle; la compression osseuse est beaucoup plus rare; c'est ce qui ressort encore des faits anatomo-pathologiques consignés dans les leçons de Thorburn. D'ailleurs cette compression, quand elle existe, est le plus souvent produite par les corps vertébraux eux-mêmes. En enlevant les lames, on laisse persister l'arête osseuse saillante dans le canal rachidien formée par les corps vertébraux. Je sais bien qu'Urban et Chipault ont conseillé de s'attaquer aux corps vertébraux eux-mêmes; mais c'est là une opération pleine de difficulté, et qui ne serait pas sans danger.

Il en va autrement si la fracture siège au-dessus de la première lombaire. Les nerfs de la queue de cheval sont susceptibles de régénération; il y a donc lieu d'espérer la guérison, si l'on intervient pour supprimer l'agent de compression (deux cas de Jones et de Southam).

Mais à quelle époque doit être pratiquée l'intervention? Thorburn fixe cette époque à six semaines, comme l'avait fait précédemment Lauenstein, sans qu'il soit possible de poser à cet égard des conclusions formelles.

En ce qui concerne les fractures compliquées de plaies, dans les fractures par armes à feu, aucun doute; il faut intervenir pour régulariser le foyer traumatique, supprimer les esquilles, enlever les fragments osseux qui pressent sur la moelle. L'intervention s'impose avec plus d'urgence encore, si l'évolution des symptômes dénote l'existence d'une hémorragie abondante. Comme type de ce genre, nous ne saurions mieux faire que de signaler un fait emprunté au travail de Walter Pyle.

Nul doute non plus en ce qui concerne les fractures des arcs vertébraux, dont les fragments déprimés viennent comprimer la moelle. L'intervention s'impose en pareil cas; elle est simple, facile.

Dans la luxation, le glissement des surfaces articulaires se fait d'une manière plus lente, le traumatisme est moins brusque que dans les fractures; la moelle ne subit pas une attrition aussi considérable, et l'on comprend qu'une fois l'agent de compression supprimé, on obtienne la guérison

(1) Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1129.

(fait heureux de Ridenour, de Boyle, d'Arbuthnot Lane, de Church et Eisendrath).

2° *Mal de Pott.* — L'intervention opératoire, lorsqu'elle s'adresse à la lésion osseuse elle-même, doit être rejetée dans l'immense majorité des cas. Convenablement traités, c'est-à-dire soumis au repos et à une immobilisation méthodique, les malades arrivent, dans un très grand nombre de cas, à la guérison.

Du reste, les interventions sanglantes dans le mal vertébral sont loin d'être sans gravité. Trop souvent, elles restent incomplètes et laissent après elles des trajets fistuleux qui conduisent à la septicémie.

Ce qui, d'ailleurs, éloigne de l'intervention sanglante, c'est que nous possédons dans les injections iodoformées un excellent moyen, qui nous donne chaque jour les résultats les plus avantageux dans les cas où le mal vertébral s'accompagne de suppuration. C'est donc seulement dans les cas de lésions tuberculeuses de la partie postérieure du rachis, là où les altérations osseuses sont facilement accessibles, que l'intervention sanglante nous paraît justifiée, ou bien encore, dans les cas de mal vertébral antérieur, quand les injections iodoformées ont échoué.

Lorsque existe une paraplégie, le danger est si menaçant qu'on conçoit qu'on songe à l'écarter, même au prix d'une grave intervention. Sans doute, un certain nombre de résultats heureux ont été obtenus par cette méthode, au nombre desquels il faut citer tout d'abord les faits bien connus de Mac Ewen. M. Ménard (de Berck) en a fait connaître un dans le numéro de janvier 1894 de la *Revue d'orthopédie*. Dernièrement, M. Wyeth rapportait, dans les *Annals of Surgery* (août 1894), le cas d'un enfant de neuf ans chez lequel il avait guéri une paraplégie en enlevant une petite masse caséeuse qui comprimait la partie latérale droite et postérieure de la moelle.

Mais, à côté de ces faits heureux, que de désastres! (Roux, Chipault, Gross, Jalaguier, etc.)

La cause la plus fréquente de la paraplégie, c'est la pachyméningite caséeuse. C'est à elle qu'il faut s'adresser, c'est le foyer tuberculeux lui-même qu'il faut attaquer. Dernièrement encore, M. Ménard (de Berck), par un procédé opératoire bien combiné, atteignait les corps vertébraux par leur partie latérale. Déjà d'ailleurs semblables tentatives ont été faites, dans lesquelles on a joint à la laminectomie l'évidement des corps vertébraux. Déjà nous avons cité les faits malheureux d'Israël, Roux, Picqué, Zavaleta, Delorme.

Ainsi donc, il faut bien l'avouer, quel que soit le procédé opératoire qu'on envisage, jusqu'ici les résultats sont peu satisfaisants. Aussi M. Chipault conclut-il : « Ces interventions, même le plus largement faites, ont été loin de donner ce qu'on avait espéré, et il semble que définitivement on doive les restreindre à quelques variétés anatomo-pathologiques spéciales et rares : paraplégie par abcès froid, paraplégie par compression médullaire fongueuse directe, paraplégie par périméningite devenue scléreuse et définitive. » Mais, comment faire le diagnostic entre un abcès froid profond qui ne révèle encore sa présence par aucun signe physique, une pachyméningite caséeuse, ou bien l'existence de tissus scléreux comprimant le cordon médullaire ?

3° Si, du mal de Pott, nous passons aux *tumeurs du rachis*, il semble, tout d'abord, qu'aucune intervention ne soit mieux justifiée. En effet, c'est le propre des néoplasmes ou tumeurs de ne jamais rétrocéder spontanément. Mais ici encore, nous trouvons bien des limites à l'action chirurgicale. Tout d'abord, en ce qui concerne les tumeurs malignes des vertèbres elles-mêmes, les résultats sont tellement déplorables qu'il vaut mieux renoncer à les enlever. Si, dans les tumeurs bénignes du canal vertébral, comme les kystes hydatiques et les lipomes, on peut espérer des succès, d'autre part, dans beaucoup de tumeurs malignes diffuses des méninges, on n'a pu pratiquer qu'une extirpation incomplète. Joignez à cela la gravité même de l'acte opératoire, et la difficulté d'un diagnostic précis de la nature et du siège de la tumeur. Au beau succès de Horsley et Gowers, on peut opposer le cas de Llyod et Deaver, où il n'existait pas de tumeur, et où la paralysie était due à un vieux foyer hémorragique existant dans l'épaisseur même de la moelle. Déjà M. Chipault, dans son livre, sur 19 interventions contre des tumeurs du rachis et des méninges dont les résultats sont connus, comptait 10 morts opératoires et 1 mort après récidive. Les faits ultérieurs ne sont guère plus encourageants.

4° Le bénéfice de l'intervention chirurgicale s'est également étendu, dans ces dernières années, à la cure du *spina bifida* dont on a pratiqué l'excision. Ici les conditions paraissent beaucoup plus favorables que dans les tumeurs profondes. D'une part, en effet, la tumeur est sous nos yeux, superficielle, et pas n'est besoin, pour l'atteindre, d'une dissection compliquée. D'autre part, en ouvrant largement la poche, on a l'avantage de pouvoir vérifier exactement son contenu, et ménager les cordons nerveux qu'il importe de respecter. Il semble donc bien qu'aujourd'hui l'excision constitue la méthode de choix dans la cure du spina bifida.

Mais il ne faut pas oublier que les enfants atteints de spina bifida présentent un certain nombre de circonstances qui les rendent peu viables. Il en est qui sont frêles, débiles et affectés d'autres vices de conformation qui déterminent la mort, même après l'excision la mieux réussie. D'autres fois, la mort tient aux progrès de la paraplégie, ou bien encore au développement de l'hydrocéphalie concomitante. Dans la simple méningocèle, on peut espérer que la moelle elle-même est bien conformée, et obtenir des succès définitifs. Mais le plus souvent, au contraire, il est des éléments nerveux contenus dans la poche ; la tumeur que l'on a sous les yeux ne constitue qu'une partie de la malformation ; il est du côté de la moelle et des nerfs rachidiens des altérations contre lesquelles l'intervention chirurgicale ne peut rien. Beaucoup de malades ont succombé ultérieurement aux progrès de l'hydrocéphalie. De ce nombre sont les opérés de MM. Terrier, Berger, Picqué, et tant d'autres ; et, puisque l'occasion s'en présente, c'est pour moi un devoir de faire savoir que l'enfant opéré par moi, et dont j'ai entretenu autrefois la Société de chirurgie, est mort ultérieurement d'hydrocéphalie. Si donc la chirurgie antiseptique, en nous permettant de traiter par l'excision le spina bifida, a atténué la gravité du pronostic de cette grave malformation, il faut bien savoir que nous sommes loin d'être armés contre elle d'une manière suffisante. Si nous pouvons intervenir dans les cas de méningocèle, si l'intervention s'impose dans tous les faits où la poche menace de se rompre, il vaut mieux s'abstenir quand l'enfant est trop débile, lorsqu'il existe une paraplégie complète ou que déjà l'on constate un commencement d'hydrocéphalie.

Et M. Kirmisson termine son rapport si sage et si méthodiquement déduit par cette phrase qui résume bien l'opinion générale :

Loin de se présenter à nous comme une méthode dont toutes les applications sont parfaitement déterminées, la chirurgie rachidienne semble, à l'heure actuelle, n'être dans bien des cas qu'une chirurgie d'exception, et même, disons le mot, de hasard. Son histoire est encore pleine d'inconnu.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE L'HOMME

M. Loumeau (de Bordeaux) propose la cystostomie pour la cure des fistules uréthrales rebelles, c'est-à-dire pour

ces fistules qui sont, en raison de leur siège, de leur nombre, de leur ancienneté ou de leurs complications, extrêmement difficiles à guérir.

Primitivement réservée à certaines complications graves du prostatisme, l'opération de Poncet a vu, dans ces dernières années, s'élargir le champ de ses indications. Au nombre de ces dernières, il convient de ranger les fistules de l'urèthre réfractaires aux traitements classiques. Mais, tandis que M. le professeur Poncet se contente de laisser béant le nouveau canal hypogastrique de ses cystostomisés, M. Loumeau préfère mettre une sonde à demeure dans le trajet sus-pubien, de manière à assurer un détournement parfait de l'urine, partant un dessèchement absolu des fistules. Cette sonde, fixée d'elle-même par son extrémité vésicale, pourra n'être débouchée qu'au moment des besoins. Une fois la dérivation des urines assurée par le drainage sus-pubien de la vessie, les fistules guériront soit spontanément, soit aidées par le chirurgien qui agira directement sur elles, de façon différente, suivant chaque cas particulier, en même temps qu'il s'occupera de rétablir le calibre, si souvent compromis, de l'urèthre. Les fistules guéries, la cystostomie, pratiquée à titre d'opération préliminaire et temporaire, aura atteint son but. La sonde hypogastrique sera retirée et l'orifice vésico-abdominal se refermera de lui-même, laissant l'urèthre reprendre ses fonctions momentanément suspendues.

M. Loumeau a guéri ainsi deux malades atteints de fistules particulièrement rebelles. Dans un cas, opéré le 25 février 1894, il s'agissait d'un vieux blennorragien dont la verge, le scrotum, le périnée, les fesses et l'hypogastre étaient criblés de trajets fistuleux indurés, vainement traités par tous les moyens ordinaires. Le second malade, opéré plus récemment, était un hypospade à qui l'on avait refait son méat, mais qui gardait une large fistule pénienne, contre laquelle s'étaient obstinés sans succès deux précédents opérateurs.

Sans doute, le procédé de M. Loumeau est ingénieux et constitue une ressource nouvelle, mais l'excision des trajets fistuleux, jointe à une large uréthrectomie, donne actuellement d'excellents résultats.

Le même chirurgien rapporte l'observation d'un homme de trente-six ans, souffrant depuis deux ans de la vessie. L'endoscopie démontra la présence, à droite du col vésical, d'un papillome ayant la forme et les dimensions d'une petite figue et dont le long pédicule devait permettre à la tumeur de venir boucher par moments l'entrée du canal, sous la pression de l'urine accumulée dans la vessie. L'ablation du néoplasme par la taille hypogastrique fut assez laborieuse, à cause de la profondeur du champ opératoire qu'exagéraient l'embonpoint du sujet, le siège de la tumeur, l'absence du ballon rectal. Histologiquement, il s'agissait de papilles hypertrophiées, le tout revêtu d'un épithélium pavimenteux stratifié.

M. Loumeau fait ressortir de cette observation les points suivants, relatifs au diagnostic et au traitement:

Les modifications du jet, la rétention d'urine sans rétrécissement ni calcul, la douleur du bout de la verge, la cessation des accès de rétention sous l'influence du passage d'une simple bougie, l'abondante hématurie, constituaient des signes de présomption en faveur du diagnostic papillome juxta-cervical que confirma avec certitude l'examen cystoscopique dont on ne saurait trop vanter les avantages. De plus, chez ce sujet, l'hématurie, au lieu d'être précoce et spontanée, comme cela arrive d'ordinaire, apparut seulement deux ans après le début de la maladie et fut provoquée par un coup de sonde qui blessa la tumeur en un point nettement constaté au cystoscope.

L'emploi du ballon de Petersen devient nécessaire dans les cas où l'ouverture vésicale doit n'être que le premier temps d'une intervention délicate sur la vessie, l'extirpation d'une tumeur, par exemple.

M. Pousson, suivant en cela son collègue de Bordeaux, est partisan de la cystostomie préliminaire appliquée au traitement de certaines fistules vésico-vaginales et vésico-intestinales.

La méthode américaine, appliquée à la cure des fistules vésico-vaginales, est aujourd'hui sans rivale, mais un certain nombre de faits lui échappent complètement : telles sont les fistules intra-cervicales, celles qui se cachent derrière un pli, une bride, celles encore que l'étroitesse du vagin rend inaccessibles aux instruments. Jusqu'à ce jour, les chirurgiens n'avaient guère employé dans ces cas que la colpoclésis ou une opération analogue. Ce ne sont là, bien évidemment, que des pis-aller, certaines d'entre elles (abouchement de la vessie avec le rectum) exposant même à de graves complications (infection ascendante des voies urinaires).

La cystotomie sus-pubienne, en permettant d'aviver et de suturer la fistule presque avec autant de facilité que par le vagin, semble une précieuse ressource dans ces cas, préférable à la voie ischio-rectale, préconisée au dernier Congrès, par M. Michaux, et qui n'a donné lieu qu'à 4 succès complets sur 7 cas.

M. Pousson vient d'obtenir l'oblitération complèle d'une fistule vésico-vaginale rebelle, en l'attaquant par la vessie ouverte. C'est la huitième fois que l'on emploie cette méthode, qui a donné 4 succès complets, 2 demi-succès, 2 insuccès.

M. Pousson croit que cette cystostomie préliminaire pourrait être utilisée pour certains cas de fistules vésico-intestinales.

M. Albarran communique, à cet égard, une observation des plus intéressantes que nous publierons ultérieurement.

M. Lavaux (de Paris) décrit, sous le nom d'électrolyse linéaire double, une opération qui consiste à pratiquer chez les rétrécis, avec l'uréthrotome électrolytique, deux sections diamétralement opposées : l'une sur la paroi supérieure du canal, et l'autre sur la paroi inférieure, en plein tissu fibreux.

Aujourd'hui, M. Lavaux tient à insister sur les résultats éloignés de cette opération.

Des rétrécis opérés depuis deux ans, dix-huit mois, un an, restent guéris grâce au traitement post-opératoire, qui consiste à introduire tous les mois ou toutes les trois semaines, une bougie n° 18, 19 ou 20. Si les malades refusent de se soumettre à ce traitement, la récidive est plus ou moins rapide, mais constante.

En résumé, l'électrolyse linéaire double serait une opération bénigne, facile, peu douloureuse, qui n'exige ni repos au lit, ni sonde à demeure, dont les résultats éloignés, comme les résultats immédiats, sont excellents, à condition de soumettre les opérés au traitement post-opératoire que nécessite l'emploi de tous les procédés de force.

Nous souscrivons volontiers à l'opinion de M. Lavaux,

plus conforme à la logique que celle de ses confrères, qui prétendent qu'une seule séance d'électrolyse suffit pour la cure définitive du rétrécissement, sans qu'il soit jamais né cessaire de recourir ultérieurement au passage des sondes pour éviter le retour du rétrécissement.

Convient-il de traiter chirurgicalement l'anurie? MM. Picqué, Demons, Gangolphe et Broca répondent par l'affirmative. MM. Demons et Pousson ont déjà insisté sur la nécessité de faire aussi promptement que possible la taille rénale dans les cas d'anurie calculeuse. M. Broca rapporte un cas d'anurie réflexe, consécutive à un cancer de la vessie. Il avait cru à un calcul du rein qui n'existait pas. Cependant la taille rénale ramena une diurèse abondante et l'anurie disparut. C'est un cas du même genre que M. Picqué communique au Congrès.

Il a observé une femme atteinte de cancer utérin. Elle avait de l'anurie depuis treize jours. Le rein gauche abaissé était volumineux. On fit la taille rénale à gauche.

Or, il n'y avait pas de dilatation du bassinet. A l'incision du rein pas d'écoulement d'urine. Dès le lendemain, l'urine se mit à s'écouler, et il se produisit une amélioration dans l'état de la malade.

Donc il s'agit d'un rein sain, incisé, et du rétablissement de la sécrétion urinaire à la suite de la taille rénale.

La taille rénale est donc admise dans un cas d'anurie avec rein sain; mais il faut aller vite.

A signaler encore deux communications de MM. Zancarol et Augagneur, qui se déclarent partisans de la **résection de la vaginale, dans la cure de l'hydrocèle.** Malgré les quelques imperfections imputables à la ponction et à l'injection iodée, nous pensons que c'est encore là la méthode de choix pour les hydrocèles simples, et, en tous cas, une méthode à la portée de tous les praticiens. C'est pourquoi si une hydrocèle n'a pas de parois trop épaisses, si le liquide est citrin et transparent, si elle n'a pas encore été traitée par l'injection iodée, c'est à ce dernier mode de traitement que nous aurons recours d'une façon habituelle.

Terminons ce compte rendu des affections des voies urinaires par la mention de deux cas d'**émasculation totale; extirpation de la verge et des bourses,** dus à M. Chalot (de Toulouse) et à M. Albarran. Ce sont là des opérations rares, indiquées dans les lésions cancéreuses de l'urèthre ou de la base de la verge.

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

M. Le Dentu a pratiqué trois fois l'**ostéotomie sous-trochantérienne du fémur pour ankylose vicieuse de la hanche.** L'une des malades fut atteinte d'aliénation mentale, et n'a pu être suivie; les deux autres interventions ont donné d'excellents résultats. Dans un cas, la section de l'os a été linéaire, dans l'autre elle a été cunéiforme.

Quand le redressement manuel ne peut être obtenu sous le chloroforme, il faut recourir à l'ostéotomie et rejeter l'ostéoclasie, brutale et dangereuse. L'ostéotomie doit être sous-trochantérienne. Elle peut se faire par une incision transversale de l'os, une section très oblique, ou par la méthode cunéiforme.

Les soins consécutifs sont des plus importants, il faut maintenir l'extension continue sur le membre placé en abduction et en rotation en dehors, le malade étant dans le décubitus absolu.

M. Le Dentu, avec raison, se préoccupe plus de la solidité que de la mobilité ultérieure, malgré les cas heureux de néarthrose obtenue; en général, un cal osseux rigide en bonne direction est le résultat qu'il faut désirer. On doit se préoccuper de la raideur du genou en lui imprimant des mouvements de flexion dès le quinzième jour.

M. Chalot (de Toulouse) fait connaître un **nouveau procédé de compression digitale directe des vaisseaux iliaques dans la désarticulation de la hanche.** En 1892, il a imaginé un procédé qui consiste à comprimer directement avec les doigts, à travers une boutonnière iliaque, la partie inférieure des vaisseaux iliaques primitifs à 2 centimètres en dedans de l'épine iliaque antéro-supérieure. On divise successivement, sur une étendue de 5 centimètres, la peau, le tissu cellulaire et le fascia superficiel de façon que le milieu de l'incision corresponde à l'épine iliaque; on sectionne ensuite les muscles grand oblique, petit oblique et transverse, ainsi que le feuillet profond de l'aponévrose de ce dernier. Le péritoine est alors décollé au doigt, dans la direction du promontoire. Lorsqu'on est parvenu dans l'angle formé par le bord interne arrondi du psoas et le flanc correspondant du promontoire, on trouve facilement l'artère iliaque primitive contre ce dernier. On peut, à ce moment, céder la place à un aide et lui confier la compression directe de l'artère, qui doit se faire contre la base même de l'aileron du sacrum. On pratiquera la désarticulation par le procédé que permettent les circonstances, sans oublier que le bout supérieur de la veine fémorale peut donner du sang par reflux, parce que la veine iliaque primitive peut n'être pas comprimée en même temps que l'artère correspondante. La désarticulation terminée, on suture la petite plaie iliaque, et, si l'asepsie a été convenable, jamais on n'a de complication à craindre de ce côté.

Le procédé de M. Chalot est ingénieux et permet certainement une compression efficace, puisqu'elle est directe, mais, pourquoi ne pas employer pour la désarticulation de la hanche le procédé en raquette et la méthode de ligature préventive enseignée par M. Verneuil? En adoptant le procédé en raquette au lieu du procédé à lambeau, dit procédé rapide, le premier temps opératoire consiste à lier les vaisseaux fémoraux et à assurer l'hémostase.

La modification de M. Chalot n'a donc sa raison d'être que si le chirurgien est obligé, de par la nature des lésions, à subir le procédé à lambeau. Ces cas nous paraissent devoir être bien exceptionnels.

Nous ne quittons pas encore la région de la hanche. M. Lejars (de Paris) est intervenu chirurgicalement dans un cas de **fracture du col fémoral,** chez un homme jeune; il a mis à jour le foyer de la fracture, réséqué la tête qui ne s'était pas réunie au fragment trochantérien et remis à sa place, en la façonnant, l'extrémité externe et trochantérienne du col. Malgré un léger raccourcissement, le résultat a été bon. Aussi les conclusions de M. Lejars sont les suivantes : Dans les fractures du col, chez les jeunes sujets, il faut intervenir, comme dans les luxations anciennes, par le procédé que M. Ricard a employé avec un succès si complet : réséquer la tête, modeler et régulariser le col et réduire dans la cavité cotyloïde.

On aura rarement l'occasion d'appliquer le traitement chirurgical préconisé par M. Lejars parce que : 1° les fractures du col chez les jeunes sujets sont rares; 2° lors-

qu'elles existent, elles sont presque toujours extra-capsulaires et se consolident généralement.

Avec le docteur Albertin, nous quittons la région de la hanche pour descendre au genou. Notre confrère lyonnais proclame l'impuissance des moyens simples pour la cure de la tuberculose du genou : révulsion, immobilisation, injections intra-articulaires modificatrices, etc. Il préfère l'intervention sanglante sans programme opératoire : l'examen de l'articulation ouverte devant dicter la conduite du chirurgien.

Une statistique de 33 cas se répartit ainsi au point de vue de la nature de l'opération : 8 résections, 2 arthrectomies avec ablation d'une tranche osseuse (résection intra-épiphysaire) et 23 arthrectomies simples ou combinées à l'évidement osseux.

Au point de vue de l'âge, les opérés sont divisés en trois catégories : 10 adultes de vingt à trente-deux ans, 5 adolescents de treize à vingt ans et 18 enfants de deux à treize ans. Sur 10 adultes, 8 ont subi la résection, 2 l'arthrectomie. Mais l'opération est de date récente. Des 5 adolescents, 2 ont été opérés par la résection intra-épiphysaire, 3 ont subi l'arthrectomie simple ou combinée à l'évidement osseux. Les 18 enfants ont été exclusivement opérés par l'arthrectomie simple ou combinée.

Dans tous les cas, le résultat a été bon au double point de vue de la cure de la tuberculose et du résultat fonctionnel; l'ankylose a toujours été recherchée et obtenue.

En présence de la tuberculose du genou, on s'adressera donc aux méthodes suivantes : 1° l'arthrectomie simple ; 2° l'arthrectomie combinée à l'évidement des foyers osseux ; 3° la résection intra-épiphysaire (arthrectomie et avivement osseux); 4° la résection épiphysaire (résection typique d'Ollier). On peut les combiner ensemble et le choix d'une méthode est influencé par l'âge des malades.

La résection convient aux adultes (Ollier, Bœckel et Lucas-Championnière). Elle sera donc la méthode de choix dans le traitement de la tuberculose du genou de l'adulte.

Contre la tuberculose du genou chez l'enfant et l'adolescent, l'arthrectomie simple ou l'arthrectomie combinée à l'évidement des foyers osseux. Les dix enfants et les trois adolescents opérés par cette méthode ont un membre utilisable, sans raccourcissement. Il n'y a pas eu de récidive fongueuse ; on peut espérer que le membre opéré subira un accroissement parallèle à celui du membre sain.

On ne peut nier que le traitement par les anciennes méthodes ne donne pas toujours des résultats satisfaisants, mais cependant, il en donne quelquefois, et M. Albertin va trop loin quand il déclare que d'emblée il faut prendre le bistouri pour attaquer la tuberculose qui s'est localisée dans le genou. Pour peu que la lésion soit ancienne, qu'elle ait été mal traitée, qu'elle nécessite un séjour trop long dans un milieu hospitalier, sans doute il ne faut pas s'attarder aux moyens lents, mais, si la tuberculose est au début, si l'enfant est relativement robuste, si les parents peuvent lui procurer une alimentation substantielle et surtout le séjour à la mer, on peut espérer la guérison par les moyens simples et sans intervention. Mais c'est une faute, et en cela nous sommes de l'avis de M. Albertin, de tergiverser et d'attendre en laissant évoluer des lésions qui, pour être guéries plus tard, nécessiteront de larges sacrifices.

M. Marlier (de Bruyères-en-Vosges) présente quelques considérations sur le traitement chirurgical des déformations consécutives à la fracture de Dupuytren, vicieusement consolidées ; il conclut à la nécessité de l'ostéotomie du péroné, complétée ou non par la résection cunéiforme du tibia.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours de l'internat des hôpitaux de Paris est définitivement constitué comme suit : MM. Alphonse Guérin, Boissard, Darier, Delens, Th. Anger, Tapret et Thoinot.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Lyon vient de se terminer par les quatorze nominations suivantes :

MM. Cornet, Bernay et Jacqueau, *ex æquo*; Gourdiat et Berthaud, *ex æquo*; Étiévant, Burdet, Théyenot, Gallois, Nodet et Vieillard-Baron, *ex æquo*; Dreyfus et Durot, *ex æquo*; Bernoud.

— *Hôpitaux de Bordeaux*. — M. le docteur Félix Lagrange, agrégé, est chargé du service d'ophtalmologie à l'hôpital des Enfants.

— Par divers arrêtés ministériels, sont nommés :

Officiers de l'Instruction publique. — MM. Pillault, professeur à l'École de médecine de Limoges; Doré, médecin à Paris.

Officiers d'Académie. — MM. les docteurs Gros (de Boulogne-sur-Mer); Perrier (de Valleraugues); Gustin (de Noirmoutiers); Raimbert (de Châteaudun); Villemin (d'Épinal); Brallet (de Thillot); Géhin (de Saulxures); Andoynaud (de Nantiat);

— *Faculté de médecine de Paris*. — MM. Schwartz et Varnier, agrégés, sont chargés de cours complémentaires de pathologie chirurgicale et d'accouchements.

M. Fredet est nommé préparateur d'anatomie.

— *Faculté de médecine de Lyon*. — M. Augagneur, agrégé, est chargé d'un cours de pathologie chirurgicale.

— M. le docteur Gauchot (de Chambois) est nommé chevalier du Mérite agricole.

— M. le docteur Guès est nommé médecin-directeur du service de santé de la marine, à Lorient.

— M. le docteur Bourru est nommé directeur de l'École de santé de la marine et des colonies, à Bordeaux.

— Le docteur Castex, ancien prosecteur et chef de clinique chirurgicale de la Faculté, reprendra à sa clinique, 52 rue Jacob, son cours public et gratuit sur les maladies du larynx, du nez et des oreilles, le mardi 13 novembre, à trois heures, et le continuera les jeudis, samedis et mardis à la même heure.

Examen des malades et opérations à partir de trois heures et demie.

On s'inscrit pour les exercices pratiques les mêmes jours, à la clinique, de trois heures à cinq heures.

— L'Institut musical artistique, fondé en 1871 par Oscar Comettant, a rouvert ses cours le 18 octobre, 6, rue de la Victoire, sous la direction de Mme Paul Labarthe, veuve du médecin bien connu et élève de Marmontel père.

Le précieux concours des professeurs Georges Pfeiffer, Benjamin Godard, Pennequin, Dalbrech, Herbert, Catherine Monval, Fraipont, Mmes Louise Comettant, du Minil, etc. assure aux jeunes filles et jeunes gens une éducation artistique des plus complètes.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Soudd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 124. — JEUDI 25 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 25 OCTOBRE 1894. — N° 124.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. ». — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Il y a des vérités qu'on ne saurait trop répéter. Telle, par exemple, celle de l'heureuse influence des revaccinations sur la disparition des épidémies de variole. Voilà près de deux mois que, grâce à ces revaccinations, la variole a complètement disparu à Paris. M. Hervieux, qui a fait connaître ces résultats à l'Académie, n'hésite pas à les attribuer à l'application du système des revaccinations et à l'emploi de la vaccine animale qui permet de multiplier, à l'infini, les opérations vaccinales.

M. Jacques Bertillon a fait une intéressante communication sur le surpeuplement des habitations à Paris et à l'étranger. En étudiant cette question, M. Bertillon est arrivé à trouver, dans le système fiscal de la Ville de Paris, de regrettables anomalies. Parmi les logements exemptés d'impôts, le plus grand nombre ne sont pas indice de pauvreté. Au contraire, un grand nombre de logements plus considérables et soumis à l'impôt sont surpeuplés. Il faudrait donc tenir compte, pour le calcul de l'impôt, non seulement du montant du loyer, mais aussi du nombre de personnes qui l'habitent.

Quant au côté hygiénique de la question, la conclusion de M. Bertillon est qu'il faudrait surtout favoriser la construction de maisons ouvrières.

M. Mossé (de Toulouse) a fait une lecture sur la pathogénie et le traitement de l'influenza. Au point de vue thérapeutique, il arrive à cette conclusion que le sulfate de quinine, donné à la dose maximum de 1gr60, a une action curative et préventive des plus efficaces contre l'influenza.

Enfin, signalons une courte communication de M. Robin, sur les bienfaits de l'usage modéré de la bicyclette chez un malade atteint de gravelle urique et oxalique avec fréquentes hématuries.

Nous ne doutons pas qu'après plusieurs communications de ce genre, l'Académie ne revienne à moins de sévérité à l'égard de la vélocipédie.

HOPITAL RICORD. — M. Charles MAURIAC.

Balnéation dans le traitement de la syphilis (1).

II

Parmi les agents médicamenteux qui, en dehors des deux spécifiques et sous une forme ou sous une autre, sont associés à tous les modes du traitement de la syphilis, il n'en est peut-être aucun qui ait eu plus de réputation que le soufre comme désinfectant et comme parasiticide. Mais, déjà depuis bien des années, il a été supplanté par une infinité d'autres agents plus actifs, plus pénétrants que lui, qui vont attaquer les microbes dans les profondeurs de l'organisme. Lui, triomphe contre les tribus vulgaires des gros parasites cutanés qui ne sont pas les plus dangereuses.

Qu'on n'en parle donc pas comme microbicide dans le traitement de la syphilis. Ses panégyristes les plus lyriques ne poussent plus, jusqu'à ce point extrême, l'exagération de leur enthousiasme. Même dans les eaux thermales où il règne en souverain, on ne lui reconnaît plus cette puissance mortelle ou neutralisante contre le principe de l'infection syphilitique. A quoi sert-il alors ? A tonifier, revivifier, reconstituer les organismes qui n'ont pas pu, à eux seuls, ou avec le secours des spécifiques, se débarrasser de cette infection, ni en prévenir ou en diminuer les conséquences les plus dangereuses. Il vient au secours de ces pauvres malades en détresse. N'est-il pas parent de l'oxygène, de l'azote, du phosphore, du carbone, qui, dans les effrayants abîmes du passé, au sortir du chaos cosmique, constituèrent le plasma primordial d'où naquit la vie organique et dont elle s'empara pour le façonner, depuis l'insondable origine des êtres, avec une si prodigieuse fécondité morphologique ?

Mais qu'importe tout cela ? Tant de beaux titres de gloire, dont il pourrait être fier, s'il en avait conscience, ne lui confèrent aucun avantage réel dans le traitement de la syphilis. A-t-on jamais tenté sérieusement de combattre avec lui seul le principe syphilitique en l'administrant à l'intérieur, ainsi que tant d'autres substances minérales ou végétales ? Ce n'est point comme remède interne qu'il rend des services. On le fait prendre, il est vrai, dans les thermes sulfureux, mais sur place, au sortir des sources ; et alors la complexité de la médication empêche de démêler

(1) Suite. — Voy. *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1114.

ce qu'il pourrait donner, à lui seul, comme moyen curatif.

Les eaux minérales chaudes s'altèrent plus ou moins par le refroidissement qui leur enlève une partie de leur minéralisation. Aussi ne les employons-nous presque jamais dans la pratique courante. L'eau de Challes fait exception, car étant froide, elle peut s'exporter sans presque rien perdre de ses remarquables propriétés. C'est donc elle qu'on donne quelquefois aux sujets chez qui une sorte d'inertie digestive et nutritive empêche le mercure de développer son action curative, ou bien chez ceux qui tolèrent mal ce remède et ont besoin d'un stimulant pour l'absorber et l'éliminer dans la mesure qu'exige un bon traitement hydrargyrique. Mais, il faut bien l'avouer, les indications des sulfureux à l'intérieur, en dehors de la médication minéro-thermale, se présentent fort rarement.

En est-il ainsi pour le traitement externe? Le fréquent usage des bains sulfureux prouve le contraire. On a même une grande tendance à en abuser. On les prescrit souvent par routine, sans trop savoir pourquoi. Ils sont nuisibles dans la première année de la syphilis et, en général, à tous les moments de la période secondaire où se produisent, avec une grande exubérance et sous une forme quelconque, les manifestations cutanées et muqueuses. Leur opportunité s'accentue à mesure qu'on s'éloigne du début de l'infection et surtout lorsque les poussées se raréfient et sont séparées par des intervalles de plus en plus considérables. Mais encore faut-il qu'il y ait quelques indications pour justifier leur emploi systématique. Les principales reposent sur les déterminations rhumatoïdes que suscite quelquefois la syphilis du côté des muscles et des articulations. D'autres proviennent du besoin de stimulation que semble éprouver l'organisme, lorsqu'il a été surmené ou épuisé par la syphilis et le traitement mercuriel. Dans ces sortes de cas très équivoques, où il entre un peu de tout, de l'anémie, du mercurialisme, de la scrofule, du rhumatisme et, par-dessus tout cela, de la syphilis comme substratum, mais sans aucune manifestation actuelle du côté de la peau, les bains sulfureux artificiels rendent de grands services.

Combien supérieurs sont ceux que nous devons, en pareil cas, à la balnéation thermale!

Il n'y a pas de médecins et de malades qui ne soient fermement convaincus que les eaux minérales élaborées dans les profondeurs de la terre par une chimie mystérieuse qui ne nous a point révélé ses secrets, sont douées d'une puissance médicatrice occulte, surhumaine et très supérieure à tout ce que nous inventons dans nos officines pharmaceutiques. Il y a bien des raisons pour qu'il en soit ainsi. Elles sont même si nombreuses que l'agent particulier qui prédomine dans telle ou telle eau thermale, au point de la qualifier et de la classer, ne joue souvent qu'un rôle très accessoire dans la médication balnéaire. N'est-ce pas là ce qui fait que tant d'eaux, d'une nature chimiquement différente, réussissent contre les mêmes états morbides? C'est ce qui est arrivé pour la syphilis. Néanmoins les thermes sulfureux, quand il s'agit d'elle seule, l'emportent de beaucoup sur tous les autres.

Parmi les conditions salutaires qui donnent à la balnéation thermale une si incontestable supériorité sur la balnéation ordinaire, il faut mettre quelques propriétés intrinsèques qu'on ne peut pas imiter, l'électricité, par exemple, qui se dégage de certaines décompositions, sans compter des principes très complexes, tout à la fois organiques et minéraux, qui possèdent pour ainsi dire une sorte de vie sourde, élémentaire, dont l'énergie curative est très au-dessus de ce que pourrait faire supposer leur analyse quantitative et même qualitative.

Et puis, prenez aussi en considération les changements si favorables à la santé générale, qui se trouvent en dehors de la balnéation elle-même, et qui ont souvent une part aussi grande qu'elle à la guérison : la pureté de l'atmosphère, l'altitude, l'exercice au grand air dans de beaux sites, les distractions, le renoncement à de mauvaises habitudes hygiéniques, le repos intellectuel, un état d'âme où se trouvent la confiance, l'espoir, le ferme dessein de mettre à profit, dans toute la mesure du possible, les sacrifices onéreux qu'on s'impose, etc.

Aussi quoi d'étonnant à ce que des thermes qui n'ont en eux-mêmes aucun agent spécifique contre la syphilis, l'améliorent et la guérissent sans le secours du mercure et de l'iodure de potassium?

Il est rare cependant qu'on ne traite la syphilis qu'avec des eaux minérales. Ceux même qui les ont à leur portée ne s'y aventureraient pas. Les médecins les plus enthousiastes de leurs stations thermales respectives conseillent tous le traitement antisyphilitique proprement dit avant, pendant ou après la cure hydro-minérale. Je parle de nos médecins français.

Quelques-uns, à l'étranger, n'observent pas la même réserve prudente dans la véritable portée curative de leurs eaux eu égard à la syphilis. Ainsi, M. le docteur José Salgado attribue aux eaux de Carratraca (Andalousie), la propriété de guérir la syphilis, et cela d'une façon durable sans l'action spécifique du mercure. Il y a là évidemment une exagération que ne justifient pas suffisamment les faits. Toutes nos eaux françaises pourraient se vanter de pareils succès, et probablement avec autant et plus de raison, car notre pays ne le cède à aucun autre pour le nombre, la variété, la richesse et la puissance des eaux minérales. Mais nous avons la sagesse de reconnaître qu'aucune ne possède des propriétés antisyphilitiques immédiates et directes. L'action, des plus énergiques et des mieux appropriées, borne ses effets curatifs à modifier l'état général du syphilitique, à lui donner une force et un équilibre de résistance, qui lui permettent de se défendre, avec le secours des spécifiques, contre les assauts réitérés de la maladie, d'en réparer les désordres et d'en prévenir les atteintes ultérieures.

Lorsqu'on n'emploie contre la syphilis que les eaux minérales, durant la saison qu'on passe dans telle ou telle station thermale, la cure est dite *simple*. Elle est *mixte* quand on prescrit le traitement spécifique en même temps que la médication hydro-minérale.

I. La *cure simple* a pour but de modifier l'état général et les déterminations de la syphilis, s'il en existe. Dans ce dernier cas, elle est principalement antisyphilitique. Mais dans le premier, il peut se faire qu'elle ait à combattre des états généraux qui, bien qu'ayant été suscités par la syphilis, priment les indications qu'elle fournit.

Or, ce sont ces indications latérales ou parasyphilitiques, qui doivent souvent nous décider dans le choix des eaux minérales. Outre l'action reconstituante et modificatrice que possèdent tous les thermes, à un degré plus ou moins élevé, sur les organismes tombés, pour telles ou telles causes, dans un état de nutrition viciée ou insuffisante, chacun d'eux est doué de propriétés spéciales particulière-

ment adaptées à la guérison des cachexies non plus vagues, effacées, banales, mais empreintes d'une individualité précise et puissante.

Que les diathèses amalgamées à la syphilis datent d'elle ou l'aient précédée, toujours est-il qu'elles modifient souvent sa physionomie et ses allures d'une étrange façon, et la rendent quelquefois méconnaissable, surtout après ses premières poussées et dans les phases avancées de son processus. Chloro-anémies constitutionnelles, chroniques ou récidivantes au moindre prétexte, scrofule, arthritisme, herpétisme, alcoolisme, impaludisme, neurasthénie, tabes de toute sorte, spinaux, cérébraux (paralysie générale), cérébro-spinaux, etc.; voilà les éléments morbides qui, mis en jeu et aggravés par la syphilis, fournissent peut-être la plus nombreuse clientèle à la médication thermo-minérale.

Dans ces cachexies complexes où l'élément syphilitique est incontestable, mais plus ou moins larvé, il n'est pas toujours facile de démêler l'indication cardinale. On aurait tort de se confiner dans les eaux exclusivement sulfureuses. Beaucoup d'autres leur sont supérieures. Il est impossible de les désigner d'avance, parce que leur choix est subordonné à la prédominance du stigmate constitutionnel sur le fond commun cachectico-syphilitique. J'ai dit plus haut le grand profit qu'on retirait des eaux arsenicales et, en particulier, de celles de la Bourboule. Ajoutez-y le Mont-Dore, Plombières, Saint-Honoré, toutes les eaux du massif central de la France, etc. Pour combattre l'anémie, quand la syphilis est éteinte ou silencieuse depuis longtemps, nous avons nos eaux ferrugineuses de Bussang, de Saint-Christau, de Charbonnière, de Saint-Alban, d'Orezza. Certaines cachexies de provenance syphilitique se trouvent bien aussi de la médication saline qui favorise les échanges nutritifs, active les fonctions digestives et produit sur le tube intestinal une dérivation salutaire. Salins, dans le Jura, parmi tant d'autres, doit être mentionné. Vichy, Plombières, Néris, Bagnols (Lozère), et tous nos thermes de France, si nombreux et si variés, peuvent rendre de très grands services dans toutes ces affections chroniques où il y a, à côté de la syphilis et plus ou moins intimement combinées avec elle, une ou plusieurs tares constitutionnelles.

Il est à remarquer que ces eaux, dont la spécificité antisyphilitique est très inférieure à celle qu'on attribue aux eaux sulfureuses, réveillent quelquefois la syphilis latente. Fleckes a observé plusieurs cas de goutteux ayant eu autrefois la syphilis qui furent atteints de manifestations tardives et très inattendues de cette maladie pendant une saison passée à Karlsbad.

Chez les syphilitiques, dont la santé générale exige une médication thermale, les eaux sulfureuses sont habituellement prescrites toutes les fois que l'infection est encore en activité et qu'elle est seule responsable de la cachexie qu'il s'agit de combattre. Nous en sommes toujours à la cure simple, qu'on ne l'oublie pas. Voyons comment elle agit sur la diathèse elle-même et sur ses lésions.

La cure simple, c'est-à-dire celle qui est exclusivement composée d'eau minérale en boissons, en bains, en douches, et en toutes sortes d'applications accessoires variables suivant les cas, détermine presque toujours une excitation générale qui a pour résultat de réveiller la maladie si elle était latente et d'exaspérer ses manifestations tégumentaires si elle était en activité. Cette excitation générale et locale présente de grandes différences suivant la nature des sources et suivant leur thermalité, suivant leur *thermalité* surtout, qui joue un rôle si considérable dans l'action modificatrice qu'elles exercent sur l'organisme.

Les sulfureuses simples et les sulfureuses chlorurées à température élevée irritent et exaspèrent presque toujours la diathèse et ses accidents pendant les deux ou trois premières années du processus.

Il y a des cas, très rares, il est vrai, où elles en atténuent et effaçent les manifestations. Comme on a remarqué que ce fait se produisait souvent chez des sujets qui avaient subi antérieurement et depuis peu un traitement mercuriel, on a supposé que l'usage des bains avait pour résultat de dissoudre le mercure emmagasiné dans les organes, de le rendre libre et apte à circuler partout et à reprendre par conséquent son action curative. A l'appui de cette manière de voir, on a même rapporté des cas d'hydrargyrisme et, en particulier, de stomatite mercurielle, survenant chez les sujets soumis à cette médication balnéaire et qui n'avaient pas pris depuis fort longtemps un atome de mercure.

Puisque, dans l'immense majorité des cas, les eaux sulfureuses thermales, loin de guérir les manifestations syphilitiques, les exaspèrent au contraire et les multiplient, il est bien évident qu'on ne doit pas les conseiller aux malades qui en sont atteints. Il faut même les interdire à ceux qui en sont récemment guéris ou qui se trouvent dans l'imminence de nouvelles poussées, ce qui a toujours lieu pendant la phase secondaire ou virulente de la maladie, c'est-à-dire pendant ses deux ou trois premières années. C'est là un précepte général. Combien ne voit-on pas de malades qui n'ont aucun besoin des eaux sulfureuses pour guérir leurs syphilis bénignes! Elles leur seraient même peut-être plus nuisibles qu'utiles.

Je n'ai en vue, pour le moment, que les syphilitiques chez lesquels la maladie évolue régulièrement et guérit avec les spécifiques, sans que leur santé éprouve aucun dommage. Plus tard, nous nous occuperons, à propos de la cure mixte, des cas qui exigent de bonne heure la balnéation thermale sulfureuse.

URETÉROTOMIE EXTERNE

AVEC CATHÉTÉRISME A DEMEURE DE L'URETÈRE (1).

Par le docteur ALBARRAN,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Le malade, qui fait le sujet de cette communication, est un homme d'une trentaine d'années qui, un an auparavant, avait eu une colique néphrétique du côté gauche avec arrêt du calcul, au niveau de l'entrée de l'uretère dans le bassin. Il se forma, à la suite, un abcès qui, ouvert chirurgicalement, se termina par une fistule donnant passage à du pus et à l'urine; de temps en temps survenaient des abcès de rétention rénale accompagnés de vives douleurs et de fièvre. Je vis le malade, il y a quatorze mois, il présentait une fistule qui s'ouvrait au-dessus de l'arcade crurale, à deux travers de doigt en dedans de l'épine iliaque. On pouvait introduire par la fistule un stylet à une profondeur de 10 centimètres et, par la palpation, on sentait une large induration phlegmoneuse dans la fosse iliaque. Il s'écoulait par la fistule une urine purulente contenant

(1) Communication faite à l'Association française de chirurgie réunie en Congrès (Lyon 1894).

7 grammes d'urée par litre, tandis que l'urine de la vessie contenait très peu de pus et 21 grammes d'urée. Par le palper, je ne sentais pas le rein gauche correspondant au côté malade.

Pensant que le rein était encore utile au point de vue fonctionnel, je résolus de le conserver, d'aller à la recherche du calcul et de rétablir la continuité de l'uretère. Par une incision courbe partant du bord externe du muscle droit et devenant verticale au niveau de l'épine iliaque, je pus me frayer un passage à travers les tissus indurés de la fosse iliaque et arriver sur le calcul qui avait perforé l'uretère. C'était un calcul urique long de 12 millimètres. Je ne pouvais songer à faire la suture de ce conduit enflammé et englobé dans des tissus fibreux et après avoir bien nettoyé ma plaie, je fis séance tenante la taille transversale dans le but d'introduire une sonde dans l'uretère. Par l'orifice vésical de l'uretère, j'introduisis d'abord une longue bougie n° 6 et successivement d'autres numéros pour dilater le conduit : ce faisant, je sentais très bien les instruments avec un doigt introduit dans la plaie iliaque. Je plaçai ensuite une sonde à bout coupé n° 11 que je fis cheminer dans l'uretère jusqu'à 20 centimètres au-dessus de l'orifice vésical; je fis quelques injections boriquées par cette sonde que je laissai à demeure en faisant sortir son extrémité extérieure par la plaie de la taille partiellement réunie. La plaie iliaque fut suturée en partie et tamponnée dans son milieu. Des expériences publiées avec le docteur Lluvio, en 1890, à la Société de biologie de Paris, et deux observations personnelles de cathétérisme à demeure de l'uretère chez la femme, m'autorisaient à agir comme je l'ai fait.

Les suites opératoires ont été très simples : pendant dix jours je laissai en place la sonde uretérale et il ne s'écoula plus une goutte d'urine par la plaie inguinale. Par une opération complémentaire, je fermai la fistule hypogastrique suite de la taille et mon malade guérit complètement. Il a repris de l'embonpoint, ne souffre pas et présente des urines presque limpides.

Cet homme ayant repris son travail, depuis six mois, et l'opération datant d'un an et deux mois, j'ai tout lieu de penser que le résultat obtenu sera définitif. Je crois aussi que ma manière de procéder, nouvelle à ma connaissance, pourra rendre des services dans un certain nombre de cas de fistules uretérales qu'on traite volontiers par l'extirpation du rein : c'est pourquoi j'en ai entretenu le Congrès.

THÉRAPEUTIQUE

A propos de l'huile de foie de morue.

Par le docteur Delmis.

Une question de thérapeutique, à laquelle l'approche de l'hiver donne une réelle actualité, est celle de l'emploi de l'huile de foie de morue.

On a beaucoup écrit sur ce sujet, et il ne semble pas que la discussion soit close, tant au point de vue de la combinaison exacte des éléments qui composent l'huile, qu'au point de vue de son action.

Tout le monde sait que c'est à Bretonneau que nous devons l'introduction, en France, de l'huile de foie de morue; après lui, ce fut Trousseau qui continua les efforts de son maître, pour en répandre l'emploi.

Les savants sont nombreux qui ont abordé l'étude complexe de ce produit; et nous avons pu voir, ces dernières années, des travaux remarquables qui n'ont pas réussi pourtant à rallier tous les suffrages. A ce sujet, nous nous permettons quelques réflexions, persuadé d'avance que, nous non plus, nous n'aurons pas la bonne fortune de contenter tout le monde.

Quelle est la meilleure huile de foie de morue à employer? Est-ce la blanche? Est-ce la blonde? Est-ce la brune? Est-ce la rouge?

A notre avis, la blanche doit être absolument mise de côté, car on ne l'obtient telle que grâce à certaines manipulations qu'il est inutile de relater ici, et qui ne peuvent qu'en détruire la composition, et partant l'action thérapeutique désirée.

La brune et la rouge devront subir le même sort, car, pas plus que la blanche, elles ne sont naturelles; elles sont obtenues (et encore pas toujours !) par expression des foies plus ou moins détériorés, plus ou moins chauffés, plus ou moins mélangés de matières étrangères en décomposition, qui leur donnent et leur couleur, et leur odeur nauséabonde.

Reste donc la blonde, ou pour mieux dire l'huile qui, n'ayant subi qu'une simple filtration, se présente avec une teinte analogue à celle de la Chartreuse, est d'une odeur franche de bon poisson, et au goût laisse une saveur que plus d'une fois nous avons entendu caractériser de *goût de noisette* par les pêcheurs de morue. C'est cette huile que ces derniers absorbent journellement avec la plus grande facilité, en quantité considérable, et sans aucun dégoût, parce qu'ils savent qu'elle est obtenue des foies frais, choisis, de bonne qualité.

Est-il bien rationnel d'admettre qu'une huile de foie de morue sera plus active, parce qu'on l'aura retirée des foies plus ou moins détériorés? L'huile, en tant que corps gras, ne renferme-t-elle pas tous ses éléments, au moment où elle sort des foies par simple tassement, et la décomposition de ces derniers serait-elle donc nécessaire pour y obtenir la présence de l'iode et du phosphore d'abord, et de tous les corps à détermination en *ine* ensuite? Nous ne le pensons pas, et nous croyons intempestif de faire absorber aux malades des huiles de goût et d'odeur plus ou moins désagréables, de composition douteuse, qui ne peuvent qu'impressionner défavorablement des estomacs et des intestins déjà mal disposés.

On a prétendu que l'huile de foie de morue pouvait être remplacée par d'autres corps gras, des séries animale ou végétale; mais il n'en est rien. Cette huile agit comme corps gras renfermant NATURELLEMENT de l'Iode, du Phosphore, de l'Acide phospho-glycérique, de la Lécithine, etc. etc.; c'est grâce à cette composition chimique complexe et NATURELLE que l'huile possède ses propriétés, d'être un aliment et un agent de stimulation, et, par suite, un agent de reconstitution par excellence. Nous insistons sur le mot NATUREL; car, nous pensons que, surtout en ce moment, la nature est le préparateur le plus sûr, et que les remèdes qu'elle met à notre disposition défient, par leur action, la synthèse la plus habile. Les eaux minérales naturelles et artificielles n'en sont-elles pas un exemple frappant?

Tous, nous le croyons, admettent l'action favorable de l'huile de foie de morue; c'est le seul point, peut-être, sur lequel les avis soient conformes. La plus grande difficulté, dans l'emploi de ce médicament, est de le faire accepter des malades, petits et grands. Bien des mélanges ont été préconisés; mais aucune préparation ne nous semble aussi rationnelle que l'*Émulsion Saint-André, chlorurée sodique*, de M. Codron, pharmacien à Paris.

Ce n'est pas un liniment oléo-calcaire! De l'huile de foie de morue, de qualité supérieure, — du jaune d'œuf, — du sel marin, — tels sont les éléments naturels de cette Émulsion, que le préparateur a su rendre aussi agréable que possible.

Tout en changeant l'aspect de l'huile, point considérable déjà, M. Codron a su y ajouter des principes qui ne peuvent qu'en augmenter l'action et en assurer la bonne conservation.

Nous avons pu constater, pendant le cours de l'été qui vient de s'écouler, la facilité avec laquelle les malades, enfants ou adultes, absorbaient cette Émulsion, et la digéraient sans éprouver les inconvénients trop fréquents qui, se produisent du côté de l'estomac et des intestins. Entre autres cas, nous citerons celui d'un enfant de deux ans qui, sans interruption, a pris chaque jour trois grandes cuillerées à bouche d'Émulsion Saint-André; le petit malade l'a supportée admirablement; l'appétit, loin de diminuer, n'a fait qu'augmenter, et une amélioration considérable fait espérer la guérison complète de l'état de rachitisme, dans lequel il se trouvait.

De semblables résultats méritent d'être pris en considération; et voilà pourquoi nous ne craignons pas de venir signaler à nos confrères l'*Émulsion Saint-André*, qui leur permettra un emploi général et facile de l'huile de foie de morue, médication répugnant à nombre de malades.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 23 octobre 1894. — Présidence de M. Rochard.

CORRESPONDANCE

La correspondance comprend des lettres de candidature de MM. Terrillon, pour la section de médecine opératoire, et Coni, pour le titre de correspondant étranger.

LECTURES

Le surpeuplement des habitations à Paris et à l'étranger. — M. J. Bertillon fait une lecture sur le degré de surpeuplement des habitations à Paris et dans les principales villes de l'Europe.

Il ne suffit pas, pour faire une statistique de l'habitation, de savoir combien il existe de logements de telle et telle valeur, ni combien il y a de logements composés de tel et tel nombre de pièces, il faut surtout savoir combien il y a d'habitants dans chacune de ces catégories de logements. Cette recherche, qui est faite depuis un certain temps déjà en Allemagne, en Autriche, en Russie et dans quelques autres pays, la Ville de Paris l'a entreprise au moment du dernier recensement sur la proposition de M. Bertillon.

On arrive ainsi à trouver dans le système fiscal de la Ville de Paris de singulières anomalies. On sait que la Ville exempte très généreusement d'impôt mobilier les logements valant moins de 500 francs de loyer (c'est-à-dire qu'on fait payer par les autres contribuables l'impôt de ces logements); cependant, lorsqu'un individu vivant seul occupe deux pièces à lui tout seul, peut-on dire que son faible loyer est un indice de pauvreté? Évidemment non; la seconde pièce qu'il occupe est pour lui une sorte de luxe et prouve amplement qu'il peut payer; et pourtant, c'est en raison même de ce logement, trop grand pour lui, qu'il est dispensé d'impôt aux dépens des autres. M. Bertillon établit que sur 523596 logements exemptés d'impôt, il y en a environ 400000 qui, en raison du peu d'habitants qu'ils contiennent, ne sont pas indice de pauvreté.

Au contraire, il y a un certain nombre de logements plus considérables, qui sont surpeuplés; c'est le cas, par exemple, lorsqu'un logement de trois pièces est occupé par sept, huit ou dix personnes et davantage encore. La conclusion de ce qui précède est que l'on devrait tenir compte, pour le calcul de l'impôt, non seulement du montant du loyer, mais aussi du nombre de personnes qui vivent dans le logement.

M. Bertillon estime qu'un logement est encombré ou *surpeuplé* lorsque le nombre de ses habitants dépasse le double du nombre de pièces qui composent ce logement. A ce compte, il y a à Paris 332000 personnes, soit 14 p. 100 de la population, qui sont d'encombrement, aux dépens de l'hygiène et même de la morale.

Naturellement cette proportion varie beaucoup d'un arrondissement à l'autre. Si l'on dresse la carte de l'encombrement à Paris, on trouve que cette carte ressemble absolument à la carte de la mortalité. Les maladies transmissibles, et notamment la plus terrible de toutes, la phtisie, sont beaucoup plus répandues dans les arrondissements où le surpeuplement des logements est fréquent que dans ceux où il est rare. Ce résultat, sans doute, est complexe; cependant sa principale cause s'explique d'elle-même.

Plus les familles sont nombreuses, plus il est fréquent de les voir souffrir d'encombrement. Ici, encore, nos lois fiscales les frappent injustement, au profit des familles les moins nombreuses.

Une partie importante de la population de Paris souffre donc de surpeuplement. On ne peut comparer, ici, Paris aux grandes villes de province, puisque cette recherche n'a été faite que dans la capitale. Mais on peut comparer Paris aux grandes villes étrangères.

Disons-le tout de suite : si les Parisiens sont trop souvent mal logés, les habitants de Berlin, de Vienne, de Budapest, de Saint-Pétersbourg, de Moscou et probablement aussi (d'après des statistiques incomplètes) ceux de Londres, le sont beaucoup plus mal encore.

A Paris, l'homme le plus pauvre a un logement à lui; nous ne connaissons pas ici les *schaflente*, si nombreux dans les villes étrangères, c'est-à-dire ces malheureux qui louent un lit (et quelquefois une portion de lit ou simplement un coin de chambre) dans le logement occupé par la famille d'un autre malheureux. Nous ne connaissons pas les logements dans les caves (ou plus exactement dans le soul-sol) que l'on trouve en assez petit nombre dans les Flandres et qui sont très fréquents dans les villes allemandes et notamment à Berlin, à Vienne et à Budapest, où on les trouve dans le centre même de la ville.

Quant au surpeuplement, il est bien plus fréquent dans ces villes qu'il ne l'est à Paris. Voici quelques chiffres que M. Bertillon n'a, d'ailleurs, présentés qu'avec des réserves, car les différences de définition rendent les statistiques difficiles à comparer. A Paris, 14 p. 100 de la population souffre d'encombrement; à Berlin, cette proportion s'élève à 28; à Saint-Pétersbourg, à 46; à Moscou, à 31; à Vienne, à 28; enfin, à Budapest, le surpeuplement est encore plus fréquent et 71 p. 100 des habitants de cette ville, pourtant si monumentale et si belle, vivent dans un fâcheux état de promiscuité.

Mais le fait que les autres souffrent plus que nous ne doit pas nous faire fermer les yeux sur le malheur de nos propres concitoyens. « Une meilleure répartition de l'impôt serait, dit M. Bertillon, un acte de justice, mais ne serait qu'un palliatif au mal. Il faudrait surtout favoriser la construction de maisons ouvrières rendant moins difficile et moins dangereuse pour les intérêts du propriétaire la gestion de ces maisons. »

La variole supprimée à Paris depuis près de deux mois, grâce à des revaccinations multiples. — M. Hervieux rappelle que, l'année dernière, en juillet 1893, il existait une épidémie de variole; à l'époque actuelle, Paris est, depuis sept semaines, sans un seul cas de variole. Voilà quinze ans que pareil fait ne s'est produit.

Il faut attribuer ce résultat à l'application du système des revaccinations, pratiquées dans l'un des nombreux services

de vaccination organisés dans Paris, grâce à l'activité et au zèle intelligent déployés par M. Martin, inspecteur général de l'assainissement. L'Académie, de son côté, y a contribué par une large distribution des tubes de vaccin, par ses séances supplémentaires de vaccination.

C'est à la vaccine animale qu'il faut attribuer la prompte cessation du mouvement épidémique. Cette vaccine permettra toujours de multiplier les opérations vaccinales, ce qui n'est guère possible avec le vaccin humain.

Pathogénie et traitement de la grippe. — M. MOSSÉ lit un travail sur la pathogénie et le traitement de la grippe, dont voici les conclusions :

A. *Partie expérimentale.* — 1° Des lapins inoculés avec du du sang de malades influenzés, puis soumis à des injections sous-cutanées de quinine, ont, quatre fois sur six, parfaitement supporté l'inoculation, qui rendait pourtant très malades des lapins témoins;

2° Des lapins inoculés avec des cultures pures de microbes de Pfeiffer, communiquées par M. Roux, ont supporté parfaitement cette inoculation quand ils avaient été préalablement soumis aux injections sous-cutanées de quinine. Au contraire, sur trois lapins témoins, deux sont morts;

3° L'ensemencement sur gélatine du sang d'homme influenzé naturellement n'a jamais donné de culture du bacille pathogène, mais une fois du pneumocoque et une fois du staphylocoque. Le sang des animaux expérimentalement influenzés n'a donné de culture du bacille spécifique qu'une seule fois; elle était peu vigoureuse et pas du tout virulente.

B. *Partie clinique.* — Au point de vue clinique, M. Mossé a donné aux influenzés des doses variables de quinine; il arrive aux conclusions suivantes :

1° Comme médicament prophylactique, l'emploi de la quinine et du quinquina semble justifié ;

2° Comme médicament abortif, la quinine peut et doit être prescrite à doses élevées ;

3° Si des infections secondaires graves se réalisent, et particulièrement des infections pneumococciques, les injections hypodermiques de quinine sont indiquées.

COMMUNICATION

Bicyclette et albuminurie. — M. ALBERT ROBIN relate l'observation d'un homme atteint de gravelle urique et oxalique chez lequel, à la suite d'un usage modéré de la bicyclette, les dépôts urinaires diminuèrent notablement.

Les analyses d'urine qui furent pratiquées avant, pendant et après l'usage modéré de la bicyclette (trois quarts d'heure chaque matin sur un terrain plat et uni), dénotèrent une diminution notable de l'acide urique, qui est tombé de 10,46 à 0,67; les autres principes de l'urine n'ont subi que des variations insignifiantes.

Cette diminution n'est pas le résultat d'un défaut d'élimination, car l'excrétion d'acide urique est la même à la période de repos et à la période d'exercice. Il y a donc véritablement diminution dans la formation de l'acide urique.

M. Albert Robin communique ensuite l'observation d'un homme de quarante-quatre ans, athéromateux, qui présentait depuis près d'un an des traces d'albumine dans l'urine et qui est probablement atteint d'une sclérose rénale commençante; sous l'influence d'un usage modéré de la bicyclette, l'albumine s'accrut. La bicyclette doit donc être déconseillée aux personnes qui ont des traces d'albumine dans l'urine.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons le profond regret d'annoncer la mort de M. le docteur Legroux, agrégé, médecin de l'hôpital Trousseau, décédé le 23 octobre 1894. Ses obsèques auront lieu jeudi 25 courant à midi très précis à Saint-Germain-l'Auxerrois.

On se réunira à la maison mortuaire, 178, rue de Rivoli.

— M. le docteur Roux est promu au grade de commandeur de la Légion d'honneur. Ses collaborateurs, MM. Martin et Chaillou, Mme Daussoir, surveillante du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Assistés, sont nommés officiers d'Académie. Mme Gigot, surveillante du pavillon des diphtériques de l'hôpital Trousseau, a reçu la médaille d'or des épidémies.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Paris s'est ouvert aujourd'hui mercredi. Les candidats ont eu à traiter par écrit la question suivante : « Voies biliaires intra et extra-hépatiques. — Symptômes et complications de la lithiase biliaire. »

Questions restées dans l'urne : « Testicule. Orchites infectieuses. — Veine-porte. Complications du diabète. »

— Par arrêté ministériel, en date du 22 octobre 1894, deux concours s'ouvriront le 24 avril 1895, devant l'École de médecine de Nantes, pour les emplois de chefs des travaux de physique et d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. le docteur Lavergne est institué chef de clinique obstétricale.

M. le docteur Poujol est institué chef des travaux d'anatomie pathologique et d'histologie.

Sont nommés aides-préparateurs : MM. Dallest, Batailler, Gaudibert et Ardin-Delteil.

Sont nommés aides de clinique : MM. Pascal et Coulouma.

M. Grynfelt est nommé aide d'anatomie.

M. Moitessier, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Voinot est nommé chef des travaux d'anatomie pathologique.

MM. Michel et Martinot sont nommés préparateurs de chimie.

M. Steinmetz est délégué dans les fonctions de chef des travaux pratiques de chimie.

— CHEMIN DE FER D'ORLÉANS. — *Fête de la Toussaint* (1er *novembre* 1894). — *Extension de la durée de validité des billets d'aller et retour.* — A l'occasion de la Fête de la Toussaint, les billets d'aller et retour, à prix réduits, qui auront été délivrés aux conditions du tarif spécial G. V. n° 2, du mardi 30 octobre inclus au vendredi 2 novembre inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du lundi 5 novembre.

Les billets de même nature conserveront la durée de validité déterminée par ledit tarif lorsqu'elle expirera après le 5 novembre.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Billets d'aller et retour collectifs pour stations hivernales.* — Il est délivré du 15 octobre au 15 avril, dans toutes les gares du réseau P.-L.-M., sous condition d'effectuer un parcours minimum de 300 kilomètres, aller et retour, aux *familles d'au moins quatre personnes* payant leur place entière et voyageant ensemble, des billets d'aller et retour collectifs de 1re, 2e et 3e classes, pour les stations hivernales suivantes : Hyères et toutes les gares situées entre Saint-Raphaël, Grasse, Nice et Menton inclusivement.

Le prix s'obtient en ajoutant au prix de six billets simples ordinaires le prix d'un de ces billets pour chaque membre de la famille en plus de trois.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 125. — SAMEDI 27 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 27 OCTOBRE 1894. — N° 125.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 22 octobre 1894, deux concours s'ouvriront le 28 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Bordeaux, pour les emplois de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie, de pathologie et clinique chirurgicale et obstétricale, à l'École de médecine de Poitiers.

— Un concours s'ouvrira le 28 avril 1895, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires d'anatomie et physiologie à l'École de médecine de Besançon.

— *École de médecine d'Amiens.* — Sont nommés préparateurs : de chimie, M. Joron ; de physique, M. Thévenart ; d'histoire naturelle, M. Cauët; de pharmacie, M. Landrieu.

— *École de médecine de Caen.* — M. Catois est nommé professeur d'histologie.

— *École de médecine de Clermont.* — M. Planchard, suppléant, est chargé d'un cours de clinique obstétricale et gynécologie.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Berger est nommé directeur honoraire.

M. Bordier est nommé directeur de l'École.

M. Labatut, suppléant, est chargé d'un cours de chimie et toxicologie.

— *École de médecine de Rouen.* — M. Leudet est nommé professeur d'histologie.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs A. Desmares (de Bayeux), Dumont-Porcelet (de Paris), H. Impens (de Schaerbeek), Verchels (de Menin).

— Chemin de fer d'Orléans. — *Excursions en Touraine, aux châteaux des bords de la Loire et aux stations balnéaires de la ligne de Saint-Nazaire au Croisic et à Guérande.* — La Compagnie du chemin de fer d'Orléans délivre des billets pour les deux itinéraires suivants :

Premier itinéraire (1re classe, **86** fr.; 2e classe, **63** fr.; durée, **30 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais, Saumur, Angers, Nantes, Saint-Nazaire, Le Croisic, Guérande et retour à Paris, *vid* Blois ou Vendôme, ou par Angers, *vid* Chartres, sans arrêt sur le réseau de l'Ouest.

Nota. — Le trajet entre Nantes et Saint-Nazaire peut être effectué, sans supplément de prix, soit à l'aller, soit au retour, dans les bateaux de la Compagnie de la Basse-Loire.

La durée de validité de ces billets peut être prolongée une, deux ou trois fois de 10 jours, moyennant paiement, pour chaque période, d'un supplément de 10 p. 100 du prix du billet.

Deuxième itinéraire (1re classe, **54** fr.; 2e classe, **41** fr.; durée, **15 JOURS**). — Paris, Orléans, Blois, Amboise, Tours, Chenonceaux et retour à Tours, Loches et retour à Tours, Langeais et retour à Paris, *vid* Blois ou Vendôme.

En outre, il est délivré, à toutes les gares du réseau d'Orléans, des billets aller et retour comportant les réductions prévues au tarif spécial G. V. n° 2, pour des points situés sur l'itinéraire à parcourir, et *vice versâ*.

Ces billets sont délivrés toute l'année : à Paris, à la gare d'Orléans (quai d'Austerlitz) et aux bureaux succursales de la Compagnie, et à toutes les gares et stations du réseau d'Orléans, pourvu que la demande en soit faite au moins trois jours à l'avance.

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1893-1894.

524. M. Nagib Edde. Instrumentation de M. Boissard pour provoquer l'accouchement prématuré. — 525. M. Vanderhagen. Étiologie, pathogénie et traitement des déviations utérines. De l'élythrotomie interligamentaire suivie du massage pour le traitement de certaines formes de ces déviations. — 526. M. Rivet. Essai sur les hernies de l'appendice vermiculaire. — 527. M. Coursier. Traitement des cystites chroniques rebelles chez la femme. — 528. M. Javey. Tumeurs malignes des paupières considérées principalement au point de vue de leur traitement. — 529. M. Guyard. Étude sur la phtiriase palpébrale. — 530. M. Daum. La bactériologie de l'impétigo. — 531. M. Floch. Contribution à l'étude de l'occlusion intestinale. — 532. M. Grelich. Les infections d'origine nasale. — 533. M. Ortiz. Fièvre typhoïde apyrétique. — 534. M. Marion. Contribution à l'étude des affections de l'amygdale linguale et, plus spécialement, de l'amygdalite linguale aiguë. — 535. M. Lireux. Contribution à l'étude des ictères épidémiques. — 536. M. Guérin. Contribution à l'étude du traitement du myxœdème. — 537. M. Blot. Abcès chroniques de la cavité de Retzius d'origine uréthrale. — 538. M. Lepetit. De la cholédocotomie. — 539. M. Estieu. De l'ozène et de son traitement par le nitrate d'argent et le chlorure de zinc. — 540. M. Clervoy. Contribution à l'étude clinique des fractures des mâchoires. — 541. M. Malfuson. Déformation du poignet d'origine probablement rachitique. — 542. M. Pignolet de Fresne. Du rétrécissement du diamètre antéro-postérieur au détroit inférieur. — 543. M. Robert. De l'accouchement par la face et, en particulier, de l'intervention dans la mento-postérieure. — 544. M. Anselme. De la délivrance incomplète dans l'avortement et de son traitement. — 545. M. Vienne. Contribution à l'étude des hernies ombilicales congénitales et de leur traitement.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de l'entérite muco-membraneuse.

Par le docteur Albert Mathieu,
Médecin des hôpitaux.

L'entérite muco-membraneuse est une affection extrêmement fréquente, surtout chez les femmes, dans ses formes les plus bénignes et son degré le plus léger, elle passe alors facilement inaperçue; les malades ne la mentionnent pas, soit parce qu'ils n'ont pas suffisamment examiné leurs selles, soit parce qu'on ne les interroge pas spécialement dans ce sens. C'est cependant un élément morbide que le médecin ne doit pas négliger sans s'exposer à commettre des erreurs d'interprétation ou à laisser s'accentuer, devenir grave et très rebelle, sinon complètement incurable, un état morbide que des soins plus hâtifs auraient peut-être fait facilement disparaître.

M. Gaston Lyon a donné, dans la *Gazette des hôpitaux*, une bonne étude sur l'entérite muco-membraneuse (1). Il n'y a rien à reprendre ni a ajouter à l'exposé qu'il en a fait au point de vue de l'historique et de la description séméiologique. Nous y renverrons le lecteur; il y trouvera des développements que nous ne donnerons pas ici, pour ne pas faire double emploi. Nous dirons brièvement quels sont les formes et les degrés de la maladie que l'on doit admettre, mais nous nous bornerons à un exposé sommaire dont le but sera surtout de fournir des points de repère pour la thérapeutique. C'est, en effet, du traitement que nous voulons avant tout nous occuper dans la présente Revue, cherchant ainsi à compléter celle de notre collaborateur qui n'a fait qu'indiquer la thérapeutique en quelques paragraphes.

Malheureusement, nous ne pouvons pas, pour les formes graves tout au moins, faire connaître des formules et des médications d'un succès certain. Cependant, depuis quelques années, de nouvelles méthodes ont été proposées, quelques éléments physiologiques de la maladie ont été plus nettement mis en lumière, et si l'on ne peut pas formuler un traitement susceptible de guérir sûrement les malades dans tous les cas, on peut, du moins, indiquer ce qu'il est logique de faire, dans l'état actuel de nos connaissances, avec le moins de chances de nuire et le plus de chances d'obtenir, sinon la guérison, au moins une amélioration sensible.

La question de l'entérite muco-membraneuse est, qu'il nous soit permis de le dire, une de celles qui nous ont le plus intrigué et préoccupé depuis plusieurs années, et notre but est, en somme, d'exposer quelle idée nous nous faisons du traitement de cette maladie à l'heure actuelle, en tenant compte des travaux publiés par les autres auteurs et de notre propre expérience.

I

Formes cliniques de la colite muco-membraneuse. — L'entérite muco-membraneuse, qui serait plus exactement appelée colite muco-membraneuse, puisque l'intestin grêle ne paraît pas prendre part à l'affection, est caractérisée par le rejet par l'anus de mucosités plus ou moins épaisses, ou de fausses membranes plus ou moins étendues, constituées surtout par du mucus concrété. On y trouve aussi, d'après les recherches récentes, des débris épithéliaux, une certaine quantité d'albumine, mais pas de fibrine.

Parfois ce sont des glaires plus ou moins mousseuses au moment de leur émission, des glaires comparées souvent à du blanc d'œuf cru ou à du frai de grenouille; parfois ce sont des amas d'un blanc jaunâtre rappelant un peu le blanc d'œuf cuit dur, des pellicules blanchâtres, des membranes aplaties plus ou moins allongées. Quand elles sont plates et étendues, elles peuvent prendre l'aspect du tænia, du lombric quand elles sont arrondies. Plus rarement elles sont tubulées; leur calibre est alors, en général, beaucoup plus restreint que celui de l'intestin, même de l'intestin grêle. Pour l'expliquer, on a invoqué une rétraction due à la dessiccation : peut-être faut-il y voir plutôt la conséquence du resserrement spasmodique de l'intestin dont nous parlerons plus loin.

La coïncidence ou la succession, chez le même malade, des différentes modalités physiques des productions muco ou mucino-membraneuses indique nettement qu'elles sont de même nature, qu'elles correspondent à la même affection. On peut distinguer les faits et les classer d'après l'aspect de ces productions, mais c'est là un point de repère infidèle, puisque cet aspect est sujet à des variations étendues chez le même malade, suivant qu'on le considère à telle ou telle période de son existence, à telle ou telle phase de sa maladie.

Toute classification de faits biologiques est, par quelques côtés, fautive; la suivante n'échappe pas à cette règle : elle peut avoir cependant son utilité. On peut admettre, pour la colite muco-membraneuse, les formes cliniques suivantes :

Forme commune;
Crises aiguës ou subaiguës, dysentériformes ou typhoïdes;
Forme continue grave.

Forme commune. — La colite muco-membraneuse, dans ses formes bénignes, est d'une fréquence extrêmement grande. C'est le corollaire commun de la constipation chez la femme. Souvent, elle se présente seulement lorsque la constipation a été plus prolongée que d'habitude; l'expulsion des matières est suivie du rejet d'une petite quantité de mucosités, elles sont comme vernissées par le mucus dont on trouve assez souvent de petites masses incluses dans la matière elle-même. D'autres fois encore, le boudin fécal est comme enrobé d'une substance jaune opaque; on trouve de petits fragments de membranes plus ou moins noyés dans les mucosités; çà et là de petites masses semblables à du frai de grenouilles.

Quand la constipation diminue, les glaires et les fausses membranes diminuent elles-mêmes; mais il y a parfois des périodes d'exacerbations plus ou moins accentuées.

Souvent la colite muco-membraneuse se rencontre chez des dyspeptiques gastro-intestinaux; elle n'est pas rare chez les neurasthéniques; elle s'accompagne volontiers de flatulence.

Crises aiguës ou subaiguës, dysentériformes ou typhoïdes. — Certains malades sont sujets à des crises aiguës ou subaiguës, quelquefois fort pénibles. Sous l'influence d'une imprudence alimentaire, du refroidissement, du surmenage, de travaux intellectuels excessifs, ils sont pris de coliques, de douleurs abdominales plus ou moins vives.

(1) G. Lyon. *Gaz. des hôpit.*, 11 mai 1889.

Quelquefois ils ont des envies fréquentes, des épreintes, du ténesme anal; les matières sont constituées surtout par des mucosités, des membranes semblables à de la lavure de chair, des glaires sanglantes; les matières fécales elles-mêmes ne sont représentées que par de petites boules ovillées ou des fragments de boule, ce qui caractérise la constipation réelle derrière la diarrhée apparente : c'est parfois très exactement le tableau de la dysenterie, et la confusion a été souvent faite. Parfois même, comme dans la dysenterie vraie, il y a de la dysurie, des épreintes vésicales. Cette forme a été parfaitement décrite par Lasègue qui en a bien vu la véritable nature.

Quelquefois il y a de la fièvre, des phénomènes d'embarras gastrique accentués : langue sale, céphalalgie, courbature générale, l'analogie avec un début de fièvre typhoïde peut être assez grande. La nature des selles a, dans l'espèce, une grande importance pour le diagnostic. L'élévation de température peut être considérable : 39 et 40 degrés. Les douleurs abdominales sont souvent vives, elles sont localisées au niveau de l'ombilic ou suivant le trajet du gros intestin; la palpation provoque de la douleur dans les mêmes régions. Il y a des débâcles successives de glaires et de fausses membranes plus ou moins délayées dans les mucosités.

Ces poussées aiguës ou subaiguës ont une durée assez variable, de quelques jours à plusieurs semaines. Elles se montrent à des intervalles très irréguliers; certains malades n'ont qu'une ou deux de ces poussées dans leur vie; d'autres en présentent fréquemment, plusieurs chaque année.

Forme continue grave. — Dans la forme continue grave, il y a constamment des muco-membranes en plus ou moins grande quantité dans les selles. Il y a des exacerbations successives, séparées par des rémissions incomplètes. Les malades ont des douleurs abdominales souvent vives : des coliques, des sensations de constriction, de brûlure, de tortillement qui subissent une recrudescence marquée trois ou quatre heures après les repas. Certains malades sont surtout tourmentés la nuit : ils sont réveillés vers minuit ou deux heures du matin par leurs crises douloureuses. Souvent aussi ils ont un état nauséeux; cet état de nausée n'est parfois chez eux qu'une perversion des sensations de faim ou des besoins d'aller à la selle. Ils maigrissent, leur peau prend une teinte terreuse, on les prend quelquefois pour des cancéreux ou des tuberculeux.

Ils tendent à s'absorber dans la contemplation de leur maladie; ils deviennent de plus en plus névropathes, de plus en plus hypocondriaques. Ils présentent des phénomènes neurasthéniques de plus en plus accentués. Ils finissent par perdre toute confiance dans leur guérison; ils se montrent plus ou moins bizarres, plus ou moins capricieux et superstitieux pour ce qui concerne leur alimentation, leur traitement. Quelques-uns même, j'en ai vu, finissent par se confiner à la chambre et par ne plus vouloir quitter le lit ou la chaise longue.

Tous les intermédiaires peuvent être observés entre les formes légères, bénignes, dans lesquelles la constipation est le phénomène le plus accentué, et les cas graves dans lesquels la sécrétion muco-membraneuse et les phénomènes directs ou indirects, dus à la colite, l'emportent notablement sur le simple phénomène constipation, et sur les autres manifestations de dyspepsie gastro-intestinale.

Tous ces malades sont d'une façon générale des constipés; ils peuvent bien avoir de temps en temps de vraies débâcles diarrhéiques, mais, le plus souvent, on rencontre dans leurs déjections des fragments de matières ovillées, ou des scybales en forme de bille qui sont la signature de la stase fécale. Nous reviendrons tout à l'heure sur cette constipation et nous montrerons qu'il s'agit, le plus souvent, d'une constipation *spasmodique*, notion qu'il ne faut pas perdre de vue pour le traitement.

Portée à son degré le plus élevé, sous sa forme chronique continue, l'entérite muco-membraneuse devient une maladie grave, une infirmité très difficilement curable. Il importe donc de ne pas la laisser atteindre ce degré, de la dépister de bonne heure dans ses formes légères, pour la combattre avec succès.

Les indications thérapeutiques peuvent être fournies par l'étiologie et par l'analyse des éléments morbides : nous allons puiser successivement à ces deux sources d'information.

II

Indications fournies par l'étiologie et la séméiologie. — L'entérite muco-membraneuse est le plus souvent, sinon toujours, la conséquence de la constipation; elle est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme, peut-être tout simplement parce que la femme est plus souvent constipée et qu'elle est plus insouciante de sa constipation; elle est aussi plus nerveuse.

Les diverses maladies de l'appareil utéro-ovarien y prédisposent encore, soit en favorisant la constipation, soit en donnant lieu à la propagation de l'inflammation au rectum, par voisinage, et en exagérant la tendance névropathique.

Les hémorroïdes se rencontrent assez souvent en même temps que la constipation dont elles sont à la fois cause et effet; elles sont la conséquence des efforts que nécessite la pénible expulsion des matières et elles aggravent la constipation par l'obstacle mécanique qu'elles apportent à la défécation.

L'entérite muco-membraneuse va souvent de pair avec la dyspepsie gastro-intestinale; les neuro-arthritiques et les individus de souche névropathique y sont certainement prédisposés. On la voit coïncider avec les diverses formes de la dyspepsie stomacale, qu'elle vient aggraver; avec la névropathie, qu'elle tend également à exagérer : c'est une série de cercles vicieux.

Le surmenage nerveux par travaux intellectuels excessifs, par émotions vives, répétées, en est souvent la cause, la cause occasionnelle tout au moins.

M. Glénard a très justement signalé cette affection chez les malades atteints d'entéroptose. Nous l'avons vue assez souvent chez les femmes atteintes de rein mobile. Les ptoses viscérales nous paraissent agir là surtout par voie réflexe et cet élément pathogénique peut être invoqué aussi à propos de la coïncidence remarquée des lésions utéro-ovariennes et de la colite muco-membraneuse.

De ces données peuvent résulter une série d'indications thérapeutiques sur lesquelles nous aurons à revenir.

Si l'on se place au point de vue séméiologique, on rencontre encore un certain nombre d'éléments dont il faut savoir tenir compte pour l'intervention thérapeutique. L'analyse physiologique de l'ensemble morbide fournit aussi des indications d'une grande importance.

Les malades qui présentent de l'entérite muco-membraneuse sont atteints de *constipation*; ils offrent tous des conditions favorables à une *auto-intoxication* en rapport avec les processus d'*infection colique*; leur gros intestin, en vertu d'une inflammation superficielle de sa muqueuse ou peut-être d'une irritation névropathique particulière, fournit une *sécrétion pathologique*, qui semble appeler l'intervention d'une médication topique susceptible de la modifier et de la ramener à la normale; il convient, pour diminuer l'irritation locale, de prescrire une *alimentation* et une hygiène particulière; il faut chercher à calmer les *sensations douloureuses* parfois si pénibles; il faut, dans la mesure du possible, modifier l'*état général* et, enfin, combattre les *complications* qui peuvent se présenter. Nous allons successivement examiner ces divers ordres d'indications et dire la façon dont, dans l'état actuel de nos connaissances, il nous paraît convenir le mieux de les remplir.

1° *Combattre la constipation.* — On peut dire que, en dehors des crises, des débâcles passagères, la constipation est un phénomène presque constant dans la séméiologie de l'entérite muco-membraneuse. Assez souvent, il paraît y avoir diarrhée, en réalité, il y a constipation et la diarrhée, lorsqu'elle existe réellement, n'est, dans la grande majorité des cas, qu'un phénomène passager, un incident au cours d'un processus morbide de durée très longue.

Cette constipation se révèle dans les formes graves par l'apparition de scybales ovillées ou de fragments plus ou moins irréguliers de billes fécales.

D'après Fleiner, il faudrait distinguer deux variétés de constipation : la constipation passive, par atonie, et la constipation par spasme de l'intestin (1).

La constipation atonique se rencontrerait chez des jeunes gens de vie trop sédentaire, mais elle serait surtout l'apanage des vieillards ; elle est la conséquence d'une paresse motrice de l'intestin; c'est un simple trouble fonctionnel, plus que la conséquence d'une maladie proprement dite.

La constipation spasmodique consiste dans la rétention de matières fécales dures par un véritable spasme, une véritable contracture de l'intestin, ou, pour mieux dire, du côlon. La caractéristique serait l'apparition de selles moulées d'un petit calibre, comme filées, d'un diamètre qui ne dépasse pas celui du doigt ou d'un crayon ; parfois aussi, comme dans l'entérite muco-membraneuse, il y aurait des matières arrondies, ovillées, semblables à de petites billes ou à des noisettes.

Il y aurait souvent alternative d'atonie et de spasme sur des segments différents de l'intestin, succession de zones contracturées et de zones relâchées.

Il ne paraît pas douteux que le spasme invoqué par Fleiner ne soit chose réelle et assez fréquente dans la dyspepsie intestinale ou gastro-intestinale; ce spasme, seul ou mélangé à l'atonie, a été invoqué depuis assez longtemps déjà par un certain nombre d'auteurs parmi lesquels nous réclamons d'être rangé (2). M. Glénard a eu le mérite d'attirer l'attention d'une façon toute particulière sur l'existence d'un resserrement du gros intestin qui lui fait prendre, à la palpation, l'aspect d'une corde (corde colique ascendante, transverse, descendante). Il en fait un signe rationnel d'entéroptose : cette interprétation est très contestable; le fait n'en reste pas moins très réel et très intéressant.

Or, dans l'entérite muco-membraneuse, non seulement on rencontre la corde colique, elle occupe des segments plus ou moins étendus du gros intestin, mais les parties contracturées sont souvent douloureuses à l'exploration, ce qui est un nouvel argument en faveur d'un spasme. Il y en a un autre encore : on a remarqué depuis longtemps que les fausses membranes rejetées pouvaient avoir l'aspect d'un véritable cylindre ; or, ce cylindre est ordinairement très inférieur comme diamètre au diamètre normal de l'intestin dans lequel il a pris naissance. On a dit qu'il y avait rétraction par dessiccation. Est-il vraisemblable que la dessiccation dans l'intestin puisse être poussée si loin ? N'est-il pas plutôt à croire que si les tubes sont d'un diamètre si restreint, c'est qu'ils ont pris naissance dans un segment de l'intestin contracté et revenu sur lui-même?

Il nous semble donc que l'on doit considérer comme acquis que, dans les formes un peu accentuées de l'entérite muco-membraneuse tout au moins, il y a spasme du côlon.

Cependant on voit quelquefois, à des périodes de spasme, succéder des périodes d'atonie. Le gros intestin est alors distendu par les gaz et cette distension coïncide souvent avec la distension gazeuse de l'estomac et quelquefois même de l'estomac et de l'intestin grêle. Il y a alors un degré plus ou moins accentué de dilatation tympanique de l'abdomen.

Dans ces conditions, le massage est un excellent moyen de lutter contre la constipation. La façon dont on la combattra dans l'entérite muco-membraneuse variera du reste d'après la nature et l'intensité des cas observés. Dans les cas légers, lorsque la constipation est le phénomène principal, qu'il n'y a guère dans les selles qu'une certaine quantité de glaires, mais avec fort peu de fausses membranes, que les selles, quoique dures, ou tout au moins moulées, ne seront pas divisées en billes ou en fragment de billes ovillées, il suffira quelquefois d'un régime plus rationnel aidé de moyens laxatifs très simples pour ramener les choses à l'état normal. La vie au grand air, l'exercice, une alimentation plus riche en légumes et en fruits, pourront suffire pour faire disparaître du même coup et la constipation et la sécrétion muqueuse. Cet heureux résultat est facilement obtenu chez les enfants, même lorsqu'ils ont eu des poussées assez intenses de colite.

On pourra user aussi des laxatifs doux : poudre de réglisse composée, magnésie, crème de tartre, soufre précipité en quantités égales, podophyllin, évonymin, cascara sagrada.

On pourra se servir également des lavements à l'eau bouillie tiède, à l'eau glycérinée, des lavements huileux, des ovules et des suppositoires glycérinés.

On se défiera un peu plus du tamar qui nous a paru quelquefois augmenter la sécrétion glaireuse. On exclura en tout cas les drastiques et l'aloès. Le sené, d'après M. Sée, aurait d'excellents effets, nous y reviendrons.

On a vanté aussi les préparations mercurielles. « On trouvera aussi avantage à administrer le mercure comme laxatif, soit sous forme de pilules bleues, de calomel, ainsi que le recommandait Blondeau, soit sous forme de solution de bichlorure de mercure, ainsi que le voulait H. Guéneau

(1) Fleiner. *Berlin. klin. Wochens.*, 1893, nº 3, p. 60, et nº 4, p. 93.
(2) G. Sée et A. Mathieu. Dilatation de l'estomac, *Rev. de méd.*, 1884. — Cherchewski. *Rev. de méd.*, 1883.

de Mussy; on en donnera alors deux fois par jour II ou III gouttes d'une solution au centième » (Potain).

Dans ces cas légers, simples, le massage donne souvent de bons résultats; il peut s'allier à l'hydrothérapie.

Dès que la colite muco-membraneuse acquiert une certaine intensité, que les évacuations mucino-membraneuses sont plus fréquentes et plus abondantes, que les sensations douloureuses sont plus marquées, le laxatif de choix est l'huile de ricin donnée à petites doses par cuillerée ou même par demi-cuillerée à café le matin à jeun.

Pour Fleiner, le grand lavement d'huile tiède serait par excellence le remède que l'on devrait employer dans les cas de constipation spasmodique. Voici quelle en serait la technique.

Le malade est couché sur le dos, le bassin soulevé de 20 à 25 centimètres par un coussin qu'il est prudent de recouvrir d'une toile caoutchoutée. On emploiera soit de l'huile d'olive de bonne qualité, soit de l'huile d'amandes douces chauffée à la température du corps. On se servira pour injecter l'huile soit d'un irrigateur, comme l'indique Fleiner, soit, ce que nous préférons, d'un bock à injection muni d'un tuyau en caoutchouc. On y adaptera une longue canule en caoutchouc rouge ou une sonde œsophagienne de même substance; elle sera profondément enfoncée dans l'anus; elle devra pénétrer de 15 à 20 centimètres; il n'y a aucun danger en se servant d'une canule demi-souple, bien lisse, en caoutchouc rouge.

Fleiner, cependant, conseille d'employer une canule en caoutchouc durci, en os ou en verre, cylindrique, droite, terminée par un renflement olivaire du diamètre du doigt au moins. Il s'inquiète peu de la longueur de cette canule; l'huile pénétrerait toujours à condition qu'il n'y ait pas de paralysie du sphincter anal. Il faut de 15 à 20 minutes pour faire pénétrer les 400 ou 500 grammes d'huile qui doivent constituer le grand lavement huileux.

Le malade s'inclinera d'abord à gauche pour faire pénétrer l'huile dans l'S iliaque, puis à droite pour favoriser son passage dans le cæcum.

L'évacuation des matières n'a lieu qu'au bout de plusieurs heures; il faut plusieurs lavements, donnés pendant plusieurs jours, pour que le gros intestin soit complètement nettoyé; on voit alors apparaître des selles bilieuses; il faut s'arrêter lorsqu'elles se montrent.

D'après Fleiner, l'huile pure non décomposée protégerait la muqueuse contre le contact des scybales indurés. A cela se bornerait son rôle dans les parties inférieures du gros intestin; mais dans les parties supérieures, il y aurait digestion, décomposition de l'huile en glycérine et en acides gras, et elle acquerrait alors des propriétés laxatives.

L'huile pourrait être donnée à des doses beaucoup plus grandes, ainsi que le prouvent certaines expériences. Le docteur Collignon [de Maubert-Fontaine, Ardennes (1)], dans les cas de constipation rebelle, fait coucher son malade à terre, et, à l'aide d'un tube de Faucher armé d'un grand entonnoir en verre, il arrive à faire pénétrer *plusieurs litres* d'huile d'olive. Il se contente, pour cela, d'une pression de 90 centimètres à 1 mètre. Ces grands lavements donnent presque toujours une débâcle considérable, avec quelques vomissements qui, dans trois cas, contenaient une certaine quantité d'huile. Est-il nécessaire d'employer des quantités d'huile aussi considérables? On peut légitimement en douter. Il semble que les lavements de 400 grammes d'huile environ finissent, au bout de quelques jours, par pénétrer jusqu'à l'extrémité supérieure du gros intestin.

(1) COLLIGNON. *Journ. de méd. et de chir. prat.*, 10 déc. 1893.

Quelquefois on observerait, d'après Fleiner, quand on continue l'usage des lavements huileux pendant quelque temps, des brûlures sur le trajet du gros intestin, de l'agitation, de l'anxiété; cela tiendrait uniquement à la mauvaise qualité de l'huile; de là l'indication formelle de ne se servir que d'huile vierge de très bonne qualité, d'une pureté parfaite.

Il nous semble qu'il serait logique d'additionner l'huile de substances modificatrices, et nous avons l'intention d'essayer la créosote, le gaïacol, l'eucalyptol, dont on connaît les heureux effets sur le catarrhe des voies respiratoires.

L'entéroclyse à l'eau peut avoir son avantage dans le traitement de l'entérite muco-membraneuse, nous en avons eu cliniquement la preuve; il en sera question un peu plus loin, à propos de l'antisepsie colique.

Dans une récente communication à l'Académie de médecine, G. Sée a vanté surtout quatre ordres de laxatifs dans le traitement de l'affection qui nous occupe (1): la graine de lin ou de psyllium, l'huile de ricin, l'huile d'olive et le sené uni à l'hydrastis canadensis. De l'huile de ricin il a été question plus haut; l'huile d'olive peut lui être substituée; l'inconvénient qu'elle présente, c'est qu'il est nécessaire, pour obtenir des effets laxatifs, d'en donner des quantités élevées. On en donne de 3 à 4 cuillerées à soupe le premier jour, le matin à jeun; le deuxième jour, même dose à midi avant le deuxième repas; on arrive ainsi à un verre entier le quatrième jour. On laisse reposer le malade pendant quatre à cinq jours, puis on recommence la même série. Il est des malades, cela n'étonnera personne, qui ne peuvent pas supporter cette ingestion d'huile.

Le même auteur recommande aussi très chaudement les préparations de sené, qui alterneront de temps en temps, avec les autres laxatifs. Voici la formule qu'il conseille de préférence :

Extrait hydralcoolique d'hydrastis canadensis. . . .	2 à 3 grammes.
Folioles de sené lavées à l'alcool.	6 —

Pour faire 30 pilules; 1 pilule à la fin de chacun des trois repas.

L'hydrastis canadensis interviendrait ici pour combattre la dilatation des vaisseaux de l'intestin. Le sené donné sous la forme de folioles lavées à l'alcool a, on le sait, l'avantage d'amener des selles sans provoquer de coliques; il n'exagérerait pas non plus la production des glaires. Le sené porterait surtout son action sur le gros intestin, épargnant l'intestin grêle.

Nous n'avons pas encore l'expérience personnelle de ce médicament employé dans ces conditions.

Pour terminer, nous dirons que la belladone nous a paru souvent produire de bons effets, même dans des cas intenses d'entérite muco-membraneuse, de durée très prolongée. Elle a l'avantage d'être laxative et, en même temps, de combattre la douleur. Aurait-elle une action spéciale sur les spasmes localisés si fréquents dans la constipation, et, certainement aussi, dans la colite muco-membraneuse?

(1) Séance du 26 déc. 1893.

2° *Combattre l'infection et l'auto-intoxication coliques.* — Il est inutile, pensons-nous, d'insister pour démontrer le bien fondé de cette indication : la grande quantité des microbes contenus dans les selles, la fétidité assez fréquente des matières, les accès de fièvre qui surviennent de temps à autre, les phénomènes généraux attribuables, semble-t-il, à l'auto-intoxication, ce sont là des éléments qu'il suffit de rappeler sans s'attarder davantage à cette démonstration presque superflue à une époque à laquelle les médecins auraient plutôt tendance à exagérer qu'à diminuer les conséquences de l'auto-intoxication d'origine intestinale.

Dans le but de chercher à réaliser cette antisepsie, on peut se servir de médicaments destinés à être ingérés par la bouche, ou de lavages intestinaux destinés à agir directement d'une façon purement mécanique, ou d'une façon à la fois chimique et mécanique.

Il faut bien avouer que les divers antiseptiques donnés par la voie stomacale n'ont paru, dans le traitement de la maladie qui nous occupe, que d'une utilité très douteuse : le naphtol, le salicylate de bismuth, l'acide salicylique n'ont pas, que nous sachions, à leur actif, une seule guérison avérée d'un cas intense et d'entérite muco-membraneuse. Le benzo-naphtol lui-même, le moins irritant pour l'estomac, d'après les expériences de Gilbert, ne paraît guère avoir fait mieux que les autres antiseptiques.

A l'heure actuelle, il semble que l'antisepsie par la voie stomacale, lorsqu'il s'agit du gros intestin, doive céder la place à l'antisepsie par la voie rectale qu'une technique mieux comprise permet de réaliser facilement.

Les communications successives de Cantani ont appelé l'attention des médecins sur l'avantage des lavages antiseptiques de l'intestin, surtout dans le choléra. Les recherches poursuivies simultanément, à l'insu de leurs auteurs, par MM. Lesagé et Dauriac et par A. de Genersich (1), ont démontré la possibilité, non seulement de faire passer des liquides du gros intestin dans l'intestin grêle, à travers la valvule iléo-cæcale, la prétendue barrière des apothicaires, mais même de les faire parvenir dans l'estomac et de réaliser ainsi, de bas en haut, un lavage complet de l'estomac. Toute cette question du lavage de l'intestin est exposée avec soin dans la thèse très étudiée et très documentée de M. H. Augerant.

Il reste à déterminer dans quelles conditions ce lavage total pourrait être utilisé, mais il reste, en tout cas, nettement établi que le liquide injecté peut amener le lavage du gros intestin, puisqu'il peut même franchir la valvule iléo-cæcale.

Si, autrefois, on ne réussissait pas à faire pénétrer une quantité suffisante de liquide dans l'intestin, c'est qu'on s'y prenait mal et surtout qu'on employait une pression trop considérable. Les auteurs que nous venons de nommer ont réussi surtout parce qu'ils ont fait usage d'une faible pression et qu'ils ont fait pénétrer le liquide très lentement ; de cette façon, la répartition des gaz et du liquide injecté a pu se faire, et les gaz ont cessé de faire obstacle à la pénétration du liquide.

Pour que l'entéroclyse du gros intestin soit faite convenablement, il faut employer la technique suivante : le malade est couché sur un plan horizontal, la hanche gauche légèrement relevée. On introduit profondément dans le rectum une sonde œsophagienne de Debove, mise en communication avec un bock à injection par un tube en caoutchouc d'une longueur de 1 mètre. Le bock ne sera élevé que de 20 à 30 centimètres au-dessus du plan du lit, de façon à ce que le liquide pénètre doucement, lentement, sous une faible pression.

Il faut deux litres de liquide pour remplir le gros intestin. Nous pensons que dans l'entérite muco-membraneuse qui nous occupe seule en ce moment, il importe d'agir avec douceur et patience. Il ne faut pas chercher à réaliser le lavage du gros intestin brusquement, tout d'un coup, mais en plusieurs fois, progressivement. On se servira d'eau bouillie portée à la température de 40 degrés, on en laissera tout d'abord pénétrer un demi-litre, qu'on laissera ensuite s'échapper, puis un litre, puis davantage, soit dans la même séance, soit dans des séances successives, suivant la tolérance du malade. On aura ainsi l'avantage de faire non seulement un lavage mécanique, mais aussi de faire, par un bain tiède à l'intérieur, une application topique émolliente, capable de combattre le spasme intestinal et l'irritation de la muqueuse. En employant de l'eau à 40 degrés, qui se refroidira et qui n'aura plus guère que 38 degrés en arrivant dans l'intestin, cette application sera calmante, elle ne le serait plus et deviendrait excitante si l'on dépassait cette température.

On pourrait ajouter à l'eau employée de 2 à 3 p. 1000 de biborate de soude ; nous ne croyons pas utile d'employer d'autres substances antiseptiques ou astringentes. C'est, du reste, une étude à faire ; on n'en est qu'au début de ces recherches. Une technique nouvelle doit nécessairement entraîner une série de tentatives variées sur la valeur desquelles on ne tardera guère à être fixé.

Nous tendons à croire que l'entéroclyse tendra à se substituer aux *douches ascendantes* dans le traitement des cas intenses d'entérite muco-membraneuse. En vertu de la pression employée et du jet du liquide, il est à croire que ces douches ont réellement l'effet d'une douche, et que, par conséquent, elles conviennent mieux, comme moyen d'excitation, dans les cas d'atonie colique. Il est à croire aussi qu'avec la douche ascendante, l'eau ne pénètre que dans une étendue restreinte du gros intestin. Il y a là une étude comparative à faire, mais les avantages théoriques sont, en ce qui concerne l'entérite muco-membraneuse, en faveur de l'entéroclyse à faible pression.

3° *Combattre la colite, modifier la sécrétion pathologique.* — Les modes d'intervention que nous avons précédemment indiqués peuvent déjà, indirectement, servir à diminuer l'irritation inflammatoire de la muqueuse du côlon, et à modifier, dans le sens de la guérison, son hypersécrétion mucineuse. Les moyens laxatifs en empêchant le contact prolongé des matières fécales, les lavements huileux, l'entéroclyse à l'eau chaude ont pour résultat de diminuer l'irritation sécrétoire de la muqueuse et l'irritation spasmodique de la musculature.

Dans les cas légers ou d'intensité moyenne, cela peut suffire pour amener une amélioration marquée. Dans les formes chroniques graves et dans les poussées dysentériformes, on a cherché à modifier directement la muqueuse en employant des procédés analogues à ceux qui sont com-

(1) A. de Genersich. *Progrès méd.*, 23 sept. 1893. — Dauriac. *Progr. méd.*, 30 sept. 1893. — Lesage et Dauriac. Des grands lavages de l'intestin grêle, *Gaz. des hôpit.*, 17 oct. 1893. — Henri Augerant. *Les grands lavages de l'intestin ; étude historique, critique et expérimentale*, Th. de Paris, 1894.

munément usités dans le traitement de la dysenterie. On a fait des injections de solutions de substances destinées à amener une irritation substitutive. On a donné, par exemple, l'eau iodée, 10 grammes de teinture d'iode pour un litre d'eau (Dujardin-Beaumetz).

Au Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, tenu récemment à Caen, Charrin, dans une communication sur les formes graves de l'entérite muco-membraneuse, a vanté les bons effets des lavements au nitrate d'argent. On pourrait employer, comme dans la dysenterie, des solutions allant de 20 à 50 centigrammes et même 1 gramme p. 1000 de nitrate d'argent, en commençant par les doses les plus faibles, et en élevant progressivement le taux de la solution. La quantité du liquide injecté serait graduée de façon à atteindre successivement des parties d'intestin de plus en plus éloignées de l'anus.

Il est évident que, dans bien des cas, on pourra combiner entre elles et faire alterner d'une façon utile les différents modes d'intervention que nous avons signalés.

On peut aussi ranger assez logiquement ici le lavement suivant proposé par Revilliod [de Genève (1)], qui dit en avoir obtenu d'excellents résultats :

Mucilage de pépins de coing. .		500 grammes.
Sous-nitrate de bismuth.	*ââ*	10 —
Salicylate de bismuth . .		

L'intestin est préalablement nettoyé par un lavement à l'huile de ricin ou à l'ipéca, au besoin par un second lavement boriqué, puis on donne le lavement au bismuth.

Pour cela, le malade est couché sur le dos, le siège un peu élevé, il garde le lavement pendant vingt-quatre heures si possible; le bismuth est rendu les jours suivants; quelquefois on en retrouve encore des traces au bout de plusieurs jours.

Le lavement au bismuth sera au besoin renouvelé plusieurs fois à plusieurs jours d'intervalle.

4° *Régime alimentaire et hygiène.* — Une indication commune à toutes les formes d'entérite muco-membraneuse, c'est d'éviter, dans la mesure du possible, l'action irritante des aliments sur la muqueuse du gros intestin. Il faut supprimer les épices qui, comme le poivre, après avoir traversé l'estomac et l'intestin grêle sans être modifiées, viennent, par leur contact, produire l'excitation du gros intestin. Il faut aussi bannir de l'alimentation les mets susceptibles de laisser des résidus solides mécaniquement irritants; il faut réduire au minimum les fermentations et les putréfactions intestinales. Les fermentations, en amenant ou en exagérant l'acidité du contenu du côlon, favoriseraient la précipitation de la mucine et la formation des productions muco-membraneuses; les putréfactions augmenteraient la tendance à l'auto-intoxication.

Pour obtenir ces divers résultats, on ferait volontiers appel à la formule générale qui résume les indications alimentaires dans de nombreux cas de dyspepsie : donner une alimentation très riche sous un petit volume, très finement divisé, susceptible de fournir, sans les trop dépasser, les quantités de substances alimentaires des trois ordres nécessaires pour entretenir les organes et les muscles dans leur intégrité et leur vitalité, et faire les frais de leur fonctionnement physiologique. Malheureusement, un régime ainsi compris a l'inconvénient de favoriser la constipation, qui, à son tour, favorise la colite muco-membraneuse.

Pour combattre la constipation les végétaux seraient très utiles, précisément à cause de leur volume et des propriétés laxatives des légumes verts et des végétaux riches en cellulose. Dans les cas légers, en particulier chez les enfants, la vie à la campagne, une alimentation dans laquelle les légumes frais et les fruits tiennent une plus large place amènent souvent d'excellents résultats.

Dans les formes graves, les bénéfices de l'alimentation richement végétale sont beaucoup plus douteux. Dans les formes chroniques graves, les malades supportent mal les légumes verts, et même, quelquefois, les légumes secs.

On leur donnera du lait, du potage au lait épais, des panades, des œufs à la coque ou brouillés, de la purée de pommes de terre, de la viande en quantité très modérée. Plus tard, on essaiera les autres purées, en commençant par les purées de légumes secs; plus tard encore on permettra les légumes verts cuits, les fruits cuits, et enfin, avec une amélioration marquée, certains fruits crus; les pêches, le raisin, les prunes bien mûres.

Dans les formes aiguës, dysentériformes ou typhoïdes, on ne pourra guère donner, surtout s'il y a de la fièvre, que du lait et du laitage.

L'idéal sera toujours d'arriver à une alimentation mixte dans laquelle les aliments d'origine végétale tiendront une large place : c'est un idéal difficile souvent à réaliser avec les malades de cet ordre qui abusent de l'auto-observation et qui sont très pusillanimes ou très superstitieux en fait d'alimentation.

5° *Calmer les douleurs.* — Dans certains cas, les douleurs sont tellement vives qu'il importe de les calmer. Les opiacés, la morphine, les lavements laudanisés, auxquels on sera quelquefois amené à avoir recours, ont le grave inconvénient de favoriser la constipation. La belladone n'a pas cet inconvénient, non plus que la jusquiame.

Autant que possible, on n'aura recours qu'à des procédés anodins, extérieurs : cataplasmes, application de compresses imbibées d'eau chaude sur l'abdomen; grands bains chauds, petits lavements d'eau chaude ou d'huile également chaude.

On pourra se servir aussi du menthol :

Menthol	20 centigrammes.
Alcool.	Q. S. p. dissoudre.
Sirop simple.	25 grammes.
Eau.	100 —

Ou encore du cannabis indica :

Extrait gras de cannabis indica.	3 centigrammes.
Julep gommeux	125 grammes.

A prendre en trois ou quatre fois dans le courant de la journée.

6° *Modifier l'état général.* — M. Potain déclare que c'est plus encore au traitement général qu'à la lésion locale qu'il faut s'adresser pour obtenir une guérison définitive. C'est qu'il attribue une importance pathogénique très grande à la névropathie préalable. Cette névropathie est souvent secondairement accentuée par la maladie; c'est un cercle vicieux. Les malades se neurasthénisent, deviennent de plus en plus

(1) Revilliod. *Rev. méd. de la Suisse rom.*, et *Bull. méd.*, 29 janv. 1893.

irritables, de plus en plus hypocondriaques, ils s'anémient et s'affaiblissent : il importe au plus haut point de modifier cet état général si défectueux.

Dans les cas légers, on aura recours à l'hydrothérapie froide dans l'intervalle des crises paroxystiques. Les douches en jets chaudes conviennent surtout lorsqu'il y a des phénomènes d'irritabilité nerveuse marqués, des douleurs disséminées. Les douches, en tout cas, ne seront pas données sur l'abdomen.

Chez les malades affaiblis, le massage des masses musculaires, la gymnastique suédoise pourront avoir une réelle utilité. On pourra donner à l'intérieur du glycéro-phosphate de soude ou de chaux, faire des injections hypodermiques de phosphate de soude.

Les cures de bains chauds de Néris, Luxeuil, Plombières sont indiquées, chez les nerveux impressionnables et les rhumatisants.

Chez les individus vigoureux on conseillera une cure hydrothérapique à Royat, à Pougues, à Bagnols de l'Orne, etc., les bains de mer, une cure à Luchon. La climatothérapie est particulièrement indiquée, lorsqu'il y a eu excès de travail intellectuel, influence vive ou répétée de chagrins, d'émotions pénibles.

7° *Combattre les complications*. — S'il existe de la dyspepsie stomacale bien caractérisée : hyperchlorhydrie, dyspepsie nervo-motrice, hyperesthésie, hypochlorhydrie, des hémorroïdes ou quelque autre maladie ou trouble fonctionnel du tube digestif, il est bien évident qu'il conviendra d'intervenir par des moyens appropriés; nous ne pouvons y insister plus longuement.

Parmi les complications, il faut citer encore la dyspnée, les palpitations, la fausse angine de poitrine, qui pourront réclamer, passagèrement, une médication symptomatique.

En cas d'entéroptose, la coïncidence n'est pas rare, on engagera le malade à porter une sangle abdominale.

III

Traitement appliqué aux différentes formes cliniques de la colite muco-membraneuse. — Dans les formes bénignes, quand l'hypersécrétion muqueuse, ou même muco-membraneuse, n'est qu'un épiphénomème sans importance de la constipation, on combattra celle-ci sans beaucoup s'inquiéter de la colite glaireuse ; on évitera seulement l'emploi répété des purgatifs salins et des drastiques. On aura recours à la graine de lin, aux semences de psylluine, aux laxatifs doux que nous avons indiqués, à l'huile de ricin donnée à très petites doses.

L'hydrothérapie froide et le massage [abdominal seront indiqués.

On pourra, contre la constipation, donner un régime plus riche en légumes, surtout en légumes verts, en fruits. Les légumes verts seront cuits et bien divisés, les fruits (raisin, pêche, prune) seront bien mûrs.

S'il y a entéroptose, on fera porter une sangle abdominale.

Au moment des exacerbations, des *poussées subaiguës*, on essayera les grands lavements d'huile, d'eau bouillie, d'eau boratée, les applications chaudes sur le ventre; à l'intérieur, au besoin, huile de ricin à petites doses et sené.

Dans les *poussées dysentériformes*, repos au lit, alimentation par le lait, les potages au lait avec ou sans œufs; applications chaudes sur l'abdomen, grands lavements boratés; dans les cas graves et tenaces, lavements au nitrate d'argent. Lavements de Revilliod au sous-nitrate et au salicylate de bismuth.

Le traitement sera à peu près le même dans les *formes typhoïdes*. On pourra, lorsque les phénomènes d'embarras gastro-intestinal seront très marqués, se servir, d'une façon passagère, des purgatifs salins et du benzo-naphtol, cela surtout en cas de débâcle diarrhéique.

Dans les *formes chroniques graves*, comme alimentation, on donnera du lait, des potages épais, surtout des potages au lait, des panades, des œufs à la coque ou brouillés, de la viande crue, des purées. On donnera, comme traitement, de grands lavements huileux chauds dans les cas où il y aura dans les selles beaucoup de matières fécales dures ovillées ou fragmentées; des lavages sous forme d'entéroclyse à l'eau bouillie ou boratée. Contre la douleur, les applications chaudes sur l'abdomen, la belladone, la jusquiame, le menthol, l'extrait de cannabis indica; à titre exceptionnel et passagèrement, le chlorhydrate de morphine.

S'il y a des poussées dysentériformes, on pourra se servir des lavements au nitrate d'argent (solutions de 0,20 à 1 p. 1500 et même, dans certains cas, 1 p. 1000).

Les malades seront maintenus au lit ou sur la chaise longue pendant les exacerbations. On leur fera faire des frictions sèches, du massage, de la gymnastique suédoise. On pourra leur donner aussi, à titre de tonique, du sulfate de quinine à petites doses (30 à 50 centigrammes par jour, en le suspendant de temps à autre).

Tels sont les moyens par lesquels on pourra combattre la colite muco-membraneuse dans ses différentes formes. Dans les cas légers et même moyens, on sera presque à coup sûr assuré du succès, sans garantie de récidive cependant.

Pour mettre autant que possible à l'abri de ces récidives, l'hygiène aura plus d'importance que la médication; voici ses principales indications : régularité des selles, pas de surcharge alimentaire, pas de refroidissement, pas de surménage intellectuel ou moral.

Il est beaucoup plus difficile d'obtenir non seulement la guérison définitive, mais même des résultats réellement satisfaisants dans certaines formes chroniques particulièrement tenaces. Chez quelques malades, elles constituent une infirmité désespérante qui fait de leur vie un long martyre; quand il s'agit de leur traitement, il convient d'être prudent, modeste et réservé ; ces cas très graves sont heureusement exceptionnels.

La colite muco-membraneuse présente, suivant les cas, une durée extrêmement variable : chez les uns, elle apparaît par poussées très éloignées, par poussées très rapprochées chez les autres; chez quelques-uns, enfin, elle s'installe d'une façon chronique et résiste à tout traitement. Il faut tenir compte de ces divers éléments dans l'appréciation des traitements proposés; le sachant, nous ne dirons pas que les méthodes que nous avons vantées sont définitivement supérieures à toutes celles qui les ont précédées. Elles nous paraissent au moins avoir certains avantages; elles reposent en partie sur des pratiques nouvelles (entéroclyse, lavements d'huile pure), elles tiennent davantage compte de l'élément spasmodique dans la genèse de la constipation et de l'hypersécrétion glaireuse; enfin, elles ont donné déjà des résultats encourageants.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 17 octobre 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE

COMMUNICATIONS

Traitement chirurgical du cancer du côlon. — M. DEMONS (de Bordeaux) fait une communication sur ce sujet. Il insiste d'abord sur la nécessité d'établir promptement le diagnostic, toujours difficile, du cancer du côlon. Apparaissant généralement à un âge peu avancé, restant localisé et étant d'un accès facile, le cancer du côlon est une des variétés de cancer les plus propres à bénéficier d'une intervention hâtive.

Or, l'extirpation totale et la suture intestinale constituent l'opération idéale et devraient être la méthode de choix, si les statistiques ne montraient qu'il survient souvent des complications post-opératoires plus ou moins dangereuses et graves. Malgré la crainte de ces complications, on conçoit que l'on soit tenté de rechercher la guérison la plus rapide et la plus radicale. C'est ainsi que M. Demons s'est comporté à l'égard d'une femme de trente-six ans qui portait dans le flanc droit une tumeur que l'on prit pour un rein mobile. M. Demons fit une incision dans le but de faire la néphropexie, lorsqu'il s'aperçut avoir affaire à un néoplasme développé sur l'origine du côlon ascendant. Il agrandit alors son incision, attira au dehors le cancer, l'enleva avec le cæcum et l'appendice, et fit l'entérorraphie. Les suites de l'opération furent simples. Il existe cependant une fistule. M. Demons n'a pas eu recours au bouton de Murphy, parce que, dans deux cas où il s'en est servi, les malades ont succombé à la péritonite.

Dans un autre cas du même genre, M. Demons a fait l'opération en deux temps. Après l'extirpation du cancer, il a fixé les deux bouts de l'intestin à la paroi abdominale et, six mois après, il a fermé cet anus artificiel.

Cystostomie sus-pubienne. — M. TUFFIER fait un rapport sur quatre observations de cystostomies sus-pubiennes pratiquées chez des prostatiques par M. Lejars. Cette opération a été jadis quelquefois exécutée, elle a été surtout remise en honneur par M. Poncet dans ces dernières années; la cystostomie était autrefois une fistulisation définitive, tandis qu'actuellement elle n'est plus qu'une ouverture temporaire de la vessie. Trois des opérés de M. Lejars étaient des vieillards atteints de rétention d'urine plus ou moins complète et d'accidents de gravité différente; chez deux d'entre eux il existait, en outre, un calcul de la vessie et chez le troisième, la voie uréthrale était infranchissable. De ces trois opérés, l'un est mort rapidement de pyélonéphrite; quant aux deux autres, ils ont survécu en conservant une fistule.

La cystostomie, pratiquée chez les prostatiques, doit répondre à certaines indications. Trois cas peuvent se présenter : il peut exister une rétention complète avec ou sans urine septique; une rétention incomplète ou des accidents graves avec vessie infectée, sans rétention complète. Or, dans ces différents cas, on aurait tort de ne pas insister parfois sur les cathétérismes, qui peuvent être suffisants.

Mais lorsqu'on a échoué par ces manœuvres et lorsque la rétention est complète, la cystostomie est indiquée. Il en est de même si, la rétention étant même incomplète, les accidents infectieux commandent d'agir rapidement. Ainsi comprise, la cystostomie est un progrès, mais cette opération doit être restreinte. Lorsqu'on a affaire à des cystites chroniques graves, elle pourra être pratiquée; toutefois, on ne doit la considérer que comme un pis-aller. Cet urèthre sus-pubien devra être supprimé aussitôt que possible, à la condition, bien entendu, que la voie uréthrale puisse être rétablie. Ces quelques remarques ont été suggérées à M. Tuffier par les faits qu'il a eu personnellement l'occasion de voir et par l'examen de ceux qui ont été publiés. Tous ces faits forment un total de 60 cas environ.

LECTURES

Névralgie du trijumeau. — M. DENNETIÈRES (d'Orcies) communique l'observation d'un malade atteint de névralgie rebelle du trijumeau chez lequel il a fait la section intracranienne de ce nerf, avec ablation du ganglion de Gasser. La névralgie a disparu.

Abcès cérébral. — M. MIGNON communique une observation d'abcès du cerveau, consécutif à une otite. La guérison a été obtenue à la suite de la trépanation.

PRÉSENTATIONS

Ablation du maxillaire supérieur. — M. POIRIER présente un malade auquel il a fait l'ablation du maxillaire supérieur suivie de prothèse immédiate.

Suture de la clavicule. — M. ROUTIER présente une jeune fille qui était atteinte d'une fracture de la clavicule et chez laquelle il a fait la suture de cet os.

Diverticule de Mœckel. — M. BROCA, chez un enfant de six mois qui présentait un diverticule de Mœckel, formant hernie et invagination au dehors, a fait l'incision de l'ombilic, la suture du pédicule, l'entérorraphie et la réduction. Cette opération a été suivie de succès.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Les doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Poitiers.

M. le docteur J. Jablonski nous donne, dans le *Poitiers médical*, la liste suivante des doyens de l'ancienne Faculté de médecine de Poitiers.

1. Jacques PORCHET . . . . 1431-14..?.
2. Rodolphe DE VASTHINE . . . 14..?-1501.
3. Barthélemy PERREAU. . . . 1501-1504.
4. Nicolas MICHEL. . . . . . . 1504-1559.
5. François PIDOUX I . . . . . . 1559-1577.
6. François COYTARD . . . . . . 1577-1590.
7. François ULMEAU I. . . . . . 1590-1594.
8. Jean PIDOUX. . . . . 1594-1610.
9. Pierre MILON. . . . . 1610-1616.
10. Paschal LE COQ . . . . 1616-1634.
11. François CITOYS . . . . . . 1634-1652.
12. François PIDOUX II. . . . . 1652-1662.
13. François CARRÉ . . . . 1662-1663.
14. François ULMEAU II. . . . . 1663-1683.
15. Pierre FOUQUETEAU. . . . . 1683-1701.
16. Joseph DE LUGRÉ. . . . . . 1701-1709.
17. Charles FONTENETTE I. . . . 1709-1710.
18. André DENESDE. . . . . . . 1710-1734.
19. Philippe MAUDUYT . . . . . . 1734-1745.
20. Charles FONTENETTE II . . . 1745-1757.
21. Joseph-Blaise MAUDUYT. . . . 1757-1778.
22. Charles PALLU. . . . . 1778-1793.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 126. — MARDI 30 OCTOBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 30 OCTOBRE 1894. — N° 126.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion de la fête de la Toussaint, le journal ne paraîtra pas jeudi.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les jurys pour le concours de la médaille d'or sont actuellement composés de la manière suivante :

1° *Médecine.* — MM. Danlos, Thibierge, Gilbert, Tillaux et Martin.

2° *Chirurgie.* — MM. Marchand, Guyon, Troisier, Gérard-Marchant et Doléris.

— M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, vient d'être nommé médecin honoraire des hôpitaux.

— Par décret, en date du 26 octobre 1894, les médecins aides-majors de deuxième classe dont les noms suivent ont été promus au grade de médecin aide-major de première classe, et, par décision ministérielle du même jour, ces médecins militaires ont été maintenus à leur poste actuel :

MM. de Bovis, Besson, Detling, Tostivint, Denoy, Pécheux, Muller, Vallet, Le Mitouard, Verse, Viguié, Lefort, Lions, Bronner, Beauxis-Lagrave, Soltet, Roqueplo, Coupry, Vidal, Le Roux, Parant, Crépet, Jaulmes, Job, Visbecq, Rémond, Pégurier, Capillery, Pourrat, Faure, Azaïs, Marié, Albouze, Tourtarel, Dreyfus, Malaval, Dercle, Rouquette, Finot, Fourniol, Mac-Auliffe, Raynaud, Boucabeille, Bonnette, Dellac, Lhomer, Eybert, Caenens, Silvestre, Chanaud, Bizouard, Rocheron, Voulgre, Vernet, Castaing, Merlin, Fohanne et de Libessard.

— *Le service de santé à l'Exposition de Lyon.* — La section du service de santé avait été organisée avec un soin minutieux. Parmi les nombreux appareils et systèmes exposés, il faut citer le système Bréchot-Desprez-Ameline (voy. *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 981), les différents systèmes de brancards (*Id.*, p. 982), les voitures de transport (*Id.*, p. 569), les baraques mobiles système Dœcker (*Id.*, p. 1123), les fourgons-tentes Tortoises (*Id.*, p. 569), etc. Nous n'insisterons pas sur ces inventions récentes qui ont été étudiées dans plusieurs articles parus dans notre journal.

Il faut signaler, dans le pavillon de Paris, l'exposition particulière si intéressante du docteur Ecot, de l'École de Lyon, dont les appareils et ustensiles improvisés ont vivement attiré l'attention des visiteurs compétents. M. Ecot a montré avec un plein succès que l'on pouvait constituer de bons appareils à fractures avec tous les matériaux que l'on devra utiliser en campagne (fil de fer, carton, cuir, zinc, ferblanc des boîtes de conserve, paille), quand on se trouvera momentanément dépourvu du matériel nécessaire.

— *Les maladies vénériennes dans les principales armées européennes.* — La proportion pour 1 000 des hommes atteints d'affections vénériennes est la suivante : En 1885, Allemagne 29,7; — Autriche 59; — Italie 86; — France 50,6. — En 1889, la proportion était de 26,7 pour l'Allemagne; — 65,3 pour l'Autriche; — 99 pour l'Italie ; — 45,8 pour la France.

— *État sanitaire des armées allemande et française.* — Il résulte d'un très intéressant travail du docteur Antony, agrégé du Val-de-Grâce (« Arch. méd. mil. », octobre 1894), que si l'on compare l'état sanitaire des armées allemande et française, en 1889-1890, on constate que la mortalité de la première est deux fois plus faible (3,3 au lieu de 6,6) ; mais que, par contre, la morbidité est de 279 unités p. 1 000 plus forte (897 au lieu de 618), et les sorties définitives sont d'un tiers plus considérable (33,7 au lieu de 20,6 p. 1 000) que dans la deuxième armée.

Les corps d'armée bavarois, dont l'état sanitaire est bien inférieur à celui des troupes allemandes proprement dites, ne sont pas compris dans ces évaluations.

Paris, le 22 octobre 1894.

La séance de la Société médicale des hôpitaux a commencé, vendredi dernier, par l'éloge funèbre d'un de ses membres les plus estimés, le docteur Legroux, que, conformément à la volonté du défunt, M. Ferrand n'avait pu prononcer la veille sur sa tombe. Nous nous associons bien sincèrement aux regrets de la Société, si justement exprimés par son président, à propos de la mort prématurée de cet homme de bien !

M. Catrin a présenté une intéressante observation de volvulus de l'S iliaque, qui a entraîné la mort du malade en six jours. Le diagnostic avait été très discuté et discutable pendant la vie. La douleur violente et persistante, le météorisme, les vomissements verdâtres qui, jamais, ne devinrent fécaloïdes, semblaient indiquer une péritonite aiguë, que la coïncidence d'une adénite cervicale chronique permettait de rattacher à la tuberculose. Aussi, malgré les signes d'occlusion, les chirurgiens appelés par M. Catrin ne purent se résoudre à tenter une laparotomie exploratrice, qu'ils jugeaient dangereuse. A l'autopsie, on trouva l'intestin tourné deux fois sur lui-même, au niveau de la fosse iliaque gauche. Le côlon ascendant et le cæcum n'étaient nullement distendus, et cette particularité, limitant le ballonnement à la partie médiane et au côté gauche de l'abdomen, avait contribué à donner, pendant la vie, le soupçon de péritonite.

C'est un exemple que ne manqueront pas d'invoquer les partisans de la laparotomie quand même.

M. Galliard était inscrit à l'ordre du jour pour une communication sur les érythèmes infectieux. On s'attendait à un simple retour offensif contre le travail lu par M. A. Siredey dans la dernière séance. Mais il s'agit d'une étude très complète et très détaillée des érythèmes observés chez les typhoïdiques et chez les cholériques. M. Galliard est un travailleur, qui ne craint pas d'accumuler des documents. Il a exhumé, chez une foule d'auteurs, toutes les observations qui ont signalé des manifestations cutanées au cours de ces deux maladies, et reproduit consciencieusement les diverses formes éruptives que l'on a rencontrées. Et certes ce n'est pas la variété qui manque : depuis l'urticaire jusqu'à l'érythème scarlatiniforme, en passant par l'érythème papuleux, le purpura, toute la gamme des éruptions a été décrite. Il serait surprenant, d'ailleurs, qu'il en fût autrement, si l'on songe aux conditions complexes dans lesquelles se développent ces érythrodermies.

Au point de vue chronologique, on observe la même confusion. On a signalé des érythèmes généralisés apparaissant à la façon des rash, avant les taches rosées lenticulaires de la fièvre typhoïde. D'autres éruptions papuleuses ou scarlatiniformes évoluent en même temps que les taches lenticulaires, tandis que certaines autres déterminations cutanées surviennent à une période avancée de la maladie.

Dans le choléra, la marche plus rapide de l'affection n'est pas compatible avec des écarts aussi considérables dans la production des efflorescences cutanées, aussi sont-elles à peu près exclusivement observées dans la période de réaction.

L'existence de ces faits n'est assurément niée par personne, et M. A. Siredey lui-même l'a reconnue, dans son travail, mais il est permis de les interpréter différemment. Les éruptions précoces, les rash du début peuvent-ils être comparés aux érythèmes simples ou purpuriques des périodes avancées de la fièvre typhoïde ?

M. Galliard tend à grouper tous ces faits sous l'étiquette de l'infection. Cette concentration peut simplifier les choses, mais elle ne les explique pas d'une manière satisfaisante. Et M. Galliard fait lui-même, avec raison, la critique des influences microbiennes qui ont été invoquées par quelques auteurs. Ni le bacille de Löffler, ni le bacille d'Eberth, ni le bacille virgule, ni le streptocoque, non plus que le coli-bacille, malgré ses aptitudes si variées, ne semblent jouir de propriétés érythrogènes incontestables. Et si l'on songe que plusieurs de ces microbes pathogènes habitent à la fois l'intestin des cholériques et des typhoïdiques, en compagnie d'un grand nombre d'autres organismes saprogènes, on comprendra combien il est difficile de rechercher la paternité d'une éruption due à l'un de ces éléments ! C'est à ce propos que M. Siredey n'a peut-être pas tort d'appeler l'attention sur le terrain plus précis des actions médicamenteuses, bien connues aujourd'hui. Mais, comme le dit M. Galliard, si l'on montre tant de méfiance à l'égard de la thérapeutique, quel est le malade atteint de fièvre typhoïde qui sera réellement à l'abri de toute suspicion de ce genre ? *That is the question*, disait Hamlet. Or, c'est justement parce que les typhoïdiques sont fréquemment exposés à une foule de médicaments — dont le pouvoir érythrogène est assurément moins contestable que celui de nombreux bacilles ou spores recelés dans leurs flancs — qu'ils présentent ces nombreuses manifestations cutanées, comme le disait dernièrement M. A. Siredey.

Le choléra semble évidemment fournir à M. Galliard de meilleurs arguments. « Depuis 1832, dit-il, les divers auteurs, observant dans des pays éloignés, et employant les méthodes thérapeutiques les plus variées, ont décrit sensiblement les mêmes éruptions. » Il y a là quelque chose de spécial qui diffère sensiblement de ce que l'on rencontre dans la fièvre typhoïde. Mais, même dans ce cas bien particulier, la pathogénie de ces éruptions est encore très incertaine. Comment peut-on faire la part des aliments, des médicaments, des intoxications par les ptomaïnes dues au bacille virgule, ou bien par les manières excrémentitielles résultant des brusques phénomènes de désassimilation qui se passent chez les cholériques à la période de réaction ?

Et quand le choléra et la fièvre typhoïde auraient la propriété de créer de toutes pièces des éruptions variées, cela ne saurait empêcher le mercure, le salol, et nombre d'autres médicaments de provoquer des érythèmes, même chez des typhoïdiques et des cholériques !

HOPITAL ROTHSCHILD. — M. WEILL.

Érysipèle à répétition de la face, bronchopneumonie.

(Observation recueillie par M. J. NISSIM, interne du service.)

Le 19 janvier dernier est entré, dans notre service, un nommé B..., âgé de vingt-six ans, atteint d'érysipèle de la face. Cet homme est robuste, bien constitué, sans tare héréditaire ou acquise.

Son père est bien portant, sa mère a été atteinte à deux reprises d'érysipèle de la face.

Deux frères et deux sœurs bien portants. Le malade a eu la scarlatine à l'âge de huit ans ; depuis, il n'a jamais été malade jusqu'à il y a trois ans, époque à laquelle il eut un

érysipèle de la face, qui a débuté par le nez, s'est étendu ensuite symétriquement des deux côtés de la face et a envahi le cuir chevelu. Il garda six semaines le lit; chute des cheveux dans la convalescence.

Le 16 janvier 1894, sans qu'il ait été en contact avec des érysipélateux, il fut pris de frissons, courbature, brisement des membres, céphalalgie intense avec nausées et vomissements.

Le lendemain, il remarqua une tuméfaction rouge au niveau du lobule du nez; de là, la plaque érysipélateuse s'étendit des deux côtés. A son entrée, les deux joues, la lèvre supérieure et les paupières sont atteintes d'érysipèle phlycténoïde à larges plaques parcheminées. La tuméfaction des paupières est énorme; la présence du bourrelet est difficile à constater. Les ganglions sous-maxillaires sont tuméfiés et les masséters sont légèrement contracturés.

Lorsque nous le voyons le soir à la contre-visite, la température est de 40°6, la langue rôtie, l'anorexie absolue, la soif vive; le malade a, en outre, de la diarrhée, du délire assez bruyant, une dyspnée avec 46 respirations à la minute; la parole est brève, mais distincte.

Rien dans la poitrine, au cœur, dans les urines; le pouls bat 112 fois à la minute.

M. le docteur Weill, prescrit le traitement suivant, qui lui a toujours donné de très bons résultats.

Une potion tonique : extrait de quinquina, cognac, sirop d'écorce d'oranges amères, acide salicylique 1gr50 et, localement, des compresses de sublimé à 1/1000 et des pulvérisations de la même solution.

Le 21 janvier, température du matin 39°6, 40 degrés le soir. Le malade a de l'agitation, du délire, la dysphagie est très grande; il refuse de boire ou avale par petites gorgées, lentement. L'examen de l'arrière-gorge montre un gonflement de l'amygdale droite, des deux piliers postérieurs et de la paroi postérieure du pharynx qui sont rouges, violacés, luisants, comme vernissés, sans fausses membranes.

Le 22, le matin, la paroi postérieure du pharynx seulement offre une rougeur érysipélateuse; l'érysipèle extérieur envahit le front.

Le soir, ce qui frappe en venant auprès du malade c'est la dyspnée. Cette dyspnée n'est pas tranquille comme celle que l'on constate généralement lorsque les combustions organiques sont exagérées; elle est mécanique, l'inspiration est sifflante, l'expiration bruyante et elle exige l'effort.

En même temps, on remarque une toux brève, quinteuse, fréquente, convulsive, à timbre aigu, sans expectoration, et des modifications dans la voix qui est rauque; la parole est difficile et le malade évite de parler. Râles de bronchite disséminés aux deux sommets.

Cependant, malgré l'envahissement de l'appareil respiratoire, le malade semble aller mieux; la température est de 39 degrés, alors que, le matin, elle était de 39°5.

Le 23, température du matin 40°1, idem le soir; les symptômes laryngés ont disparu, mais l'abattement est extrême, langue rôtie fuligineuse, dyspnée intense se traduisant par les battements précipités des ailes du nez et par une respiration rapide, brève, superficielle, mais non plus sifflante.

Point de côté sous l'aisselle à droite, râles sibilants à la partie supérieure des poumons; dans l'aisselle, de la matité sur une étendue de trois travers de doigt, une augmentation des vibrations thoraciques et un foyer de râles crépitants typiques. Il y a là manifestement un foyer de bronchopneumonie.

Les muscles de la nuque sont contracturés et on fléchit difficilement la tête du malade, le ventre est déprimé, pas de constipation.

L'érysipèle externe a envahi le cuir chevelu et s'arrête à peu près à la suture fronto-pariétale; les oreilles sont également rouges, tuméfiées, luisantes, très douloureuses. Au traitement des jours précédents, on ajoute des bains refroidis. La température initiale du bain est de 28 degrés et elle est lentement ramenée à 22 degrés.

Le 24, température 39 degrés, le soir 38 degrés. Au poumon, matité plus étendue (elle atteint quatre bons travers de doigt), vibrations thoraciques toujours augmentées, râles crépitants fins avec du souffle tubaire et de la bronchophonie.

L'érysipèle externe tend à disparaître; le cuir chevelu est moins gonflé et perd sa coloration rosée. La raideur de la nuque persiste.

Le 25, température le matin 39°4, le soir 39°1; disparition complète de l'érysipèle externe. Sur les régions qu'il a envahies, notamment sur les joues, l'épiderme se desquame par plaques de 5 à 10 millimètres.

Au thorax, on trouve des signes de bronchopneumonie double : râles sous-crépitants et souffle tubaire à gauche; matité, augmentation des vibrations thoraciennes, râles crépitants à droite.

Cependant le malade va mieux; il est plus éveillé; les symptômes méningitiques : raideur de la nuque, rétraction du ventre, ont disparu. Transpirations abondantes et profuses la nuit.

Le 27, température 37°6 matin et soir; aux deux aisselles, des râles sous-crépitants de retour.

Les symptômes fonctionnels, dyspnée, abattement, etc. ont complètement disparu.

Le 28, transpiration très abondante et profuse pendant toute la nuit; on a été obligé de changer le malade quatre fois de chemise, aussi la température du 29, le matin, est de 35°2 seulement.

Les 30 et 31, transpiration abondante, moins cependant que le 28 au soir.

Le 1er février, le malade va bien, bien qu'il y ait encore quelques râles sous-crépitants des deux côtés en arrière; cependant on s'aperçoit alors d'une légère surdité du côté gauche. Le malade entend en effet le tic-tac d'une montre à 80 centimètres à droite, à 30 seulement à gauche.

Le 8 février, température 38°8 le matin, 39°5 le soir; nouvelle poussée d'érysipèle au niveau des paupières. Il envahit le front qui présente un gonflement rose œdémateux, conservant l'empreinte du doigt, les tempes et les oreilles où il se localise quelques jours et prend son aspect typique. Puis brusquement après une nuit de transpirations abondantes, la température baisse de 3 degrés, de 40°2 à 37°5, et tous les symptômes fonctionnels disparaissent.

Jusqu'au 2 mars le malade va bien; le 3 au matin, nouvelle plaque érysipélateuse dans la région sous-orbitaire et à la partie inférieure de la région temporale.

Pendant deux jours, la température est normale, elle oscille entre 37 et 38 degrés; elle s'élève ensuite le soir à 40°2 et s'accompagne dans la nuit d'une crise de sueurs abondantes et d'une certaine polyurie; le lendemain, elle descend à 37 degrés.

A partir de ce moment, le malade entre franchement en convalescence et quitte l'hôpital quelques jours après.

Cette observation nous a paru intéressante à plusieurs points de vue.

Tout d'abord, notre malade est le fils d'une femme qui, à deux reprises différentes, a eu un érysipèle de la face.

Ne pourrait-on se demander s'il n'en est pas de l'érysipèle comme de plusieurs autres maladies microbiennes, de la diphtérie et de la tuberculose, par exemple, si, à côté du microbe, de l'agent contagieux, il n'y a pas à considérer le terrain, l'hérédité?

Ce que l'observation journalière démontre pour la tuberculose, L. Revilliod (de Genève) l'a démontré pour la diphtérie (1); l'observation que nous publions et un autre cas dont nous a parlé un de nos collègues ne tendraient-ils pas à prouver le bien fondé de ce que nous avançons?

Ainsi, en dehors du microbe qui agit comme cause efficiente, pour que l'érysipèle éclate, il faut une prédisposition particulière de l'organisme.

Cette prédisposition peut être héréditaire, comme dans notre cas, ou bien acquise par le sujet lui-même.

Une fois atteint par le microbe virulent de l'érysipèle, l'organisme reste en état de débilité, préparé pour des infections ultérieures, d'où les érysipèles à répétition, d'où la diathèse érysipélateuse du professeur Spillmann.

Le terrain joue donc un rôle capital. Comment comprendre sans cela qu'il y ait des individus qui sont constamment atteints d'érysipèle, alors que d'autres, dans les mêmes conditions de réceptivité, restent constamment indemnes?

Poursuivons. Chez notre malade, l'érysipèle, pour devenir interne, a suivi la voie ordinaire, les fosses nasales et le pharynx, en respectant la bouche; mais ce qui est particulièrement intéressant à signaler, c'est la participation du larynx à la phlegmasie. On sait combien cette complication est relativement rare.

Dans une observation, M. Terrier (2) s'exprime ainsi :

« La marche (de l'érysipèle) n'a pas été serpigineuse; mais il a procédé par bonds, laissant des parties indemnes entre des parties successivement envahies. C'est ainsi que les replis aryténo-épiglottiques ont été respectés. »

A propos d'une autre observation où l'érysipèle, d'interne qu'il était devient externe, M. le professeur Potain écrit :

« Je ferai remarquer que l'érysipèle paraît avoir sauté, pour ainsi dire, du poumon à la face, sans avoir envahi les parties intermédiaires; car ainsi que je l'ai fait observer, il n'y a eu aucun phénomène de laryngite, ni d'angine avant l'apparition de l'érysipèle de la face. »

Dans notre observation, nous avons noté des troubles du côté du larynx, tels que raucité de la voix, difficulté de la parole, dyspnée mécanique, une toux pénible, sèche, à timbre aigu; nous n'avons pas pratiqué l'examen laryngoscopique, à cause des phénomènes douloureux ressentis par le malade, mais les symptômes que nous venons de signaler étaient assez accentués pour nous permettre d'affirmer que dans notre cas le larynx était touché. Ces symptômes laryngés furent de très courte durée; on les a observés le soir à la contre-visite, le lendemain matin ils avaient disparu, et il est probable que la pénurie d'observations relatives à la laryngite érysipélateuse secondaire tient à la remarquable rapidité de son évolution; celle-ci fait qu'elle passe facilement inaperçue.

Du larynx, la phlegmasie a gagné les bronches et les poumons et déterminé de la bronchite et de la bronchopneumonie. Cette dernière complication de l'érysipèle a été signalée au point de vue clinique, par M. le professeur Straus (3); la preuve anatomique de cette lésion avait été déjà donnée bien avant par E. Labbé, qui présenta à la Société anatomique, en 1858, un poumon atteint de noyaux d'hépatisation, consécutifs à un érysipèle de la face.

(1) Revilliod. *Union méd.*, 1877.
(2) Terrier. *France méd.*, 1880.
(3) Straus. *Union méd.*, 1879.

Depuis, les observations se sont multipliées, Guéniot (1), Lancereaux (2), Cerné (3).

Les deux érysipèles externe et interne ont évolué chacun séparément, sans être influencés l'un par l'autre. L'érysipèle interne gagne successivement le larynx, les bronches et les deux poumons, tandis que l'externe s'étend vers le front, le cuir chevelu et les oreilles.

Pendant sa convalescence, notre malade a présenté deux retours offensifs de la maladie avec un tableau clinique identique.

Les deux fois, en effet, l'érysipèle a envahi une petite étendue de la peau, les deux fois, il fut de très courte durée (trois à quatre jours), les deux fois, enfin, il s'est terminé par une crise de polyurie et de diaphorèse abondante.

Avant de terminer, insistons sur la simplicité du traitement employé. Potion tonique : extrait de quinquina, cognac, sirop d'écorces d'oranges amères, acide salicylique 1gr50, et localement des compresses de sublimé à 1 p. 1000 et des pulvérisations de la même solution. Les bains refroidis furent mis en usage lors de la complication grave du poumon seulement.

Par ce traitement où l'acide salicylique et les pulvérisations de sublimé se réunissent pour combattre, l'un l'hyperthermie, l'autre la plaque érysipélateuse, source des toxines, M. le docteur Weill a toujours obtenu de très bons résultats. Sur une quarantaine d'érysipèles, en effet, survenus non seulement chez des individus robustes et bien portants, où l'érysipèle constitue une maladie relativement bénigne, mais encore chez des vieillards de notre section et des cachectiques, où l'érysipèle est une affection redoutable, par ce traitement si simple, il n'a eu aucun décès à déplorer.

Ce traitement offre encore l'avantage sur plusieurs autres d'être facilement applicable en ville.

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE DU TRAITEMENT

DES FIÈVRES INTERMITTENTES PAR LES BADIGEONNAGES DE GAÏACOL DANS LA RÉGION SPLÉNIQUE

Par le docteur Kohos.

Parmi les trop nombreux médicaments employés pour combattre la fièvre palustre, la quinine est considérée comme le plus efficace; cette constatation, j'ai pu la faire un très grand nombre de fois à Tunis et à Béza, où la clientèle est en grande majorité composée de paludiques. La difficulté commence lorsqu'il s'agit de savoir par quelle voie administrer ce médicament aux malades et surtout aux enfants. Par la voie stomacale, en effet, il en est bien peu qui puissent le tolérer longtemps, et sans vouloir dire, comme le prétend M. Thomaselli, que la quinine peut produire une intoxication spéciale dont la fièvre et l'hématurie constituent les principaux symptômes, nous avons cependant observé très souvent en Tunisie, chez plusieurs paludiques, des nausées, des vomissements et même une élévation de température, produits par la quinine. Faut-il attribuer ces phénomènes à l'idiosyncrasie individuelle? Probablement.

Je me rappelle avoir soigné une dame, âgée de trente-

(1) Guéniot. *Gaz. méd.*, 1882.
(2) Lancereaux. *France méd.*, 1883.
(3) Cerné. *Normandie méd.*, 1890.

cinq ans qui, après l'administration de 1 gramme de quinine, eut de l'hématurie et une élévation de température; mais cet accident tenait à l'impureté du médicament; ces phénomènes cessèrent le lendemain, après une autre dose de sulfate de quinine, d'une absolue pureté.

J'ai pu observer très fréquemment une intolérance même en faisant prendre la quinine sous la forme pilulaire : or, s'il est pour le médecin qui soigne des paludiques un auxiliaire puissant, c'est l'estomac des malades.

Les résultats publiés récemment par plusieurs observateurs, et relatifs à l'abaissement de la température chez les phtisiques, auxquels on fait, sur la peau, des badigeonnages de gaïacol, m'ont engagé à essayer le même moyen dans la fièvre intermittente.

Le tégument externe absorbe peu ; cependant, le gaïacol, appliqué en badigeonnages à l'extérieur, pénètre dans les humeurs. Il s'agissait d'un malade qui ne pouvait supporter, sous aucune forme, le sulfate de quinine ; l'arsenic, la teinture d'eucalyptus, l'antipyrine, ne purent couper les accès. J'ai alors employé le gaïacol, appliqué sur la colonne vertébrale, et surtout sur la région splénique, sous forme d'onguent : 3 grammes de gaïacol, 10 grammes de lanoline, et 10 grammes de vaseline.

Le gaïacol n'est pas seulement un antithermique par excellence, comme l'a démontré Desplats, Scrolla, mais aussi bien un analgésique, comme le prouve M. Moissy, dans sa thèse inaugurale.

M. Moissy préfère un mélange de gaïacol et de glycérine, à parties égales, ou à deux parties de gaïacol, pour une de glycérine, mélange qui est bien supporté par la peau. Grâce à ce procédé, il a pu faire plus de trente applications de gaïacol en deux jours sur une même région, sans produire la moindre lésion, ni occasionner la plus légère douleur.

L'effet antithermique commence à se manifester vingt minutes environ après son application : le malade éprouve tout d'abord une cuisson, qui dure cinq minutes, puis les douleurs diminuent et cessent tout à fait; il y a en même temps sédation générale, diminution de la fièvre; le malade peut prendre du repos et dormir.

L'absorption se fait sans doute surtout par l'inhalation pulmonaire, et aussi par la peau, dont l'épiderme est facilement altéré; mais l'action sédative doit surtout avoir pour point de départ l'action exercée par le gaïacol sur les nerfs cutanés et transmise à la fois aux centres de la thermogenèse.

A quoi est due l'action antithermique du gaïacol? Est-ce à son absorption, ou faut-il l'attribuer à un réflexe, ayant pour point de départ les nerfs cutanés, comme chez les tuberculeux?

Le gaïacol est un moyen de préservation, dans le cas où le sulfate de quinine est mal supporté ou n'agit pas immédiatement.

N'agit-il que sur le parasite? Ou a-t-il également une action sur l'économie? Cette dernière hypothèse nous semble la vraie, car en réalité le gaïacol agit également sur les fièvres intermittentes, symptomatiques, étrangères à la malaria (tuberculose, etc.).

Quant à son action sur le parasite, on peut la constater directement, si l'on fait passer sur la préparation une petite quantité de gaïacol, les mouvements des parasites s'arrêtent.

Je viens d'essayer cet agent sur un malade, âgé de trente ans, qui avait eu six accès très graves de fièvre intermittente quotidienne, avec une température axillaire de 41°2. Je lui ai fait sur la région splénique des badigeonnages de gaïacol associé avec de la lanoline et déjà, le lendemain, la température de 41°2 était tombée à 38°8; je continuai les badigeonnages et, le troisième jour, la température ne marquait plus que 37°2. Le traitement fut continué deux semaines et, depuis cette époque, la guérison s'est maintenue.

Je ne connais aucune contre-indication à l'emploi du gaïacol en badigeonnage, je ne lui connais pas davantage d'effets secondaires fâcheux.

Je ne prétends pas cependant que l'action du gaïacol soit supérieure à celle du sulfate de quinine, mais je crois qu'elle peut lui être comparée.

ASSOCIATION FRANÇAISE DE CHIRURGIE

RÉUNIE EN CONGRÈS A LYON (VIIIe SESSION)

AFFECTIONS CHIRURGICALES DU MEMBRE SUPÉRIEUR

Les cas de **suture osseuse pour fracture de la clavicule** sont actuellement assez nombreux, et il faut distinguer si la suture est faite pour fracture fermée ou pour fracture ouverte. Il est aussi des cas mixtes, ce sont ceux où une esquille pointe à la peau et s'accompagne de compression nerveuse. Le cas de M. Mauclaire rentre dans cette dernière catégorie.

Dans son observation, nous notons les points intéressants suivants : la cicatrice, d'abord horizontale, devient légèrement oblique en haut et en arrière, par le fait de la contraction du peaucier. L'étendue des lésions nerveuses était très grande, puisque les muscles rotateurs de l'épaule étaient paralysés.

Parmi les cas d'intervention sanglante pour lésions nerveuses, dans ceux de Earle, Chavier, Mercier, il y avait contusion simple du plexus par le fragment externe. Dans les cas de Gibson, Gross, Hamilton, Boore, il y avait compression nerveuse par une esquille. Dans les cas de Hilton, c'est un épanchement sanguin qui donna lieu à une rétraction cicatricielle comprimant des branches du plexus brachial. Enfin, dans les cas de Polaillon, Chalot, le cal vicieux comprimait le plexus, ou bien c'était le fragment externe qui, dans le cas de pseudarthrose, comprimait le plexus dans les mouvements du bras. L'observation de M. Mauclaire montre que les lésions peuvent être très complexes et nécessiter parfois une intervention précoce.

M. Jaboulay (de Lyon) présente un cas de **résection totale de l'omoplate**.

Avec M. Poirier, nous descendons aux **fractures de l'humérus et de son extrémité supérieure**. La communication de M. Poirier provient de l'étude de 68 pièces anatomiques, dont 41 siégeaient sur l'extrémité supérieure, 15 sur le corps et 12 à l'extrémité inférieure.

Sur 41 fratures de l'extrémité supérieure, 38 siègent au col chirurgical, 33 ont été faites par pénétration, surtout marquée à la partie postérieure. Ce sont donc des fractures de cause indirecte, ce qui est en contradiction avec l'opinion reçue.

Comme traitement, M. Poirier se rattache au massage et à la mobilisation précoce.

Malgré un traitement bien combiné, les fractures de l'hu-

mérus terminent souvent par pseudarthrose. M. Rioblanc en a observé un cas, pour lequel il pratiqua la résection et la suture, avec un bon succès. Aussi est-il partisan de **l'intervention précoce dans la pseudarthrose de l'humérus.** Une simple suture à la soie est suffisante, et surtout le désenclavement de quelques fibres musculaires interposées. C'est là, en effet, la cause la plus fréquente de pseudarthrose humérale.

La séance se termine par une communication sur l'ostéoclasie par M. Robin (de Lyon), dont on connaît l'appareil si ingénieusement combiné.

La communication de M. Rochet (de Lyon) a trait à une lésion des os de la face; elle est intitulée : **Ostéotomie de la branche montante du maxillaire inférieur, suivie d'interposition musculaire, dans l'ankylose temporo-maxillaire.**

D'une façon générale, l'ostéotomie sous-condylienne ou sous-coronoïdo-condylienne est plus simple que la résection du condyle, dans les cas d'ankylose temporo-maxillaire. La résection est parfois, en effet, très laborieuse, quand elle porte sur un condyle déformé, hyperostosé, remplissant à lui seul toute une région où on est mal à l'aise pour évoluer, à cause de la présence du nerf facial. L'ostéotomie portant au-dessous du condyle ou de l'apophyse coronoïde est déjà plus simple, car elle attaque une portion généralement saine de l'os, non hypertrophiée, et qu'il est plus facile de sectionner. Quand on la pratique sur le milieu ou même la partie inférieure de la branche montante, l'opération est alors tout à fait facile. On se sert, pour ce faire, d'une incision en L encadrant l'angle de la mâchoire. Arrivé sur l'os, on relève à la rugine le masséter et le ptérygoïdien interne, jusqu'à ce qu'on soit parvenu au point où l'on veut sectionner l'os. Un coup de cisaille est donc donné à ce niveau, et on complète cette ostéotomie en lui donnant une forme cunéenne à base de coin dirigée en arrière. C'est alors qu'intervient l'interposition musculaire pour assurer la stabilité du résultat donné par l'ostéotomie, et créer une pseudarthrose définitive entre les deux fragments. Pour la réaliser, on découpe de bas en haut une lame musculaire un peu large sur la face profonde du masséter, on vient la faire passer entre les deux fragments, et on l'attache en dedans par quelques points de suture au ptérygoïdien interne. En résumé, la méthode proposée est plus commode, plus simple, généralement, que la résection condylienne, elle permet d'éviter plus aisément la blessure du facial, et l'interposition musculaire qui suit l'ostéotomie crée une pseudarthrose durable entre les deux surfaces ostéotomiées. Cette méthode a été appliquée dans un cas d'ankylose unilatérale, et avec un plein succès, par M. Rochet.

ANESTHÉSIE PAR LE CHLOROFORME

L'anesthésie par le chloroforme ne pouvait pas ne pas être l'objet d'une communication dans une assemblée de chirurgiens. M. Alphonse Guérin attribue **l'action du chloroforme sur le cœur à un réflexe d'ordre nasal qui produit l'inhibition du cœur par une action sur le pneumogastrique.** Lorsqu'on fait respirer du chloroforme à un lapin directement par la trachée, après trachéotomie, le cœur ne subit aucune atteinte; quand, au contraire, on présente du chloroforme devant le nez du lapin, le cœur s'arrête; or, comme la trachée a été coupée transversalement, le chloroforme respiré par les narines n'a pu passer par les bronches; il est donc bien démontré que l'agent anesthésique n'agit sur les mouvements du cœur que par les nerfs nasaux et les nerfs cardiaques du pneumogastrique; les premiers, par une action réflexe, réagissent sur les seconds.

Il faut donc s'attacher à empêcher l'action des vapeurs du chloroforme sur la muqueuse nasale. Pour cela, il faut prendre la précaution de presser le nez du malade entre les doigts de la main qui tient la compresse jusqu'à ce que l'anesthésie générale se soit produite. A ce moment, la muqueuse nasale, anesthésiée, n'a plus d'action réflexe.

AFFECTIONS DES ORGANES GÉNITO-URINAIRES DE LA FEMME

A en juger par le nombre des orateurs inscrits, cette séance paraissait devoir être riche en faits nouveaux, et la gynécologie semblait y devoir enregistrer d'intéressants progrès. C'est un espoir qu'il faut perdre, les communications et discussions n'ont porté que sur des questions déjà maintes fois soulevées et en parties résolues.

La discussion a été ouverte par M. Delagenière (du Mans) qui a fait une vive critique **de la voie vaginale dans l'extirpation de l'utérus et de ses annexes.** Il repousse le procédé de Péan, comme aveugle et dangereux, et *a fortiori* la voie abdomino-vaginale préconisée par M. Chaput, dont le procédé a, dit-il, les inconvénients réunis de la méthode vaginale et de la méthode abdominale sans en avoir les avantages. Il préconise **l'ablation totale par la voie abdominale,** procédé qui lui a donné 4 guérisons sur 4 cas.

Ce mode d'intervention présenterait les avantages suivants :

1° Possibilité de limiter l'intervention dans les cas d'affection unilatérale, ou dans les affections peu graves;

2° Facilité aussi grande que possible pour enlever toutes les parties malades sous le contrôle de la vue;

3° Faculté de ne laisser aucune surface saignante dans la cavité péritonéale et de recouvrir de péritoine les surfaces dénudées;

4° Sécurité plus grande pour détacher les adhérences intestinales et pour remédier aux déchirures de l'intestin;

5° Pas de pinces à demeure et pas de souffrances après l'opération.

Les partisans de l'hystérectomie totale ont rapidement relevé le gant, et vanté les bienfaits de la méthode vaginale. MM. Segond, Championnière et Michaux se déclarent partisans convaincus de l'opération de Péan qui leur a donné de bons résultats dans des cas désespérés. M. Segond fait même une communication pour recommander **l'hystérectomie vaginale dans les tumeurs solides ou kystiques de l'ovaire.** On voit quelle confiance ce chirurgien a mise dans la voie vaginale, qu'il suit de préférence.

La vérité est qu'il y a place pour tous les modes d'intervention, et que, dans la pratique chirurgicale, les opinions systématiques seront toujours nuisibles. Pour des lésions infectieuses des annexes péri-utérines, le chirurgien peut se contenter de l'incision vaginale seule, il peut la compléter par l'hystérectomie vaginale, il peut, à son gré, choisir la voix abdominale, enlever les annexes profondément lésées, en laissant ou en enlevant l'utérus, comme le recommande

M. Delagenière. En réalité, c'est là une affaire d'indications, contre des lésions si variées et si dissemblables entre elles, le chirurgien ne saurait être trop armé; suivant le cas, il prendra l'une ou l'autre voie, parfois les deux. Mais quoi que nous disions, nous n'empêcherons jamais qu'à côté des chirurgiens éclectiques et utilisant, suivant les cas, l'un ou l'autre procédé, il y ait les enthousiastes qui, convaincus de l'excellence d'une méthode, qu'ils connaissent bien, l'emploieront toujours et, pour ainsi dire, à l'exclusion de toute autre.

L'observation suivante de M. Schwartz prouve que l'extirpation des annexes n'est pas toujours suffisante pour guérir les affections pelviennes de la femme et, dans un cas, il a dû pratiquer une **hystérectomie abdominale secondaire.** Voici le résumé de l'observation :

Elle concerne une jeune fille hystérique, qui souffrait constamment, mais surtout au moment de ses règles, de douleurs très violentes dans le bas-ventre et les reins. M. Schwartz constata de la métrite granuleuse du col et de l'endolorissement des culs-de-sac. La malade avait, en outre, une dilatation très marquée de l'estomac et une fissure anale intolérante.

Il fit, dans la même séance, la dilatation anale, puis la dilatation utérine et le curetage de l'utérus, la malade ne fut pas améliorée.

Il se décida alors à faire une laparotomie et trouva deux ovaires sclérokystiques et deux petites trompes épaissies, avec quelques adhérences de la trompe gauche; il enleva les ovaires et les trompes.

Cinq à six jours après l'opération, la malade fut prise d'aphonie, puis d'accès de contracture et de rétention d'urine, puis spasme du col de la vessie, accidents purement hystériques et qui disparurent bientôt. Cependant, elle n'éprouvait aucune amélioration du côté des organes génitaux; les douleurs continuaient, il se faisait un écoulement fétide par le vagin; des vomissements apparurent; il fit un nouveau curetage sans succès; l'électrolyse, les attouchements intra-utérins au perchlorure de fer ne réussirent pas davantage. On décida alors de faire l'hystérectomie. L'utérus était petit et atrophié, mais haut situé, se sentant au-dessus du pubis; le vagin était très long et très étroit; dans ces conditions, l'hystérectomie abdominale lui parut plus indiquée que l'hystérectomie vaginale, à cause de l'étroitesse du vagin. Il fit donc l'hystérectomie abdominale totale. L'utérus enlevé était petit (6 centimètres de long). La muqueuse du corps présentait une ulcération qui, examinée histologiquement au laboratoire de M. Cornil, fut diagnostiquée « probablement tuberculeuse ». Les pédicules ovariques ne présentaient aucune lésion.

La malade, après cette opération, fut absolument guérie.

M. Schwartz conclut de cette observation qu'il y a des cas où la laparotomie ne suffit pas et où il faut faire l'hystérectomie; et des cas où l'hystérectomie abdominale est préférable à la voie vaginale.

M. Vuilliet (de Genèves) communique sa statistique d'**hystérectomies pour fibromes utérins.** Il résulte de cette statistique que toutes les méthodes sont bonnes et susceptibles de donner d'excellents résultats. Aucune méthode n'a pu établir sa supériorité sur les autres. Aussi, dans chaque cas, l'opérateur doit-il opter pour l'intervention qui sera la plus simple. Les conclusions de M. Vuilliet peuvent se résumer ainsi : si le pédicule du fibrome est petit on le réduit dans la cavité abdominale, s'il est volumineux on le fixe à la partie inférieure de la plaie. M. Polosson (de Lyon) pense même qu'il y a intérêt à fixer toujours le pédicule au dehors, et de commencer son évidement dès quarante-huit heures après l'opération.

Dans le même ordre d'idées, signalons les communications de M. Delaunay (de Paris) sur l'**ablation totale des grosses tumeurs de l'utérus,** ablation dont M. Delagenière (du Mans) vient donner deux observations.

A signaler également une intervention hardie de M. A. Reverdin (de Genève). Sa communication est intitulée : **Fibrome du poids de 48 livres développé dans la zone graisseuse du rein; ablation de la tumeur et du rein droit; guérison.**

M. Laroyenne (de Lyon) a pratiqué 500 ovariotomies depuis vingt ans : il a perdu près de 100 malades. Le chirurgien lyonnais fait connaître sa technique opératoire; dans une deuxième communication, ce même chirurgien recommande l'**hystéropexie abdominale** comme **traitement de choix de l'antéflexion utérine.** Les suites opératoires et thérapeutiques sont des meilleures. Il est certain, pour tous les esprits non prévenus, que cette ventro-fixation est infiniment supérieure à la vagino-fixation, préconisée par quelques opérateurs. On ne comprend guère comment on peut fixer un organe sur les parois aussi mobiles d'un conduit aussi dilatable que l'est le vagin.

Nous attirons l'attention sur la communication de M. Goullioud (de Lyon), pour refroidir l'ardeur des chirurgiens trop prompts à pratiquer la castration utéro-ovarienne. Ce chirurgien a observé des **grossesses chez des opérées de salpingo-ovarites,** aussi bien quand la salpingite avait été opérée par simple débridement vaginal (11 cas), que lorsqu'on avait fait l'ablation unilatérale des annexes, avec ventro-fixation (8 cas). Certains cas concernent même des femmes qui avaient été atteintes de pelvi-péritonite généralisée.

Il a étudié, d'une part, l'influence de la périmétrite ancienne sur la grossesse; d'autre part, l'influence de la grossesse sur la pelvi-péritonite.

L'influence de la périmétrite sur la grossesse a été nulle dans la plupart des cas; la grossesse et l'accouchement ont été normaux.

Quant à l'influence de la grossesse et de l'accouchement sur la salpingo-ovarite ancienne, elle est heureuse. La grossesse, en ramollissant les tissus péri-utérins, fait une sorte de massage des annexes et de la périmétrite. L'affection tend vers la guérison sous l'influence de la grossesse.

M. Vuillet (de Genève) a observé, lui aussi, cette influence heureuse de la grossesse sur les périmétrites anciennes.

M. Fochier est plus pessimiste. Il croirait plutôt à l'influence néfaste de la grossesse sur les lésions de périmétrite.

M. Levrat (de Lyon) s'est bien trouvé du **crayon de chlorure de zinc** dans deux cas de fibromes métrorragiques.

M. Condamin (de Lyon) fait deux communications : l'une sur la **salpingo-ovariotrypsie** préconisée par son maître, M. le professeur Laroyenne; l'autre sur une variété nouvelle de **cancer utérin,** qu'il appelle cancer diffluent à cellules musculaires embryonnaires.

Dans ces cas, le cancer se développe primitivement dans le tissu musculaire lui-même. L'utérus augmente de volume et se ramollit. La muqueuse reste longtemps saine. La diffluence de ce néoplasme est telle que, dans un cas, il a été pris pour une hématocèle et a été incisé. Il en est sorti du suc avec des fragments charnus, qui ont été examinés par M. Bard et reconnus formés de cellules musculaires embryonnaires. Il a observé deux cas de cette espèce et M. Laroyenne lui a communiqué plusieurs autres cas. Dans ses deux cas personnels, la marche a été très rapide, la mort est survenue en six mois. Il n'y a pas eu de généralisation.

M. Djemil bey fait connaître un cas de **grossesse tubo-ovarienne** traitée et guérie par la laparotomie.

M. Jeannel (de Toulouse) publie une observation de **déciduome malin.**

La littérature médicale compte jusqu'à ce jour dix-huit observations de déciduome malin. Voici un dix-neuvième cas de cette affection.

Il s'agit d'une femme de vingt-six ans, qui, après une suspension de règles de quinze jours, eut une hémorragie considérable, indice certain d'un avortement. Malgré un tamponnement serré, les hémorragies continuèrent. Cinq mois après l'avortement, on sentait au-dessus du pubis une tumeur dure, multilobulée, débordant la symphyse de deux travers de doigt. Diagnostic : fibromes multiples. A cause de l'intensité des hémorragies, M. Jeannel fit l'hystérectomie vaginale. Mais en enlevant l'utérus, au lieu du tissu dur du fibrome, il tomba sur un magma mollasse, sur la nature duquel il ne fut pas d'abord fixé. L'examen histologique montra qu'il était formé de tissu placentaire : il s'agissait, en somme, de déciduome malin ayant ulcéré en cratère la paroi utérine. Ce qui prouve bien la malignité de la tumeur, c'était l'existence de noyaux secondaires constatés dans la paroi utérine elle-même.

La cure du **prolapsus utérin** est obtenue par M. Schmeltz (de Nice) par la colporraphie antérieure, la colpopérinéorraphie et l'hystérectomie.

L'élytrorraphie antérieure se fait par incision médiane. Les lambeaux latéraux sont décollés avec le doigt et excisés.

Pour la colporraphie postérieure, l'opération de Lawson Tait est ainsi modifiée : après avoir fait une incision tout autour de la vulve, sur la demi-circonférence postérieure, à la limite de la muqueuse, on décolle avec les doigts la muqueuse vaginale ; on suture en commençant par la partie inférieure. Une incision médiane est faite alors dans le vagin, comme pour la colporraphie antérieure. Les lambeaux de la muqueuse sont excisés, puis on suture la plaie.

L'hystérectomie précède ces opérations. On n'applique pas de pinces, qui gêneraient les colporraphies, et l'on fait la suture des ligaments larges. L'utérus est ensuite retranché sans perte de sang.

Toutes ces opérations combinées peuvent se faire en un temps très court, en une demi-heure au maximum.

Ceci est tout à l'honneur de l'habileté opératoire de notre confrère. Il reste à savoir si tout ce luxe opératoire est bien indispensable, et si l'hystérectomie est bien nécessaire quand l'opérateur a bien solidement établi une nouvelle sangle périnéale ?

M. Campenon (de Paris) propose de suivre, chez la femme, **la voie vaginale pour exciser les rétrécissenents non cancéreux du rectum.** Voici sa communication, avec les détails de la technique opératoire.

L'excision est le procédé de choix pour les rétrécissements non cancéreux du rectum, mais, pour qu'elle donne tout ce qu'on est en droit de lui demander, il faut qu'elle soit faite largement et qu'elle respecte les fonctions sphinctériennes.

La voie vaginale *médiane*, avec incision de tous les tissus depuis la peau jusqu'au-dessus du rétrécissement et restauration immédiate du sphincter, répond à ces deux indications.

Après antisepsie préliminaire, l'opération est conduite de la façon suivante :

La malade est placée dans la position dite du spéculum, les cuisses fortement fléchies. Une large valve refoule sous le pubis la paroi antérieure du vagin. On fend rapidement et d'un seul coup, sur la ligne médiane, cloison vagino-rectale, fourchette, périnée et anus. Deux anses de fil passées aux angles des lambeaux ainsi taillés servent à écarter les parties et à tendre la région ano-rectale que l'on a, dès lors, absolument sous les yeux. Une incision parallèle à l'anus, n'intéressant que l'épaisseur des parois rectales, est faite immédiatement au-dessous du rétrécissement. On dissèque de bas en haut toute la portion à réséquer qu'on enlève d'un coup de ciseaux. On libère dans une étendue suffisante la partie supérieure saine jusqu'à ce que l'on puisse facilement l'amener au contact du segment ano-rectal conservé.

La restauration est assurée par trois temps successifs : 1° affrontement des deux bouts du rectum par double plan de suture musculaire et muqueuse (la suture de la couche musculaire doit comprendre une épaisseur assez grande de tissus pour éviter les sections ultérieures) ; 2° restauration du sphincter par points de suture spéciaux avec affrontement très exact des surfaces ; 3° réfection du vagin et du périnée comme dans la périnéorraphie.

Le pansement consiste dans le tamponnement à la gaze iodoformée du vagin et du rectum avec mise à demeure d'un gros tube en caoutchouc intra-rectal assurant l'issue des gaz.

Pratiquée le 8 août chez une femme de vingt-six ans atteinte de rétrécissement vénérien très étroit siégeant à l'union de l'anus et du rectum, ce procédé opératoire a donné plein succès.

Plusieurs objections peuvent toutefois être élevées contre le procédé de M. Campenon ; il ne paraît guère plus facile que l'excision par les voies naturelles, toutefois il est possible que la large brèche créée à travers le périnée rende l'opération plus rapide. Mais, à ce procédé comme aux autres procédés d'excision, il y a une grosse objection à faire, c'est qu'après l'excision, il faut abaisser la muqueuse et la suturer à l'anus, or, la muqueuse rectale, située au-dessus du point rétréci, est souvent enflammée, infiltrée, épaissie, non mobilisable. C'est là une sérieuse difficulté qui doit préoccuper le chirurgien plus que la technique opératoire à employer.

En résumé, plusieurs observations intéressantes, quelques petits points de pratique personnelle publiés et mis en relief, mais, en réalité, beaucoup de communications pour peu de choses.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 24 octobre 1894. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE

COMMUNICATIONS

Cystostomie sus-pubienne. — M. BAZY a, en 1882, présenté un travail sur le méat hypogastrique pour remédier aux hémorragies vésicales, aux cancers de la vessie, etc. Puis, plus tard, Thompson a préconisé la boutonnière périnéale. Cette année, M. Bazy a fait quatre fois la cystostomie sus-pubienne pour des tumeurs vésicales dans trois cas, et une fois pour une hypertrophie de la prostate.

Le cathétérisme donne des résultats plus satisfaisants. Le drainage par les voies naturelles lui paraît plus rationnel et moins grave. Le traitement s'adresse non à la prostate hypertrophiée elle-même, mais bien aux symptômes. La sonde à demeure peut remplacer la cystostomie. Les indications de la cystostomie résultent seulement des complications.

Ces complications communes à tous les urinaires, la douleur, l'hémorragie, l'infection peuvent revêtir toutes les formes, tous les degrés. Les douleurs sont calmées par des lavages, le régime; si la cystalgie est calculeuse, la lithotritie la fera disparaître. L'infection à forme aiguë est plus difficilement curable. La taille hypogastrique ne donne pas les résultats qu'on semblait devoir en attendre dans ces cas particuliers.

Comme conclusion, le cathétérisme, la sonde à demeure, l'antisepsie de la vessie par des lavages répétés paraissent à M. Bazy des procédés beaucoup plus simples et tout aussi efficaces que la cystostomie sus-pubienne.

Il réserve la taille aux seules vessies calculeuses irritables, à colonnes, les autres relèvent de la lithotritie.

La ponction n'est qu'un mode d'exception. Elle est rarement utile. Le cathétérisme chez les prostatiques est rendu facile par la variété des sondes mises à la disposition des chirurgiens en face d'une prostate hypertrophiée.

Dans les faits où le cathétérisme est difficile à répéter, où il provoque des douleurs, où la sonde à demeure ne peut être supportée, le traitement général, des précautions thérapeutiques, rendent supportable la sonde à demeure.

Dans les cas de vessies dilatées lentement, menacées d'infection, on pourra songer à l'opération de Poncet.

Le méat artificiel ne doit être qu'une exception.

Ablation du rectum par le procédé de Kraske — M. ZANCAROL (d'Alexandrie) a eu l'occasion de pratiquer quatre fois cette opération, dont les suites ont été heureuses. L'une de ses opérées était une femme de trente-quatre ans, dont l'épithélioma rectal avait envahi le vagin. Après avoir traité la malade par le naphtol à l'intérieur, et les lavements boriqués pour intervenir dans les meilleures conditions d'antisepsie, M. Zancarol a fait l'extirpation complète du rectum et de l'anus y compris la presque totalité du sphincter et il a suturé le bout supérieur de l'intestin à la peau. La guérison était obtenue au bout de deux mois sans incontinence aucune, ce qu'il attribue à la persistance de quelques faisceaux du sphincter; elle s'est maintenue pendant dix-huit mois sans récidive.

La seconde opérée, femme de quarante ans, avait également un épithélioma recto-vaginal; il a procédé de la même façon que dans le cas précédent, et, de plus, il a dû, à cause de l'étendue du mal en hauteur, ouvrir le péritoine qu'il a fermé ensuite par des sutures. Le bout de l'intestin a été suturé à la peau. Collapsus pendant quarante-huit heures; suppuration pendant un mois et demi et guérison. Pas d'incontinence fécale; pas de récidive depuis six mois.

Le troisième malade était un homme de trente-huit ans, dont il a réséqué le rectum en totalité avec ouverture du péritoine. Cinquante jours après, la guérison était parfaite et quatre mois se sont déjà écoulés sans retour du néoplasme. Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'un épithélioma ano-rectal que portait un homme de quarante ans; il a opéré de la même façon sans atteindre le péritoine et, au bout de deux mois, la cicatrisation était complète.

M. QUENU insiste sur la fréquence de la suppuration à la suite de cette opération, car la désinfection de la région est fort difficile. Pour l'obtenir, il n'y a guère à compter sur le naphtol et sur les lavages boriqués. Il vaut mieux tenter le raclage et le curetage comme opération préliminaire.

M. Zancarol attribue l'absence d'incontinence fécale, qu'il a notée chez ses quatre opérés, à ce que quelques fibres du sphincter ont dû être conservées et ont suffi à constituer une barrière constrictive, seulement franchissable par moments par le bol fécal. M. Quenu admettrait mieux qu'au bout d'un certain temps la muqueuse a repris son état normal et qu'alors la défécation se produit sous l'influence d'un acte réflexe.

M. ROUTIER, outre qu'il n'est pas facile d'obtenir la désinfection de la région ano-rectale, croit qu'il y a lieu de tenir compte, parmi les causes de la suppuration, de cet état de la plaie créée par la résection osseuse; il existe, en effet, un vide, au niveau duquel l'affrontement des tissus est imparfait et, par conséquent, crée une condition qui peut favoriser la suppuration.

M. RICHELOT signale une autre cause de suppuration: c'est le sphacèle d'une portion de rectum, quand, par suite de la section du méso-rectum, lorsqu'on exécute des manœuvres de traction en bas, l'intestin se trouve privé d'une partie de ses vaisseaux nourriciers.

M. ZANCAROL croit que, dans cette opération, il est difficile d'empêcher la suppuration d'apparaître; d'ailleurs, elle est de peu d'importance, puisqu'elle ne nuit pas au résultat.

La staphylorraphie facile. — M. FELIZET, sous ce nom, désigne un procédé opératoire, qu'il n'a encore employé que trois fois, mais qui lui a donné des succès constants.

Il a pour but de supprimer toute tension et tout mouvement dans le voile du palais et d'assurer par cette laxité et par cette immobilité la suture parfaite des bords avivés.

C'est à la suite de l'observation de graves traumatismes avec perte de substance du voile, traumatismes qui se guérissent toujours avec une remarquable facilité, qu'il a été amené à faire, non pas les débridements ni les myotomies, mais la transfixion totale du voile du palais, à 2 centimètres des bords de la division congénitale, transfixion qui crée deux larges baies faisant communiquer la bouche avec le pharynx nasal. Cette baie représente le centre du voile, dont la marge et les insertions sont intactes. Les bords avivés tombent inertes et se touchent presque.

La suture des bords préalablement avivés n'est plus qu'un acte facile, car le palais ne se dérobe plus et ne se défend plus contre la fonction des aiguilles. Le passage des fils se fait avec d'autant plus de régularité qu'il est possible avec un crochet mousse et même les doigts d'attirer le voile en avant et d'opérer à une moindre profondeur.

La transfixion du voile se fait avec une grande régularité au moyen d'une pince à plateaux qui saisit le voile, l'attire et l'aplatit, guidant en même temps le passage du bistouri. En moins de huit jours, cette plaie ne laisse plus de traces et quand le palais a repris ses fonctions, la soudure des bords de la division congénitale est accomplie et aucun tiraillement ne peut plus la compromettre.

La séance est levée.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Fournier a donné lecture d'un travail important sur les rapports de la paralysie générale avec la syphilis. Nous le reproduirons *in extenso*.

La précieuse méthode de M. Laborde sur le traitement de la mort apparente par les tractions rythmées de la langue n'avait pas encore, croyons-nous, reçu la sanction des chirurgiens. Cette sanction vient de lui être donnée pleine et entière par deux des chirurgiens les plus autorisés de l'Académie, MM. Labbé et Verneuil.

M. Labbé qui, jusqu'ici, avait la conviction absolue que la seule chose à faire en présence de la mort apparente pendant la chloroformisation était la respiration artificielle, a eu recours récemment, dans un cas où la mort semblait absolue, aux tractions rythmées de la langue, qui ont ramené le malade à la vie avec une rapidité extraordinaire. Aussi n'hésite-t-il plus maintenant à donner la préférence au procédé de M. Laborde.

M. Verneuil a, de son côté, appuyé complètement l'opinion émise par M. Labbé sur la valeur de ce procédé. Il y ajoute la flagellation de l'épigastre avec un linge mouillé.

Au début de la séance, la parole a été donnée à M. Kelsch, pour la lecture de l'éloge qu'il a prononcé à l'inauguration de la statue de Claude Bernard, à Lyon. Rapprochant cet éloge de celui de Villemin qu'il a fait récemment, dans une circonstance analogue, M. Kelsch a pu dire, avec raison, que la France pouvait s'enorgueillir d'avoir à louer de tels savants.

REVUE GÉNÉRALE

Les polypes muqueux (nez, arrière-nez, sinus).

Par Henri RIPAULT,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

HISTORIQUE. — Les polypes muqueux des fosses nasales étaient déjà connus des anciens : Hippocrate, Celse, Galien, qui en parlent dans leurs écrits.

Puis nous voyons Paul d'Egine et Albucasis conseiller l'ablation au bistouri ; Ætius à l'aide du cautère.

Avec Guillaume de Salicet nous trouvons la première indication du serre-nœud ; avec Fabrice d'Aquapendente celle de la pince coupante ; pour prévenir la récidive, déjà bien connue à cette époque, Valsalva et Morgagni préconisent l'ablation de la lame osseuse sous-jacente à la tumeur ; Levret et Wilde enfin perfectionnent le procédé de la ligature.

Gerdy, le premier, établit une véritable classification des polypes, et s'attache à bien décrire leurs caractères.

Nous arrivons ainsi peu à peu à la période rhinologique où des travaux trop nombreux pour être cités dans ce court historique jettent la lumière sur tous les points de la question ; nous les rencontrerons d'ailleurs la plupart chemin faisant, ne retenons ici que les noms de Zuckerkandl et de M. Mackenzie.

Les myxomes de l'arrière-nez sont de date plus récente dans la science ; Legouest, le premier en 1869, en rapporte une observation, à laquelle se joignent bientôt celles de Trélat, Richet, Labbé, Panas (1)..., pour ne donner que les noms les plus connus.

Enfin, ce que nous savons des polypes sinusaux est dû en grande partie aux recherches de rhinologistes allemands : Hopmann et Heymann en particulier (2).

II

ANATOMIE PATHOLOGIQUE. — A. **Polypes nasaux.** — Tumeurs grisâtres, à surface lisse, les unes sessiles : petits myxomes embryonnaires, parfois cependant masses très volumineuses ; les autres, le plus grand nombre, pourvues d'un pédicule, les rattachant à la pituitaire.

Ce dernier est d'une longueur et d'une épaisseur fort variable, de consistance beaucoup plus ferme que le reste de la tumeur, plutôt mollasse, il contient les éléments vasculaires ; c'est lui qui assure la nutrition.

La tumeur peut être unique, isolée ; mais le fait est assez rare ; on en observe ordinairement une véritable série, et Noquet et Browne en ont rencontré jusqu'à 80 chez le même individu ; les deux narines sont envahies chez 30 à 40 p. 100 des malades (Mackenzie) ; il est difficile de compter exactement d'ailleurs les néoplasmes ; beaucoup n'étant encore qu'en voie d'évolution, et se prêtant très mal à cette période à un examen précis.

Forme et volume ne sont pas moins variables ; les plus petits ont la grosseur d'un grain de blé et forment un semis véritable à la surface de la muqueuse, les plus gros ont atteint, dépassé même les dimensions du pouce, les moyens sont du volume d'un grain de raisin ; le plus ordinairement ovalaires (en forme de larme : Mackenzie), d'autres fois arrondis ; à mesure qu'ils se développent, ils se moulent sur

les anfractuosités nasales et prennent les aspects les plus divers : multilobés; en grappe; pourvus aussi de prolongements multiples, sortes de tentacules trompant sur leur nombre et leur volume exacts, et pouvant contribuer à une extraction laborieuse.

On a signalé des pédicules multiples; erreurs d'interprétation, car il s'agissait de simples adhérences périphériques, et non de points d'attaches véritables (Zuckerkandl).

Le siège est des plus utiles à préciser; le plus souvent sur la paroi externe : région des cornets et méats. Le plus grand nombre prend insertion dans le méat moyen, au niveau de l'hiatus semi-lunaire, parfois en plein infundibulum, c'est-à-dire au niveau des orifices des sinus : maxillaire et frontal; situation profonde expliquant la difficulté d'interventions radicales.

Ils deviennent plus rares, beaucoup plus rares dans le méat supérieur; paraissent manquer dans l'inférieur.

Le cornet moyen, par son segment antéro-inférieur surtout, leur donne souvent naissance, toute sa muqueuse peut alors participer à la dégénérescence myxomateuse; ils se développent parfois au niveau de la queue du cornet; c'est par son extrémité postérieure également que le cornet supérieur produit des polypes, proéminant aussi vers le nasopharynx; même remarque s'applique aux tumeurs du cornet inférieur, exceptionnellement notées.

Le néoplasme, dans les cas d'infiltration étendue de la muqueuse, occupe volontiers la voûte des fosses nasales, mais sans provenir directement de la région de la lame criblée; après avoir été longtemps admise, l'insertion sur la cloison a été niée par beaucoup, pour les mxyomes purs du moins; cependant, des faits absolument authentiques de Luc, Gouguenheim, Natier, Chiari (3) ne permettent pas de douter de leur existence.

Disons enfin que jamais un polype n'a été signalé au niveau du plancher des fosses nasales.

Le myxome, à la coupe, donne un liquide très épais et filant, sauf cas de liquéfaction de son contenu; il est tapissé à sa surface par une couche continue d'un épithélium cylindrique, devenant pavimenteux et stratifié (Coyne) quand la tumeur, en s'extériorisant, est exposée à des influences irritatives diverses. (Sous l'épithélium, est une membrane basale.)

Dans son ensemble, le néoplasme est constitué par un amas de tissu conjonctif embryonnaire, renfermant des cellules migratrices nombreuses, et une proportion très considérable de mucine [Botey (4)].

Cette dernière est une substance hyaline, gélatiniforme, dans laquelle sont incorporées sans aucun ordre des cellules arrondies ou fusiformes qui, d'abord régulières, se déforment ensuite, devenant nucléées et granuleuses (Cornil); amas cellulaires et mucine sont contenus dans des espaces aréolaires absolument irréguliers, circonscrits par des travées, plus ou moins résistantes, suivant l'âge et le volume de la tumeur, d'un tissu lamineux fin, dont les fibres, courtes, sont pourvues de jeunes cellules ou de granulations. On rencontre dans certains myxomes des glandes muqueuses développées, mais plus habituellement elles le sont peu, souvent même font complètement défaut.

Dans l'intérieur, il peut exister des cavités assez spacieuses, remplies d'un liquide séreux ou épais, devenant colloïde ou graisseux (Virchow) dans quelques cas; ce sont de pseudo-kystes, car une paroi propre fait constamment défaut; Zuckerkandl a rencontré, cependant, de véritables kystes à mucine (kystes par rétention glandulaire); nous retrouverons ailleurs encore cette liquéfaction de la substance myxomateuse; à la surface, absence de vaisseaux, ou réseau fin et très incomplet; arborescences délicates, lors de poussées irritatives : le polype ne saigne point; il n'a pas non plus de sensibilité propre, les ramuscules nerveux n'ayant été vus que dans le cas unique de Billroth; rappelons enfin avec Wright l'absence de toute épine osseuse.

La tumeur peut présenter exceptionnellement de petites ulcérations dues au frottement, et de petites hémorragies superficielles par traumatismes.

Dans le pédicule, même tissu muqueux, mais avec prédominance marquée de l'élément conjonctif, en continuité directe avec le tissu cellulaire de la pituitaire; les vaisseaux sont réduits ordinairement à des capillaires à parois embryonnaires, de rupture facile : d'où petits infarctus; ce pédicule peut être assez adhérent au tissu osseux sous-muqueux pour qu'il soit impossible de le détacher sans arracher en même temps des parcelles osseuses, parfois des lamelles assez considérables.

B. Polypes rétro-nasaux. — Ces tumeurs tirent leurs quelques particularités anatomiques de la structure même des plans de la région.

Les recherches de M. Panas (1858; 1873) ont montré la richesse extrême de l'élément conjonctif, avec épaississement notable du périoste au niveau et au voisinage des orifices postérieurs du nez; il s'agit donc ici d'une fibromuqueuse véritable dont les productions morbides participeront de cette organisation un peu particulière; le tissu fibreux y prédominera.

On rencontre, comme éléments constitutifs du fibromyxome, une couche épithéliale continue, stratifiée et pavimenteuse; puis un tissu dense, se colorant facilement au picrocarmin, comme tout tissu fibreux; les cellules migratrices et la mucine constituent le noyau même, et, comme dans le cas précédent, la plus importante partie de la masse. Le pédicule, ordinairement grêle, est, lui aussi, formé d'un tissu dense et fibreux et très adhérent à la fibro-muqueuse; il supporte de rares vaisseaux capillaires.

Le volume de ces tumeurs est souvent remarquable : œuf de pigeon, de poule, même au delà; il n'est pas rare de rencontrer de vastes poches pseudo-kystiques à contenu liquide, contribuant à leur donner ce développement considérable (Moure); notons l'absence de tout élément glandulaire.

Les unes sont régulières, ovoïdes, parfois multilobées, d'autres ramifiées, en forme de grappes (Ruault). Souvent uniques, parfois symétriques, jamais nombreuses. Elles s'implantent sur la queue des cornets, moyen ou supérieur, inférieur très rarement, plus exceptionnellement proviennent des méats; d'autres fois s'insèrent au pourtour des choanes, ou en des points voisins : face inférieure du corps du sphénoïde, exceptionnellement au bord postérieur de la cloison, sur le vomer (Mac-Coy); dans un cas (Legouest), l'insertion se faisait à la voûte du pharynx.

M. Wagnier distingue les tumeurs naissant directement de l'orifice postérieur, méritant bien, par leurs caractères physiques, le nom de *fibro*-myxomes, et celles qui naissent de l'intérieur du nez et procident dans le cavum : elles se rapprochent beaucoup plus du simple myxome nasal; ce sont là, somme toute, des formes de transition, plus ou moins prononcées, entre le fibrome pharyngien et le myxome nasal.

C. Polypes sinusaux. — Heymann a rencontré quatorze fois des myxomes dans le sinus maxillaire où ils se présentaient sous deux aspects : masses gélatiniformes, sans caractère spécial; et replis flottants, polypes rudimentaires selon lui; dans tous les cas, implantation par large base; plusieurs fois l'insertion se faisait au niveau même de l'ostium que la tumeur pouvait obstruer, pour de là gagner la cavité nasale; aucune autre particularité à noter, si ce n'est la rareté de tumeurs multiples (Hopmann) : après le sinus maxillaire, le sinus frontal est leur siège de prédilection, elles peuvent aussi combler le canal infundibulo-frontal; plus rarement

(Péan, Berger, Fergusson) les groupes des cellules ethmoïdales, ou le sinus sphénoïdal [Schœffer (5)].

Les altérations de la muqueuse (sinusites catarrhales, purulentes); des os voisins : ethmoïdite nécrosante (Voakes) leur sont associées dans grand nombre d'observations.

III

PATHOGÉNIE. — Malgré des théories nombreuses, elle est encore entourée d'obscurités; on regarde seulement avec Zuckerkandl ces pseudoplasmes comme le résultat d'une irritation hyperplasique de la muqueuse; quant aux causes initiales, aux prédispositions nécessaires, elles sont encore à éclaircir, et le pourquoi nous échappe.

Berton admet à l'origine un petit noyau glandulaire ou inflammatoire, servant d'épine; au voisinage, la muqueuse s'infiltrerait de plus en plus, puis se pédiculiserait.

On a invoqué un catarrhe nasal; mais combien de rhinites, chez l'enfant surtout, n'aboutissent pas au myxome! La rhinite hypertrophique est une coïncidence, assez peu habituelle; l'influence de traumatismes, des corps étrangers (Gerdy) est à négliger absolument. Allen (6) admet une inflammation primitive de la muqueuse qui se relâche et s'infiltre : œdèmes circonscrits qui, augmentant progressivement, aboutissent à la formation de tumeurs de plus en plus volumineuses; Billroth les fait dériver uniquement des glandes : adénomes; Mackenzie d'une infiltration de mucine, sans adjonction d'aucun autre élément, ce qui est exagéré; enfin, Hopmann les considère comme du tissu fibreux, ramolli secondairement : fibromes œdémateux.

Voakes, Gleason, Bosvorth (7) ont cherché à expliquer l'altération muqueuse par une lésion osseuse sous-jacente : ostéite ethmoïdale, par exemple, sans, puis avec suppuration des sinus : sphénoïdal, maxillaire; irritation permanente de la muqueuse, laquelle s'infiltre, dégénère, sans aboutir forcément d'ailleurs à la formation de tumeurs franchement pédiculées; le stade de dégénérescence peut subsister seul; Zuckerkandl, par ses nombreuses recherches, a combattu absolument cette théorie exclusive.

Parmi les causes les plus efficaces de la dégénérescence de la muqueuse nasale, il faut admettre, les faits le prouvent, l'influence, non pas d'altérations osseuses rarement constatées, mais de lésions prolongées des divers sinus dont les sécrétions irritent la muqueuse d'une manière continue : ainsi s'expliquent le siège de prédilection du myxome pour la région des ostia sinusorum (méat et cornet moyens), la fréquence et rapidité des récidives en ces points et l'influence souvent curative du traitement chirurgical de la sinusite.

L'influence des sinusites, si grande qu'elle soit, ne doit pas être exagérée et ses défenseurs les plus convaincus sont loin de la généraliser; Hartman, Grünvald, Schœffer, Killian (8) admettent dans un tiers, la moitié des cas tout au plus, la coexistence et la relation des deux affections.

On a beaucoup discuté pour savoir ce qui était primitif, de l'affection nasale qui, obstruant les ostia, prédisposait à la rétention et à l'infection de la cavité, ou de la lésion sinusale primitive, provoquant les désordres dont nous avons parlé. M. Luc penche toutefois, avec plusieurs rhinologistes, pour le point de départ nasal, mais la pathogénie de l'affection qui nous occupe n'y gagne pas encore beaucoup en clarté.

On a discuté également pour savoir si les myxomes nettement rattachés à une sinusite étaient des polypes muqueux véritables ou des granulations polypiformes; il est admis à présent que l'un et l'autre cas peuvent se présenter et même se combiner.

Nous ne retiendrons donc que les relations de l'infection du sinus et de l'irritation morbide de la muqueuse, toute autre conclusion ferme et absolue n'étant pas encore permise.

Le fibro-myxome de l'arrière-nez est un myxome se développant en tissu fibreux; on peut expliquer son accroissement par l'action de la pesanteur jointe à la spaciosité du cavum, peut-être bien aussi par le laps de temps mis souvent à le découvrir.

Browne, se basant sur ce fait que des polypes muqueux peuvent exister *isolément* dans le nez, les sinus, l'arrière-nez, a parlé d'une diathèse polypeuse; c'est là une théorie, vraie au point de vue clinique, mais ne résolvant en rien la question.

IV

ÉTIOLOGIE. — Les polypes muqueux sont de beaucoup la variété de tumeur qu'on observe le plus fréquemment dans la cavité nasale; ils sont souvent latents et Zuckerkandl, basé sur des recherches nombreuses, dit les avoir rencontrés dans le huitième des autopsies qu'il a faites.

L'âge est aussi une donnée de grande valeur : affection de l'âge adulte, commune de trente à cinquante ans surtout; débutant après la cinquantaine, le polype muqueux peut se présenter, mais il doit être considéré comme suspect dans bien des cas.

Le polype n'est pas une affection de l'enfance et se voit rarement jusqu'à quinze ans, puisque M. Natier (9) dit n'en avoir rencontré que 31 cas dans la science; deux fois seulement on a eu affaire à des polypes congénitaux (Le Roy, Cardone) gênant l'alimentation du nouveau-né; cependant il y a lieu de tenir grand compte des affirmations de Schœffer qui en relate 99 cas et de Hopmann qui en a relevé 177; le polype muqueux, au-dessous de quinze ans, n'est pas aussi rare qu'on l'a prétendu, et les auteurs précédemment cités croient qu'il en existe beaucoup de méconnus; on n'examine pas attentivement les fosses nasales et on se borne à rattacher les troubles observés à une rhinite quelconque ou à une tuméfaction de l'amygdale pharyngée.

Chez les jeunes enfants, les polypes auraient grande tendance à récidiver, surtout au cas de multiplicité; à mesure qu'ils augmentent en âge, les récidives sont plus espacées.

A l'appui de la théorie d'Hopmann, qu'il nous soit permis de dire que nous avons pu observer quatre enfants au-dessous de quinze ans et porteurs de myxomes, à la Clinique de notre maître, M. le docteur Gouguenheim, dans le cours de cette année.

Des observations d'Hopmann, on peut déduire que, jusqu'à dix ans, le polype muqueux est *observé* rarement, mais que, de dix à quinze ans, il tend à devenir bien plus fréquent.

Le myxome est enfin une affection plus habituelle chez l'homme que chez la femme (Mackenzie...).

Hérédité, diathèses et traumatismes sont des influences négligeables dans cette question étiologique.

Beaucoup plus rare, et surtout beaucoup plus rarement cherché, est le myxome de l'arrière-nez, qui coexiste ou non avec des tumeurs similaires des fosses nasales; sa rareté doit donc être regardée comme relative, vis-à-vis, du moins, de certaines opinions anciennes l'ayant fait considérer comme exceptionnel; on le rencontre surtout à l'âge moyen de la vie, après trente ans; M. Panas et quelques observateurs en ont opéré chez des vieillards; Mac-Coy chez un enfant de quelques années seulement (10).

V

SYMPTOMATOLOGIE. — Les polypes se caractérisent par l'examen physique seul; mais comme les troubles fonctionnels appellent les premiers l'attention, il est nécessaire de les décrire tout d'abord.

A. **Troubles fonctionnels.** — a. *Polypes nasaux.* — Le début est très insidieux, pendant une assez longue période, avec les caractères d'un coryza chronique, sujet à de faciles recrudescences, à des poussées aiguës à répétition. Le malade est enchifrené, accuse une sensation de plénitude fort désagréable, se rend même compte d'un véritable obstacle intra-nasal, si l'obstruction est déjà accentuée et surtout si elle siège des deux côtés; le patient cherche à s'en débarrasser par des efforts de mouchage vains et réitérés; il n'est pris d'éternuements que si la tumeur est mobile et de volume médiocre; seuls, certains malades prédisposés ont des crises véritables d'éternuements.

Le polype peut, dans ses mouvements, provoquer une sensation particulière, d'où le bruit de drapeau de Dupuytren, signe beaucoup plus théorique que réel.

Tous les troubles d'obstruction offrent une exacerbation lors des temps humides, par gonflement de la tumeur.

La sécrétion est d'abondance médiocre, le nez est généralement sec; plus tard, cependant, l'irritation de la pituitaire pourra déterminer un écoulement séreux et peu irritant, puis muqueux et épais, voire même franchement purulent; cette blennorrhée non habituelle doit faire soupçonner quelque sinusite.

Fait digne de remarque, il n'existe pas d'épistaxis; les observe-t-on? elles sont insignifiantes et causées par un traumatisme quelconque : effort de mouchage, grattage.

Non constants, mais très fréquents sont les troubles de l'odorat, variant d'une légère diminution de sensibilité jusqu'à l'anosmie complète; d'ordre purement mécanique, et cessant par conséquent plus ou moins rapidement, après l'ablation des tumeurs produisant la compression nerveuse; en regard de ces faits, il faut placer ceux exceptionnels (Luc) où l'anosmie passagère fut consécutive à l'opération; des altérations de la sensibilité gustative se rattachent aux troubles olfactifs.

Plus importants sont les accidents du côté de la respiration; ce sont eux qui, le plus souvent, portent les malades à consulter; la marche de la sténose nasale est progressive, mais susceptible d'augmenter très rapidement à un moment donné, ce dont il ne faut pas se laisser surprendre.

Le sommeil devient difficile; céphalées et cauchemars s'ensuivent; la respiration arrive à se faire la bouche constamment ouverte : d'où sécheresse, irritation chronique de la gorge créant des angines répétées dont l'existence peut égarer le diagnostic exact; enfin on rencontre des troubles spasmodiques sur lesquels nous reviendrons.

Les altérations de la voix, auxquelles les malades sont si sensibles, peuvent suffire à mettre sur la piste; le timbre change; il devient franchement nasonné; d'autres fois, il y a de la dysphonie, de la raucité et même une aphonie complète (Brébion), non seulement de cause réflexe, mais se rattachant à une inflammation subaiguë ou chronique de l'organe vocal et ne cédant qu'à une intervention appropriée.

Les troubles auditifs sont peu accentués vis-à-vis de ceux qu'on note si souvent dans les rhinites hypertrophiques; ils consistent en bourdonnements, avec diminution très relative de la fonction, sans douleur vive ni écoulement, à moins de catarrhe aigu de la trompe par poussée de rhino-pharyngite.

Le polype est indolent par lui-même, rarement il provoque des douleurs de voisinage un peu vives : de la céphalée frontale en particulier; toutefois l'irritation de la muqueuse peut se traduire par certains phénomènes réflexes.

Ces derniers se rencontrent chez des malades prédisposés : des nerveux, des arthritiques [Joal (11)], mais il faut se garder d'exagération, et ne pas conclure trop prématurément de l'affection nasale aux troubles observés, comme on peut avoir tendance à le faire.

Voltolini, puis Frœnkel, Joal, Duplay, ont décrit des cas assez nombreux d'asthme nasal (souvent en rapport avec des polypes insérés près de la queue des cornets : zones fort sensibles) sous forme d'oppression et surtout de crises paroxystiques d'étouffement pendant la nuit, ayant pu amener à la longue la bronchite chronique avec emphysème et dilatation du cœur droit (Michel) et compromis l'existence; aussi doit-on examiner avec soin les fosses nasales des malades qui ont des crises d'oppression, ne fût-ce que pour être fixé; plus exceptionnellement que chez l'adulte, l'asthme et des accès de stridulisme (Jacobi) peuvent se rencontrer chez des enfants porteurs de polypes. Chez ces derniers, aux troubles respiratoires se joignent bien souvent des altérations vocales : enrouement, dysphonie avec cornage et dyspnée inspiratoire; le spasme réflexe de la glotte a été rapporté par Heryng.

Plus fréquemment, on observe des réflexes douloureux : névralgies sus et sous-orbitaires rebelles, tics de la face, attaques de migraine avec tous ses signes habituels, voire même des crises épileptiformes (Löve); d'autres fois, ce sont des troubles vaso-moteurs : rougeur des ailes du nez, de la pommette; quintes de toux par irritation des filets centripètes du pneumogastrique; du larmoiement dont on ne trouve pas l'explication, des phénomènes asthénopiques sans vice de réfraction capable de les expliquer (Trousseau); du blépharospasme; des accès de migraine ophtalmique; enfin des accidents de congestion cérébrale.

Les accidents de compression sont rares somme toute et presque toujours médiocrement accentués.

L'usure du périoste, la disjonction des os propres du nez est rapportée par Colles et quelques autres; le refoulement de la cloison s'observe plus souvent (Stœrk, Mackenzie); la perforation n'en est citée que dans le cas de myxome de M. Luc (12); le refoulement du squelette nasal, et surtout le déjètement en dehors des ailes du nez, s'observent dans les myxomes volumineux et de date ancienne; pas d'envahissement des régions orbitaires et zygomatiques, ni surtout de la cavité cranienne.

Les cornets très comprimés peuvent paraître atrophiés, mais ils reprennent vite leur volume normal; l'obstruction de l'orifice inférieur du canal nasal (Péan) est exceptionnel; il se traduit par un larmoiement continu; la dilatation du sac et une dacryocystite peuvent, à la rigueur, lui être consécutives.

b. *Polypes rétro-nasaux.* — Leur symptomatologie, s'ils sont développés, rappelle l'obstruction nasale jointe à de la parésie du voile.

Les troubles d'occlusion sont très accentués, étant donné leur siège en une région déjà rétrécie : les choanes, et leur volume considérable; aussi la respiration est-elle très gênée et les altérations vocales très fréquentes [Johnston (13)] et *a fortiori* quand la masse, très volumineuse, descend entre les piliers jusqu'au voisinage du vestibule laryngien provoquant des quintes de toux et des accès de suffocation.

Les troubles dysphagiques ne sont pas exceptionnels, du fait de l'irritation permanente de l'arrière-gorge et de la gêne du voile dans ses fonctions; les liquides peuvent aussi refluer par le nez.

Les troubles de l'odorat et du goût sont surtout en rapport avec des tumeurs nasales associées; les troubles auditifs : bourdonnements, diminution de l'acuité par obstruction du pavillon ou catarrhe tubaire, sont plus fréquents et plus nets; la surdité a même été notée (Mackenzie).

Il est rare que le malade accuse une sensation de corps étranger et de ballottement rétro-nasal.

La coexistence avec des tumeurs nasales fait, d'autre part, qu'il est difficile de distinguer exactement, au point de vue fonctionnel, ce qui revient aux unes ou aux autres.

c. *Polypes sinusaux.* — Ordinairement latents au point de vue fonctionnel; la céphalée, les névralgies par crises et l'écoulement de pus se rattachant à un catarrhe concomitant et ne caractérisant en aucune façon le néoplasme.

B. **Signes physiques.** — a. *Polypes nasaux.* — On peut voir directement le polype sous forme d'une tumeur gris-rougeâtre, affleurant le méat nasal, surtout si on relève le lobule, ou qu'on fasse expirer fortement (à condition que les fosses nasales soient encore perméables à l'air).

Il y a peu à compter sur ce diagnostic immédiat; il faut recourir à l'examen méthodique à l'aide du miroir frontal et de la lumière solaire ou artificielle (bec électrique, bec de Drummond); d'ordinaire on emploie le spéculum bivalve de Duplay, celui de Zaufall permet d'examiner les fosses nasales jusqu'à leur orifice postérieur, mais il est rarement utilisé.

Souvent il suffit d'introduire et écarter à peine les deux valves pour se renseigner; d'autres fois, le bec de l'instrument est dirigé en haut, ou, au contraire, porté fortement en dehors pour découvrir la région du méat moyen; le stylet peut aider alors à déprimer la saillie du cornet inférieur.

Voici quels sont les caractères objectifs des tumeurs observées :

Elles ont un aspect assez brillant, translucides, de coloration gris opalin, devenant rosée ou franchement rougeâtre, quand elles sont soumises à des influences irritatives, naturelles : du fait de leur siège, au niveau des orifices; ou artificielles : du fait d'interventions antérieures; lisses et régulières, parfois bosselées, mamelonnées, de forme très diverse; au début, on ne trouve que de petites saillies rondes, brillantes et d'un gris rosé.

Cet examen de visu est insuffisant, surtout pratiquement parlant; l'exploration doit être confirmée par l'examen à l'aide d'un stylet assez long et fort, coudé sur son manche à peu près à angle droit, pour ne pas gêner l'œil du praticien.

Il permet de se rendre un compte exact de la consistance : mollesse, dépressibilité facile, moins nette dans les polypes déjà anciens et irrités, difficile à confondre avec la sensation donnée par une tumeur solide; insinué sous eux, l'instrument sert à apprécier leur légèreté relative, et surtout en les refoulant et soulevant, leur mobilité caractéristique; rarement, de gros polypes moulés sur les anfractuosités nasales, ont une mobilité difficile à mettre en évidence.

Le stylet fait le tour du polype, le circonscrit et remonte jusqu'au pédicule dont les divers caractères, fait important pour l'intervention, sont ainsi mis en évidence; rappelons que, pour certains polypes, ce pédicule est absent ou fort peu développé; comme Zuckerkandl l'a fait observer, l'insertion est toujours bien plus profonde qu'on n'est tenté de l'admettre à première vue.

Enfin, par le stylet coudé on se rend compte du volume de la masse, de ses prolongements multiples, parfois digitiformes et entrecroisés [Watson (1)]; constatations qui faciliteront le manuel opératoire, tout en en expliquant les difficultés. Cet examen, sans douleur pour le malade, ne doit provoquer aucun écoulement sanguin.

Délicat est parfois le diagnostic de petites tumeurs siégeant au fond du méat moyen; on doit alors en écarter les lèvres; au besoin amener le retrait de la muqueuse par un badigeonnage à la solution forte de cocaïne.

La rhinoscopie postérieure ne doit jamais être négligée, car elle fournit des renseignements fort utiles, indispensables même, sur l'état du segment postérieur des fosses nasales, et l'association de tumeurs similaires du rhinopharynx.

b. *Polypes rétro-nasaux.* — Le polype peut, à la rigueur, être visible directement à l'inspection de l'arrière-gorge, surtout si on relève la luette, ou que, déprimant un peu fortement la langue, on détermine l'ascension réflexe du voile; ce mode d'exploration très simple montre surtout le voile plus paresseux et plus ou moins bombé et refoulé en avant, en totalité ou partiellement, par quelque tumeur sous-jacente.

La rhinoscopie antérieure, le nez étant suffisamment libre, fera constater, surtout aidée du stylet, une tumeur rosée, bien mobile et dépressible, se refoulant dans le cavum en dégageant la choane; ses renseignements servent à apprendre si la tumeur proémine franchement dans la cavité nasale, et si elle a ou non des prolongements importants.

La rhinoscopie postérieure est le moyen de choix, le plus indispensable; mais il n'est pas toujours facile d'y recourir chez les malades impressionnables, où les badigeons de cocaïne, même répétés, sont insuffisants pour empêcher l'occlusion spasmodique du naso-pharynx au contact d'un instrument quelconque; certains malades ont un pharynx très étroit, d'autres des vices de conformation qui s'opposent à l'emploi de la méthode, il importe, enfin, de tenir compte du jeune âge et de l'indocilité.

Sinon, en procédant avec douceur, en évitant d'appuyer trop énergiquement et profondément sur le dos de la langue, et de toucher le voile, à condition que la respiration nasale soit encore possible, et surtout en imprégnant la muqueuse de cocaïne (ce dont on peut souvent se dispenser d'ailleurs), on arrive à son but; contre les dispositions anatomiques défectueuses, on a enfin la ressource d'un releveur du voile (Moritz, M.-Schmidt, Lubet-Barbon).

Par l'examen rhinoscopique, on trouve au cavum une, parfois plusieurs tumeurs dont le volume, très variable, est assez considérable pour qu'il ne soit pas possible de les laisser passer inaperçues; la tumeur est lisse et régulière, ovalaire ou arrondie, quand elle a insertion sur l'orifice postérieur; plutôt mamelonnée, quand elle provient de l'intérieur du nez (Wagnier); quelquefois hérissée, pour ainsi dire, de petites masses brillantes et semi-transparentes : variété polykystique de Ruault (15).

Quand des dimensions considérables ne s'y opposent pas, on découvre le point de départ exact.

La coloration est grisâtre, à peine rosée; d'autres fois plus foncée et sombre, différente de celle d'un myxome ordinaire.

Un stylet, passant par la fosse nasale, refoulera la tumeur en faisant constater sa mobilité, mais surtout son volume réel, et l'insertion du pédicule parfois.

Si cet examen par le miroir est possible, on épargnera au malade les ennuis du toucher; ce dernier donne cependant des renseignements sûrs et rapides, et confirme très utilement l'exploration précédente.

Avant de le pratiquer, il sera bon de cocaïniser l'isthme avec soin, pour diminuer des sensations toujours fort désagréables, et des réflexes très gênants.

Le doigt franchit rapidement, mais sans forcer, le détroit musculaire, se recourbe en avant, suit la face supérieure du voile, et se porte vers les choanes, déterminant dans cette manœuvre le volume de la masse, au besoin le nombre et les dimensions relatives de chaque myxome; la *consistance* plus ferme dans les tumeurs des choanes que dans celles provenant de l'intérieur du nez, ces dernières se rapprochant davantage des polypes intra-nasaux; enfin, et surtout le siège du pédicule (absent parfois : cas de Lubet-Barbon) et ses caractères : longueur, densité, données très importantes au moment de l'opération.

Nous devons citer enfin, comme pouvant faciliter le diagnostic, l'emploi de petites lampes électriques introduites dans le cavum, et permettant un examen rhinoscopique bien plus précis.

c. *Polypes sinusaux.* — La douleur à la pression et à la percussion ne servent de rien pour caractériser un myxome, et il ne faut guère compter sur le refoulement des parois.

On pouvait espérer quelques indications de l'éclairage par transparence, au moins pour le sinus maxillaire; malheureusement, d'autres tumeurs, un empyème, l'épaisseur anormale des parois osseuses induisent en erreur; d'autre part, M. Ruault a trouvé une zone transparente avec un volumineux myxome, celui-ci translucide, réfractant fortement la lumière.

Il ne faut pas compter davantage sur la rhinoscopie pour voir un polype sortir directement de l'autre.

Le diagnostic sera donc plus présomptif qu'affirmatif, sauf pour quelques cas restreints, concernant d'ailleurs uniquement le sinus frontal.

Sous influence du refoulement, et du fait d'un empyème associé, la paroi orbitaire s'use et se perfore en un point : alors des masses pâteuses, dépressibles peuvent se sentir directement sous les téguments amincis, mais l'impression en est masquée par les signes d'un phlegmon orbitaire concomitant [Valker, Milligan, Espada, Pignatari (16)] avec exophtalmie, refoulement du globe en bas et en dehors, mydriase et troubles visuels par compression du nerf optique; ce n'est qu'après ouverture de l'abcès, parfois à travers une fistule, que l'œil ou le stylet peuvent reconnaître les caractères propres aux polypes muqueux, mais c'est là une complication sur laquelle il ne faut compter que médiocrement, en reconnaissant que le diagnostic direct reste absolument incertain jusqu'à ce jour.

VI

Évolution et pronostic. — Les polypes muqueux et fibro-muqueux ont une marche progressive et une évolution longue; c'est souvent après des années, surtout si les troubles sont unilatéraux et l'occlusion nasale incomplète, que les malades songent à se préoccuper de leur état.

Toutefois, on peut assister à une marche rapide dans certaines conditions : il s'agit de jeunes enfants, ou au contraire de vieillards, et dans ce dernier cas, il importe de se tenir sur ses gardes; ou bien il existe une sinusite entretenant un état permanent d'irritation de la pituitaire.

D'autre part, quelques polypes augmentent rapidement, et quand on cherche à les extraire, on les voit se réduire considérablement en donnant issue à un liquide plus ou moins filant, on a eu affaire à des polypes devenus fibro-kystiques, le fait n'est pas rare pour les myxomes rétro-nasaux; Mackenzie a observé plusieurs fois l'expulsion spontanée totale ou partielle; on retrouve alors des masses flétries et atrophiées; jamais la guérison définitive n'a été signalée par ce mécanisme; le polype ne peut disparaître de lui-même, mais seulement, dans certaines conditions, diminuer et surtout augmenter de volume.

On le voit, le pronostic, d'une manière générale, est absolument bénin; pas de déformations notables, d'envahissements dangereux ni de troubles graves de compression, surtout pas d'amaigrissement ou altération quelconque de l'état général, et le système ganglionnaire est toujours respecté; il s'agit d'une infirmité plus ou moins gênante, rien de plus; les cas analogues à celui de Panné font exception absolue.

Les accidents respiratoires : asthme nasal; les troubles vocaux ou auditifs, cèdent au traitement, leur pronostic ne saurait donc passer pour grave, d'autant que le diagnostic est fort simple le plus habituellement.

Toutefois, nous devons tenir compte des récidives qui peuvent être assez rapprochées pour rendre presque permanents certains troubles locaux, et pousser les malades à l'hypocondrie.

Cette récidive, souvent tardive et peu fréquente pour les tumeurs de l'arrière-nez, est, au contraire, à peu près la règle pour celles du nez; ce n'est guère que pour les polypes bien isolés, très peu nombreux, et dont l'extraction a été complète, qu'une guérison, ou du moins une récidive très retardée, peut être promise par le spécialiste; sinon, il faut compter revoir venir ses malades tous les trois ou six mois; tous les ans...

Le polype enlevé avec son pédicule et son insertion à la muqueuse est fatalement un polype mort; la récidive sur place ne peut tenir qu'à une ablation portant soit sur la masse même, soit en plein pédicule; la nutrition, par suite la prolifération de la masse continue à s'effectuer, il y a récidive véritable, mais du fait d'une extirpation non radicale.

Si toute la tumeur a été enlevée, la récidive se fait aux dépens de la muqueuse voisine, transformée déjà en tissu myxomateux embryonnaire, et dont le polype, par son développement, empêchait la prolifération; l'examen histologique, souvent même l'examen direct de visu le prouve à l'évidence; et l'on peut assister aux bourgeonnements multiples de la muqueuse; la récidive est une question inhérente au terrain, plutôt qu'à la tumeur elle-même.

Enfin, les récidives, surtout rapides et portant sur les néoplasmes du méat et du cornet moyen, sont sous la dépendance d'infections sinusiennes, qu'il faut traiter pour guérir rapidement ses malades; on fait de la sorte une chirurgie non plus palliative, mais souvent curative, et définitivement.

Plus importante au point de vue pronostic est la transformation en tumeur maligne, longtemps rejetée, niée par un certain nombre encore à l'heure actuelle, mais généralement admise sans conteste, en se fondant, d'ailleurs, sur des observations soigneusement prises sur des malades régulièrement suivis, et sur les résultats d'examens histologiques comparés à plusieurs périodes successives; pourquoi, d'ailleurs, les tumeurs bénignes de la pituitaire échapperaient-elles à une loi reconnue vraie pour d'autres organes?

La transformation s'observe le plus ordinairement chez des gens d'un certain âge, ayant passé la cinquantaine.

Hinde a toutefois rapporté une observation analogue et authentique chez un homme de vingt-neuf ans; la tumeur enlevée récidive avec une étonnante rapidité, la repullulation se fait en l'espace de quelques semaines; la tumeur saigne assez abondamment au moindre traumatisme, elle n'est plus franchement pédiculée et le stylet peut avoir peine à mettre en évidence sa mobilité; aussi l'extraction à l'anse est-elle laborieuse; la tumeur saigne, se déchire, se morcelle; plus tard les ganglions sous-maxillaires se prennent, la santé s'altère, la cachexie emmène le malade. D'ailleurs, l'examen histologique, de très bonne heure, renseigne sur la métamorphose subie par le polype [observations de Schmiegelow, Bayer, Hinde, Hopmann, Sheild, Cozzolino, Schiffers (17)].

VII

Diagnostic. — Consistance, coloration, mobilité, bilatéralité fréquente des tumeurs jointes à leur multiplicité, à la constatation d'un pédicule suffisent à caractériser les polypes muqueux ou fibro-muqueux; l'allure de l'affection, sa chronicité, l'absence de troubles importants locaux ou de voisinage, le bon état général viennent encore corroborer le diagnostic qui, à un œil tant soit peu exercé, n'offre de difficultés un peu sérieuses que dans des cas très restreints.

Il reste entendu que, dans tous les cas, l'examen sera fait complètement à l'aide du miroir et du stylet; la rhinoscopie postérieure ne sera pas négligée, quand même le malade n'accuserait aucun symptôme du côté de sa gorge; au besoin, le toucher la suppléera; il faudra, enfin, rechercher avec grand soin toute lésion possible des différents sinus.

A. **Diagnostic différentiel des myxomes nasaux.** — Par le stylet, on reconnaît à leur dureté et à leur immobilité les déviations de la cloison; les ostéomes et les enchondromes des fosses nasales; enfin, les hématomes et abcès de la cloison, tumeurs immobiles et rénitentes, souvent symétriquement disposés.

L'angiome est une tumeur unique, bleuâtre, à implantation large, parfois animée de battements visibles, source enfin d'abondantes épistaxis; le papillome est rougeâtre, finement mamelonné, inséré sur le cornet inférieur, où le myxome est si rare; il saigne aussi très facilement.

Nous ne pouvons que citer les corps étrangers et les rhinolithes, au cas où ils sont entourés d'une muqueuse végétante.

On a pris pour des polypes irrités certaines dilatations kystiques du cornet moyen : bulles ethmoïdales (Natier); mais la résistance toute particulière au contact, l'absence d'un pédicule, l'unité de la lésion, ne permettent pas une erreur prolongée. Un peu plus délicats peuvent être cependant les kystes à contenu séreux ou muqueux; la ponction lèverait d'ailleurs tous les doutes.

Rappelons, avec M. Mackenzie, que des hernies de la muqueuse ethmoïdale, voire de véritables méningocèles intra-nasales, ont présenté un aspect rappelant celui d'un myxome.

Dans d'autres circonstances, le diagnostic a besoin d'être serré de plus près pour ne pas exposer à l'erreur.

C'est ainsi que la muqueuse des cornets peut être le siège d'une dégénérescence myxo-angiomateuse, dont les caractères différentiels les plus sûrs sont les suivants : siège sur le cornet inférieur, surtout vers son extrémité postérieure; coloration plus sombre, hémorragies par le contact du doigt, du stylet; absence de tout néoplasme dans les méats, le moyen en particulier [Barbier (18)]. Plus délicat que le diagnostic clinique est d'ailleurs le diagnostic histologique : basé surtout sur l'existence de nombreuses néoformations vasculaires.

La muqueuse peut être le siège d'une hypertrophie qui prédomine en certaines régions : extrémité inférieure du cornet moyen, queue du cornet inférieur, et aboutit à la formation de véritables tumeurs pédiculées : hypertrophies polypoïdes dont la différenciation peut être délicate, avant l'intervention tout ou moins, malgré les caractères suivants : consistance assez ferme, coloration foncée, vascularité de la masse principale et du pédicule, et symétrie remarquable parfois malgré l'inégalité des lésions, qui n'aboutissent pas à l'occlusion nasale complète.

Envisageons maintenant les tumeurs malignes, les plus importantes à reconnaître de bonne heure.

Les sarcomes sont des tumeurs non élastiques, mais plutôt friables, cédant sous la pression du stylet, et donnant un écoulement sanguin, lequel est d'autres fois spontané; la tumeur n'a pas de pédicule net; elle s'insère assez fréquemment sur la cloison : siège suspect pour un polype bénin, sur le cornet inférieur, en diffusant vite, car leur marche est très rapide à un moment donné, sur le reste de la paroi externe. La tumeur s'enlève incomplètement, repullule au plus vite, et les fragments extirpés peuvent être caractérisés au microscope; enfin des ulcérations se montrent à une certaine époque dans *toute* tumeur maligne. Malgré tous ces signes, on peut ne pas penser à la tumeur maligne, si le sujet est jeune et que le néoplasme n'en soit pas à une période d'augment rapide; en ces cas, il faudrait suivre son malade et surveiller de près l'évolution du mal, celle-ci seule peut renseigner.

De même, le diagnostic d'épithélioma *au début*, dans des régions profondes et difficilement accessibles, peut présenter de réelles difficultés [Barzilay (19)].

Surtout si les signes objectifs rappellent le myxome et que, en même temps, le sujet frise la cinquantaine, l'étude de l'évolution, la marche des récidives, des examens histologiques répétés, devront éclairer un diagnostic hésitant.

Cependant, l'épithéliome est très habituellement unique, et la masse, si volumineuse soit-elle, reste limitée à un seul côté, sauf perforation de la cloison; il n'est pas pédiculé ni franchement mobilisable : autant de raisons qui expliquent les difficultés inhérentes à l'extraction par l'anse, et doivent ouvrir les yeux à l'opérateur non prévenu.

Si le néoplasme est observé à une période déjà avancée, l'hésitation ne subsistera plus : les déformations, les hémorragies répétées, puis l'engorgement ganglionnaire, tardivement enfin la cachexie, imposeront le diagnostic à chacun. Il faudra se défier enfin de la transformation possible de myxomes en tumeurs malignes à un moment donné; les commémoratifs, la bilatéralité des lésions plaidant en faveur des polypes muqueux primitifs. Outre la marche prise par les accidents, les récidives immédiates après intervention, on s'attachera à des examens microscopiques très soignés et renouvelés au besoin à brève échéance.

On doit tenir compte enfin de certaines difficultés d'examen propres à tel ou tel individu : il s'agira des fosses nasales particulièrement étroites, d'éperons volumineux, de déviations étendues du septum nasal, de tuméfaction des cornets coïncidant avec des tumeurs de petit volume et profondément placées. Il faudra, dans ces cas, faire usage de spéculums plus longs et étroits (Zaufall), réséquer les éperons, appliquer des solutions assez concentrées de cocaïne sur les cornets, aider enfin la vue du stylet et de la rhinoscopie postérieure.

B. **Diagnostic des polypes rétro-nasaux.** — Ce ne sont pas tant les erreurs que l'oubli de diagnostic qui sont ici à craindre; on néglige d'explorer le cavum par le doigt et surtout par le petit miroir; bien des fibro-myomes échappent, si leur situation et leur médiocre volume n'occasionnent pas des troubles inquiétant le malade et sollicitant l'attention particulière du médecin; on y devra penser également quand, après ablation des myxomes du nez, le soulagement apporté n'est que relatif.

Il faut surtout s'attacher à distinguer les fibromes naso-pharyngiens, qui réclament une intervention toute différente. Ces derniers sont nettement isolables des choanes, sauf les cas très rares où ils s'y insèrent (Michaux); le point d'insertion est à la voûte; la tumeur est de consistance très ferme, elle saigne facilement et abondamment, n'est pas mobile sous le doigt; elle envoie des prolongements multiples entraînant des compressions et des déformations inusitées avec les myxomes; la question d'âge entre aussi en ligne de compte, mais accessoirement.

Les mêmes symptômes physiques, joints à l'évolution rapide avant ou après opération, et surtout l'examen d'un fragment de tumeur, feront reconnaître les tumeurs sarcomateuses.

Raulin (20) a parlé de gros kystes de la voûte, dont le diagnostic avec les tumeurs fibro-kystiques des choanes mérite d'être posé; fait exceptionnel d'ailleurs, où l'absence de mobilité et surtout la constatation du siège exact par la vue et le toucher empêchent une erreur quelque peu prolongée.

Les tumeurs adénoïdes occupent la voûte, ne proviennent jamais des arrière-narines; il suffit de les citer pour être prévenu. Nous ne faisons que mentionner ici les polypes congénitaux du pharynx (Chapoy), les tumeurs musiformes de la queue des cornets observées par M. Chatellier, enfin la dégénérescence myxo-angiomateuse limitée à la même région, et dont nous avons déjà donné les caractères différentiels.

Lorsqu'on établit le diagnostic clinique d'un myxome ou fibro-myome, il faut s'assurer avec soin si la tumeur a ou

non des prolongements intra-nasaux et si ceux-ci sont assez développés pour gêner l'extraction par les voies antérieures, ou l'indiquer au contraire.

C. **Diagnostic des polypes sinusaux.** — Leur diagnostic positif n'est possible que si, par une ouverture naturelle ou artificielle, quelquefois à l'aide du stylet introduit par un trajet fistuleux, on peut s'assurer de la nature exacte des néoplasmes.

On pourra quelquefois distinguer une tumeur solide par la matité absolue à l'épreuve de la transparence avec la lampe de Heryng; à la consistance différente au palper, parfois à la sensation de crépitation parcheminée et au refoulement rapide des parois osseuses, à l'évolution du néoplasme mis en observation. Une ponction exploratrice pourra aussi, à la rigueur, faire reconnaître un kyste; mais, somme toute, le diagnostic reste enveloppé d'obscurité, et, comme l'a dit Heymann, le myxome est découverte d'opération ou d'autopsie.

D. **Diagnostic de tumeurs associées.** — Nous voulons rappeler seulement que les tumeurs les plus diverses, ou bénignes ou malignes, peuvent coexister avec des myxomes du nez et de l'arrière-nez, d'où la nécessité de ne pas porter un diagnostic trop précipité, basé sur la constatation de polypes à l'image rhinoscopique; mais de le réserver jusqu'à ce qu'on se soit bien assuré soi-même qu'on n'a pas affaire à autre chose qu'à des myxomes *seuls*, pronostic et traitement variant beaucoup avec l'un ou l'autre cas clinique [Watson, Kafemann (21)].

VIII

Traitement. — Le traitement basé sur les moyens médicaux, applicable aux seuls polypes du nez, n'est plus usité de nos jours.

On a préconisé entre autres : le tannin, l'alun, comme astringents; le nitrate d'argent, le chlorure de zinc, l'acide chromique, comme agents caustiques; l'emploi de l'électrolyse; l'usage d'injections interstitielles (alcool, perchlorure de fer) ont été recommandés par quelques-uns; mais ce sont des moyens longs et douloureux, insuffisants dans presque tous les cas; ils ont donc été abandonnés généralement, et l'intervention chirurgicale, bien réglée actuellement, reste l'unique mode de traitement à suivre.

A. **Polypes nasaux.** — a. *Méthode de l'arrachement.* — C'est la plus anciennement employée par les chirurgiens; mais la plupart des spécialistes actuels n'y ont plus recours que dans quelques cas à indications déterminées.

Employée jadis, avant l'usage du miroir, du spéculum, et d'appareils perfectionnés, la pince a amené de très graves accidents, énumérés tout au long dans la thèse de Lemeré; citons les luxations de la cloison, l'arrachement des cornets, les déchirures étendues de la pituitaire avec hémorragies presque incoercibles, accidents infectieux aboutissant à la mort du patient.

Depuis les perfectionnements nombreux apportés par la rhinologie, de tels dégâts, dus à des manœuvres brutales et aveugles, ne sont certes plus à craindre; cependant, on adresse aux pinces actuelles d'assez sérieux griefs : la pince doit agir par force, elle reste donc dangereuse pour un organe aussi délicat que le nez, si elle n'est pas maniée par des mains très expérimentées; elle déchire et morcelle le polype, si le pédicule ou un point très voisin de lui n'ont pas été saisis; des introductions répétées sont indispensables, l'hémorragie obscurcit aussitôt le champ opératoire; on s'expose à ne pas enlever le pédicule : d'où opération incomplète; et, si on s'obstine, on provoque des douleurs vives et on lèse les parties molles ambiantes. L'emploi des pinces ne sera utilement conseillé que pour l'ablation de masses tout à fait antérieures, de très gros volume, et s'opposant ainsi au placement convenable du serre-nœud; la pince déblaie le terrain et prépare la voie au procédé que nous allons décrire.

b. *Procédé de la ligature.* — Le serre-nœud primitif fut celui de Wilde ou mieux de Robertson, il fut bientôt avantageusement modifié; et on emploie surtout le serre-nœud de Blake, auquel M. Chatellier a annexé une vis de pression permettant de sectionner lentement le pédicule; les serre-nœuds de Sajous, Knight, de Ruault (avec la récente modification apportée par Beausoleil), permettent, l'anse une fois introduite, de l'élargir à volonté suivant les dimensions du polype, et de la faire servir à nouveau, si elle a glissé sans rien saisir.

Au cas où le pédicule est épais, charnu, on pourra recourir à la constriction progressive obtenue avec l'instrument de Hooper; sinon, cette anse a l'inconvénient de sectionner le polype là où il est saisi, et d'exposer par suite à ne l'amener qu'incomplètement au dehors.

Le serre-nœud de M. Baratoux a des branches susceptibles d'écartement, d'où facilité, avec une anse introduite petite, de saisir d'un coup une tumeur volumineuse; mais il n'est applicable qu'aux myxomes peu profonds, là où les parties molles s'écartent facilement.

On a employé enfin de véritables écraseurs : Jarvis, Mackenzie.

Dans tous les serre-nœuds, le fil est d'acier.

Indiquons à présent le mode opératoire habituel : le spéculum introduit, la fosse nasale bien éclairée, on insensibilise le champ opératoire à l'aide d'un tampon imprégné d'une solution de cocaïne au dixième et porté dans la région du pédicule, ou d'une pulvérisation faite à l'aide d'une solution au vingtième; puis on se renseigne une dernière fois sur l'implantation et le volume des myxomes, alors on introduit l'anse avec douceur, verticalement entre la cloison et le polype, de façon à irriter le moins possible le vestibule, région toujours fort sensible; on fait subir alors à l'anse une rotation d'un quart de cercle de façon à l'engager au-dessous du polype; par de légers mouvements, on fait remonter le fil aussi haut que possible, de façon à enserrer le pédicule; alors par de petites secousses d'avant en arrière on s'assure en mobilisant la masse qu'elle est exactement saisie, et on serre progressivement; le polype est pris, il ne reste plus qu'à l'extraire, ce qu'on fait par une traction lente et progressive; la tumeur est amenée au dehors par section de son pédicule, ou plutôt par arrachement, mais ce dernier n'agit qu'au niveau même de l'implantation du néoplasme et ne peut avoir de conséquences fâcheuses.

Toutes ces manœuvres doivent être faites sous le contrôle de l'œil, qui suit, autant que possible, la marche de l'anse; parfois on aide à l'engagement du polype, en faisant expirer un peu fortement le patient.

Un second serre-nœud tout préparé est introduit et utilisé de la même manière, puis un troisième..., jusqu'à ce qu'on ait enlevé toutes les masses, à moins qu'une hémorragie trop abondante masque le champ opératoire, obligeant à terminer l'opération en une ou plusieurs séances ultérieures.

On remédiera à l'écoulement sanguin à l'aide d'une solution hémostatique portée dans la fosse nasale, ou bien en faisant moucher le malade, comme le recommande M. Garel; enfin, mieux encore, en introduisant une mèche de gaze iodoformée qui sert de pansement à la fois hémostatique et antiseptique; une fois le tampon retiré, on prescrira des irrigations et insufflations nasales.

A côté de l'anse froide, d'autres opérateurs préconisent

l'anse galvanique, offrant le grand avantage de ne pas provoquer d'hémorragies, et, par suite, permettant une intervention prolongée. On devra, avant opération, mesurer l'intensité du courant non sur l'anse introduite, mais sur celle, infiniment plus petite, qui enserrera le pédicule; le fil sera porté au rouge sombre, seule température assurant l'hémostase. L'introduction est la même que pour l'anse froide; le fil placé sur le pédicule, et lentement serré, on fait passer le courant par petites secousses, et en serrant progressivement, jusqu'à ce que le polype se détache. Ce procédé est surtout applicable aux myxomes à pédicule épais et vasculaire.

Dans certains cas de polypes larges et sessiles, bas implantés, le placement de l'anse est chose difficile; il en est de même pour les masses petites et nombreuses, situées au niveau de la voûte, ou bien au fond des méats. On peut alors recourir à des pinces coupantes en forme de ciseaux coudés, dont les branches à tranchant émoussé sont en même temps creusées en véritables râcles (curettes tranchantes, galvaniques ou non, portées sur tiges malléables permettant d'en modifier à volonté la direction). Ces dernières doivent gratter avec énergie les parties dégénérées, après cocaïnisation absolue.

Les masses myxomateuses détruites par l'anse où à l'aide de grattages, il s'agit d'en prévenir, autant que faire se peut, la récidive (22).

Pour cela, l'emploi de cautérisations détruisant la muqueuse malade est unanimement recommandé, et l'emploi du galvanocautère de préférence à tout caustique, quoique l'acide chromique, le perchlorure de fer puissent à la rigueur le suppléer.

La région suspecte, préalablement bien déterminée, est insensibilisée avec soin; puis le couteau galvanique promené légèrement jusqu'à production d'une eschare, on doit se garder de cautérisations trop profondes et surtout trop répétées dans une seule séance, sous peine d'une réaction extrêmement intense. On doit se dispenser de ces opérations complémentaires toutes les fois que l'état de la muqueuse, la constatation du point exact d'implantation ne le légitiment pas. A la cautérisation, beaucoup préfèrent actuellement le grattage, procédé plus efficace (Luc, Duplay).

Nous l'avons dit déjà, ce n'est pas tant par le pédicule, généralement arraché, que par la muqueuse avoisinante, que le néoplasme récidive; aussi l'état de cette dernière doit-il être examiné avec grand soin. Si la muqueuse est infiltrée et hypertrophiée dans un segment étendu, mieux vaut la réséquer avec l'anse chaude, puis faire des pansements à la gaze. Quand les cornets, le moyen principalement, sont manifestement hypertrophiés et empêchent d'avoir libre accès dans les recessus des méats, il faut les supprimer par le même moyen [Cassellberry (23)], où à l'aide de pinces coupantes (Hartman, Bronner). L'inconvénient de ce dernier procédé, excellent pour prévenir les récidives, est d'exposer à une rhino-pharyngite chronique, par élargissement trop notable du pharynx nasal; on utilisera alors le tampon de Gottstein.

Le traitement opératoire achevé, on doit conseiller au malade de se présenter au médecin tous les deux ou trois mois pour surveiller et combattre les récidives à leurs débuts et cautériser la muqueuse malade (s'il y a nécessité).

Il est tout à fait exceptionnel qu'on soit obligé de recourir à des opérations compliquées : résection temporaire du nez [Panné (24)]; opération de Desprez, de Rouge; elles seront réservées au cas où la muqueuse tout entière sera le siège d'un processus dégénératif; où les masses principales seront, par leur siège très élevé, difficilement accessibles à des opérations radicales, enfin quand des récidives particulièrement fréquentes feront craindre quelque transformation maligne (Schiffers).

B. **Polypes du naso-pharynx.** — Leur traitement, de l'avis de chacun, est plein de difficultés; il exige donc de la part du praticien une réelle habileté et de la part du malade une grande docilité.

Quand la tumeur proémine à la fois dans le nez et le pharynx et que son volume le permet, on peut introduire par le méat nasal une anse métallique longue et large et essayer l'extraction par la voie antérieure; on peut d'ailleurs s'aider d'un doigt recourbé en crochet derrière le voile (préalablement anesthésié) et refoulant la tumeur dans la choane et surtout du procédé recommandé par M. Wagnier : pétrissage du myxome diminuant considérablement son volume et permettant, par cette réduction, le refoulement dans la fosse nasale et, par suite, une extraction plus facile.

Mais s'il s'agit d'une masse volumineuse et franchement pendante dans le cavum, l'intervention devient plus compliquée et peut se faire par la voie nasale ou la voie buccale.

Dans le dernier cas, on insensibilise tout l'isthme du gosier, puis on applique ou non un relève-voile ou bien un drain faisant anse sur la lèvre supérieure, en tirant fortement le voile en avant; la tumeur est, au besoin, maintenue à l'aide du crochet de Lange et on introduit par derrière des pinces coudées spéciales (Mackenzie) qu'on fait remonter jusqu'au pédicule; la masse est détachée par traction; d'autres fois, on se sert d'une anse qu'on fait également passer autour du pédicule, soit à l'aide du doigt, soit avec un porte-lac spécial (Hyernaux).

Ce mode opératoire est aveugle et ne permet pas d'arriver habituellement jusqu'au point d'insertion du néoplasme; aussi, sauf cas particulier, recourt-on à un procédé mixte que nous allons décrire.

On introduit par le nez une anse en acier très longue et non fixée encore à la tige du polypotome; on la pousse jusqu'à ce qu'elle bute contre la paroi du pharynx; le doigt en crochet va la chercher et l'amène entre les piliers, où on la fixe à l'aide d'un fil de soie, par exemple, permettant de la retrouver facilement.

Le releveur du voile peut alors être placé; dans certains cas, il rend de signalés services, mais, d'autres fois, il est plus gênant qu'utile; son usage sera donc relatif à tel ou tel malade; on ne peut donner de règle absolue à son sujet.

Il en est de même du crochet qui, fixant la tumeur et permettant de la mobiliser, peut aider au placement du fil; mais il n'est applicable qu'au cas où la tumeur volumineuse descend très bas. Dans ce dernier cas, on place l'anse en s'aidant de la vue; sinon, c'est le doigt qui guide et permet de s'assurer que la tumeur est entourée exactement.

Il faut alors tirer lentement et doucement sur le fil, comme pour faire le tamponnement postérieur avec la sonde de Belloc, et le faire remonter peu à peu en serrant progressivement; il ne reste plus qu'à l'attacher au polypotome et à faire l'extraction, comme pour un polype ordinaire; en tirant même avec une certaine brusquerie pour arracher le pédicule, souvent fort grêle; le doigt rétro-nasal peut encore aider la manœuvre en refoulant la tumeur en bas, comme pour la détacher directement; si le développement du fibromyxome est gênant pour terminer l'opération, et même pour placer l'anse, la malaxation rendra de réels et signalés services (Wagnier).

Si l'on n'a enlevé qu'une partie de la tumeur, il faudra renouveler l'opération, ainsi facilitée, mais souvent dans une séance ultérieure, car de telles manœuvres, même entre des mains exercées, sont fort pénibles pour le patient.

Aussi, dans tous les cas où l'on prévoit de réelles difficultés, où le malade est très nerveux et supporte avec grand'peine l'épreuve du toucher, conseillons-nous l'anesthésie chloroformique; elle met le malade en résolution complète et le place par suite dans les meilleures conditions pour l'opérateur; cette anesthésie totale reste d'ailleurs limitée à

un nombre très restreint de cas, mais elle nous paraît avoir parfois des indications bien nettes; nous y avons eu recours avec de grands avantages dans un cas récent, ce qui nous porte à la recommander.

Enfin, dans tous les cas où on trouvera le point d'implantation après l'opération, on devra en pratiquer la cautérisation, comme précédemment; le plus souvent, la tumeur s'arrache en totalité, aussi les récidives sont-elles ici moins à craindre et à combattre.

Certains chirurgiens ont pratiqué la section du voile pour se donner un jour suffisant; c'est là un procédé abandonné avec raison des rhinologistes modernes; et, comme l'a dit Gosselin, on ne doit pratiquer de grandes opérations pour les fibro-myxomes, que si elles sont absolument nécessaires.

C. **Polypes sinusaux.** — Pour les traiter convenablement, il faut se donner du jour : ouvrir largement le sinus maxillaire par la fosse canine, le sinus frontal par la région fronto-orbitaire; gratter énergiquement la région suspecte jusqu'à ce qu'elle ne contienne plus trace de néoplasme; les récidives sont alors peu à craindre; au besoin, on maintiendrait un orifice béant pour les surveiller et s'en rendre maître.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES. — MORELL-MACKENZIE. *Traité des maladies du nez et de l'arrière-nez*, pp. 169 et suiv.; *idem*, p. 412. — MOURE. *Traité pratique des maladies du nez.* — MOLDENHAUER. *Traité des maladies du nez*, p. 150. — *Traité de chirurgie*, t. IV. — FOLLIN et DUPLAY, *Traité de chirurgie*, t. III. — ZUCKERKANDL. *Normale und pathol. Anat. der Nasenhohle* (1882), pp. 64 et suiv. — SPILLMANN. *Dictionnaire Dechambre*, art. NEZ. — MARTIN. *Tumeurs du sinus frontal.* Th. Paris, 1888. — FOUARD. *Tumeurs fibro-muqueuses de l'arrière-nez.* Th. Paris, 1892. — BERGER. *Chirurgie du sinus sphénoïdal.* Th. Paris, 1890. — *Semaine médicale* du 12 mai 1894 (Comptes rendus de la Société de laryngologie). — DELIE. *Traitement des myxomes nasaux.* — WAGNIER. *Traitement des myxomes naso-pharyngiens.*

(1) TRÉLAT. *Leçons cliniques*, t. I; — PANAS. In *Bullet. de Soc. de chrurgie*, 1873. — (2) HEYMANN. *Virchows Arch. fur pathol. Anat.* de 1892; — HOPMANN. *Berl. Klin. Woch.*, août 1892. — (3) NATIER. *France médicale*, 19 mars 1893; — CHIARI. *Rev. de laryngologie*, mai 1886. — (4) BOTEY. In Congrès de laryngologie de Paris, 20 septembre 1889. — (5) SCHŒFFER. *Deutsch. med. Woch.*, 24 novembre 1892. — (6) ALLEN. In *Ann. des maladies du larynx*, avril 1894. — (7) VOAKES-GLEASON. *The American Lancet*, juin 1891; — BOSVORTH. *Medic. Record*, 24 septembre et 3 octobre 1891. — (8) SCHŒFFER, GRUNVALD, loc. cit. — (9) NATIER. *Ann. de la Policlinique*, 1892, nos 7, 8, 9. — (10) MAC COY. *Transact. of the Amer. Laryngology Associat.*, 1890. — (11) JOAL. *Arch. de médecine*, 1882, p. 440; — HACK. *Deutsch. med. Woch.*, 1889. — (12) LUC. *France médicale*, 14 novembre 1890. — (13) JOHNSTON. *N.-York Med. Journal*, août 1893. — (14) WATSON. *Med. Soc. of London*, avril 1893. — (15) RUAULT-JALAGUIER. *Arch. de laryngologie*, n° 2; — WAGNIER. *Rev. de laryngologie*, n° 12. — (16) ESPADA. *Revista da laryngologia*, septembre 1891; — PIGNATARI. *Rev. d'ophtalmologie*, mai 1894; — MILLIGAN. *Brit. Med. Journ.*, novembre 1890. — (17) SCHIFFERS. *Soc. de laryngologie*, 20 septembre 1889; — SHEILD. *The Lancet*, juillet 1891; — HINDE. *Med. Record*, août 1888. — (18) BARBIER. Thèse Lyon, juillet 1889. — (19) BARZILAY. Th. Paris, 1885. — (20) RAULIN. *Rev. de laryngologie*, septembre 1891. — (21) KAFEMANN. *Rev. interne de rhinologie*, décembre 1893; — WATSON. *Brit. Med. Journ.*, 28 novembre 1891. — (22) JACQUEMART. In *Rev. de laryngol.*, janvier 1893. — (23) CASSELLBERY. *The N.-Y. Med. Journal*, novembre 1891. — (24) PANNÉ. *Arch. de laryng.*, août 1893.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 30 octobre 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Syphilis et paralysie générale. — M. FOURNIER fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

Tractions rythmées de la langue dans un cas de mort apparente au cours de la chloroformisation. — M. LABBÉ lit sur ce sujet une observation. (Voir le Premier-Paris.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous sommes heureux d'annoncer que, sur l'avis favorable des autorités judiciaires consultées, le président de la République a signé un décret accordant au docteur Laffitte remise totale de la peine prononcée contre lui.

— Par suite du décès de MM. Quinquaud, Juhel-Rénoy, Ollivier et Legroux; de la retraite de MM. Bucquoy et Lancereaux; de la nomination au professorat de M. Raymond; de la démission de MM. Brouardel et Lecorché, les mutations suivantes ont lieu dans les hôpitaux de Paris : M. Audhoui passe de la Pitié à l'Hôtel-Dieu; M. Straus, de la Charité à l'Hôtel-Dieu; M. Labadie-Lagrave, de la Maternité à la Charité; M. Moutard-Martin, de la Pitié à la Charité; M. Danlos, de la Maison de santé à Saint-Louis; M. Moizard, de l'hôpital Trousseau aux Enfants-Malades; M. Déjerine, de Bicêtre à la Salpêtrière; M. Chauffard, de Laënnec à Cochin; M. Muselier, de Broussais à la Pitié; M. Merklen, de Saint-Antoine à Laënnec; M. Comby, de Tenon à Trousseau; M. Chantemesse, des Ménages au Bastion 29; M. Josias, de la Pitié à Trousseau; M. Marie, de Debrousse à Bicêtre; M. Netter, de Tenon à la Pitié; M. Petit, de Sainte-Périne à la Pitié; M. Babinski, d'Aubervilliers à Broussais; M. Siredey, d'Aubervilliers à Saint-Antoine; M. Charrin, du Bureau central à la Maternité; M. Richardière, du Bureau central à Tenon; M. Thibierge, du Bureau central à Debrousse; M. Gaillard, du Bureau central à Tenon; M. Mathieu, du Bureau central à Sainte-Périne; M. Delpeuch, du Bureau central aux Ménages; M. Lermoyez, du Bureau central à Aubervilliers.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Beaumevielle (de Rivière); Eon, médecin-chef de l'hôpital militaire de Gafsa-Gengibre (de Montpellier); Venet, médecin en chef adjoint de la Préfecture de police.

— M. Le Gendre, médecin du Bureau central, en suppléance à l'hôpital Trousseau, commencera des conférences de clinique et de thérapeutique infantiles le samedi 3 novembre, à dix heures du matin (salles Barrier et Blache), et les continuera les mercredis et samedis à la même heure.

— M. le professeur G. Sée reprendra son cours de clinique médicale, le lundi 5 novembre 1894, à dix heures, et le continuera tous les lundis, à la même heure, à l'Hôtel-Dieu.

— M. le docteur Kirmisson reprendra, le lundi 5 novembre, ses leçons cliniques sur la chirurgie orthopédique, et les continuera les lundis et vendredis suivants à neuf heures. — Les leçons seront consacrées aux malformations de la tête et du tronc.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1894

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des *appareils et instruments de chirurgie en gomme, caoutchouc, verre, etc.*, nécessaires au service des différents établissements de l'administration pendant l'année 1895.

1er lot. *Instrumts en gomme et caoutchouc.* 15000 fr.
2e — *Id.* *Id.* 15000
3e — *Articles de caoutchouc.* 12000
4e — *Thermomètres* 15000
5e — *Articles divers* (*irrigateurs, etc.*). 8000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

LE MERCREDI 28 NOVEMBRE 1894

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, en 2 lots, et sur soumissions cachetées, des *bandages, pessaires, bas élastiques, etc.*, nécessaires au service de l'Administration pendant l'année 1895.

L'importance du marché est évaluée à 30000 fr. pour chaque lot.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 128. — MARDI 6 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 6 NOVEMBRE 1894. — N° 128.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. . 3 mois : 10 fr. . . » . — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 29 octobre 1894, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de deuxième classe. — M. Bastian, médecin principal des colonies.

Au grade de médecin principal. — MM. les médecins de première classe des colonies Guérin et Roussin.

Au grade de médecin de première classe. — M. Pierre, médecin de deuxième classe des colonies.

Au grade de médecin de deuxième classe. — M. Hantz, médecin de deuxième classe de la marine.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Rouen s'est terminé par la nomination de : MM. Lance, Guillaume, Billiard, Méret, Nicolas, Chalufour et Vernière.

— L'Académie des sciences morales et politiques a, sur le rapport de M. Emile Levasseur, décerné le prix Audiffred, d'une valeur de 12000 francs, à M. le docteur Roux, pour son dévouement à la science.

— Bordeaux, Bruxelles et Montpellier vont créer un laboratoire chargé de préparer le sérum antidiphtéritique suivant la méthode du docteur Roux.

— *École pratique des Hautes-Études.* — M. le professeur Filhol est nommé directeur du laboratoire d'anatomie comparée.

M. Beauregard est nommé sous-directeur dudit laboratoire.

— *Les dépilatoires en chirurgie.* — Dans un récent mémoire (« Arch. méd. mil. », octobre 1894), le docteur Annequin recommande l'emploi du sulfhydrate de sulfure de calcium et du protosulfure de baryum, comme dépilatoires, pour la dénudation préopératoire de diverses régions du corps. Ces procédés nous paraissent recommandables pour les régions sur lesquelles l'action du rasoir est souvent incomplète (organes génitaux, anus, aisselle, etc.).

— *La tuberculose dans l'armée allemande.* — Les statistiques récentes démontrent que, dans l'armée allemande, il y avait en 1880, 946 cas, soit 2,9 p. 1000, avec 0,85 de décès. En 1885, la moyenne était de 3,3 p. 1000, avec 0,67 de décès, et en 1889 elle était de 3,2 p. 1000 avec 0,55 de décès.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Gilbert Billière (de Lasvaux), Brillet (de Janzé) et Rebory père (de Digne).

— *Hôpital Saint-Antoine.* — MM. Ed. Brissaud et Gilbert Ballet feront, pendant le semestre d'hiver, un cours clinique de pathologie du système nerveux. M. G. Ballet traitera des maladies de l'encéphale le dimanche à dix heures; M. Ed. Brissaud des maladies de la moelle le jeudi à la même heure. — La première leçon aura lieu le dimanche 11 novembre.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Le Dentu commencera le cours de clinique chirurgicale, le mardi 6 novembre 1894, à neuf heures et demie du matin, et le continuera les vendredis et mardis suivants, à la même heure, à l'hôpital Necker.

— Le cours de médecine légale pratique et conférences pratiques appliquées à la toxicologie commencera à la Morgue, le mercredi 7 novembre 1894, à deux heures, et se continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

Les mercredis : M. le professeur Brouardel; les vendredis : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les lundis : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique.

Les conférences pratiques de physiologie, d'anatomie pathologique et de chimie appliquées à la toxicologie seront faites au laboratoire de toxicologie (caserne de la Cité, 2, quai du Marché-Neuf).

Ces conférences auront lieu dans l'ordre suivant, à partir du samedi 10 novembre 1894, les mardis, jeudis et samedis.

Les jeudis à quatre heures : M. le docteur Descoust, chef du laboratoire de médecine légale; les mardis à trois heures : M. le docteur Vibert, chef du laboratoire d'anatomie pathologique; les samedis à trois heures : M. Ogier, docteur ès sciences, chef du laboratoire de chimie.

Seront seuls admis à suivre le cours de médecine légale pratique et les conférences, sur la présentation d'une carte spéciale qui leur sera délivrée, après inscription au secrétariat de la Faculté : 1° MM. les docteurs en médecine; 2° MM. les étudiants ayant subi le troisième examen de doctorat.

Le laboratoire de chimie (caserne de la Cité) sera également ouvert aux élèves qui désireraient entreprendre des recherches personnelles sur des sujets de chimie toxicologique.

— M. le professeur Farabeuf commencera son cours d'anatomie, le mercredi 7 novembre à quatre heures, dans le grand amphithéâtre de la Faculté, et le continuera les vendredis, lundis et mercredis suivants, à la même heure.

— La policlinique de chirurgie des femmes de M. le docteur Berrut, 151, rue de Grenelle-Saint-Germain, est ouverte du 1er novembre au 31 août. — Le jeudi, à neuf heures : leçon ouverte aux médecins et aux sages-femmes sur la présentation de leur carte et aux élèves inscrits. On s'inscrit à trois heures; — à dix heures : consultations.

La première leçon aura lieu le jeudi 8 novembre.

Paris, le 5 novembre 1894.

M. le docteur Brouardel, doyen de la Faculté et médecin de l'hôpital de la Charité, vient de remettre à la disposition du directeur de l'Assistance publique son service hospitalier, dont ses multiples fonctions le tenaient trop souvent éloigné. M. le docteur Lecorché, médecin de la Maison municipale de santé, vient également de prendre volontairement une retraite prématurée. Il y a quelques années déjà, le professeur Verneuil, en pleine vigueur intellectuelle et scientifique, descendait de sa chaire de clinique chirurgicale et abandonnait son service de l'Hôtel-Dieu, six années avant le terme qui lui était légalement assigné. Ce sont là de nobles exemples, qui malheureusement restent isolés.

Arrivés près du terme de leur carrière, les aînés, dans les hôpitaux, sont très légitimement comblés d'honneur et de profits; leur temps si précieux doit se partager entre les différents services publics dont ils ont la garde, la clientèle, les hôpitaux, la Faculté, etc., et l'on cite tel médecin qui, depuis plusieurs années, ignore le chemin de son service; tels autres ne font, dans l'année, que de si rares apparitions que, dans le milieu des étudiants, leur service est connu bien plus sous le nom du suppléant attitré, que sous le nom du titulaire; tels autres, enfin, sont depuis de longs mois absents, sans que l'Assistance ait songé un seul instant à régulariser une situation d'abord considérée comme exceptionnelle et transitoire, mais qui s'éternise indéfiniment.

Ce sont surtout les services chirurgicaux qui, jusqu'à présent, souffrent de ces irrégularités, et cela grâce à l'institution de l' « assistance » qui dégénère, comme bien d'autres institutions confiées à la gestion de l'Administration actuelle. Au début, l'assistant avait été créé pour aider le maître âgé, dont la main se fatiguait plus vite qu'autrefois; le jeune chirurgien, appelé par son ancien, était réellement un assistant, dans le sens propre du mot : il assistait, il secondait le maître *présent*. Mais tout s'est peu à peu changé, l'assistant est devenu suppléant. Le titulaire du service, le chef, a peu à peu disparu; et c'était inévitable. Grâce au chirurgien assistant, le service hospitalier avait repris une activité nouvelle, tout y allait bien, sans que le titulaire prît une grande part à sa direction; peu à peu alors et peut-être inconsciemment, le maître a cessé de venir, laissant l'assistant le suppléer, et de la sorte il n'est resté titulaire que de nom, et, en réalité, il détient une fonction qu'il ne remplit pas. Que l'Administration hospitalière y prenne garde, d'ici quelques années la fonction de l' « assistant » sera tout à fait transformée, et le temps n'est pas loin, la chose s'est déjà vue d'ailleurs, où l'assistant, fatigué à son tour, demandera et obtiendra un autre assistant.

Mais nous nous arrêtons sur cette pente trop facile des critiques à adresser à la direction actuelle de l'Administration de l'Assistance publique. Celles que nous venons d'énumérer sont des plus légères. Il y en a d'autres dont la gravité et la crainte du scandale arrêtent seules la publication. On nous promet des réformes et des réformes sérieuses pour le commencement de la prochaine année. On peut et l'on doit faire crédit à la bonne volonté, mais il est évident que si les errements anciens continuent, que si le gâchis actuel persiste, alors le silence devient une complicité difficile à supporter.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX

La courte séance du 2 novembre, à la Société médicale des hôpitaux, a été presque entièrement consacrée à discuter l'étiologie et la pathogénie des érythèmes scarlatiniformes, à propos des travaux lus dans les dernières séances par MM. Armand Siredey et L. Galliard, celui-ci défendant l'origine infectieuse des érythèmes, que celui-là impute presque exclusivement à la thérapeutique.

M. Le Gendre ne croit pas à l'influence prépondérante des médicaments, dans la production de l'érythème. Il cite les faits observés par lui l'année dernière à l'hôpital Saint-Antoine, ceux du docteur Savill (de Londres), où l'érythème sévissait à la façon d'une épidémie, sur des malades ne prenant aucun médicament, ou, du moins, soumis à des *médications anodines*, le benzo-naphtol, par exemple. Il n'y a rien d'anodin en thérapeutique, dit M. A. Siredey : le benzo-naphtol appartient à une famille suspecte. Le naphtol n'est-il pas souvent érythrogène? Et il cite à l'appui de cette opinion une malade d'Aubervilliers, qui a présenté un érythème intense sur le cou, la poitrine et la partie supérieure des bras, à la suite d'irrigations faites sur le pharynx avec de l'eau naphtolée à 1/2000. Combien d'autres substances, dont la réputation, jusqu'alors intacte, a été compromise depuis que l'on connaît mieux la genèse des érythrodermies? Dans son livre sur le *Traitement des maladies de la peau*, Brocq consacre plusieurs pages à la longue liste des diverses substances dont l'usage interne ou externe peut provoquer des éruptions. On y voit figurer, entre autres médicaments généralement peu redoutés pour la peau, le sulfate de quinine, l'opium, la digitale, l'ipéca, etc. Serait-il téméraire d'y ajouter le benzo-naphtol? D'ailleurs, chaque jour on peut se trouver en présence d'un nouvel agent érythrogène, méconnu jusqu'alors. M. A. Siredey cite un fait qui lui a été récemment raconté par le docteur Foubert, ancien chef de clinique de la Charité. Il s'agit d'un enfant qui est pris d'urticaire chaque fois qu'il lui arrive de manger des crèmes, gâteaux, bonbons ou chocolats *à la vanille*, et l'expérience renouvelée plusieurs fois, dans des conditions différentes, a toujours donné les mêmes résultats. Cette observation, bien qu'elle ne se rapporte pas à l'érythème scarlatiniforme, montre encore l'infinie variété des agents susceptibles de provoquer des éruptions, et qui peuvent échapper même aux investigations les plus minutieuses. Or, il est d'autant plus utile de préciser la cause de ces érythèmes, que, si l'on accepte trop facilement leur origine infectieuse, on peut être tenté d'abuser des médicaments antiseptiques, évidemment dangereux en pareil cas.

M. Rendu fait observer avec raison qu'on rencontre fréquemment des altérations rénales chez les individus qui présentent ces érythèmes desquamatifs. N'est-ce pas dans l'imperméabilité du rein qu'il faut chercher l'explication de ces intoxications si bizarres?

M. Burlureaux a vu récemment un érythème scarlatiniforme à peu près généralisé, chez un enfant atteint de diphtérie et traité par des injections de sérum. L'éruption avait débuté au niveau de la piqûre.

M. Le Gendre vient d'observer, à l'hôpital Trousseau, plusieurs de ces érythèmes qu'a, d'ailleurs, signalés M. Roux dans sa célèbre communication sur le traitement de la diphtérie. Or, il est un fait bien curieux, c'est que l'éruption ne semble pas se rattacher à l'antitoxine, mais au sérum lui-

même. Elle apparaît uniformément chez tous les sujets injectés avec le sérum d'un même cheval, et on connaît assez, à l'Institut Pasteur, les chevaux qui jouissent de cette singulière propriété, pour qu'on puisse en avertir d'avance les médecins et les familles.

M. Siredey fait remarquer que ces érythèmes dus au sérum se développent quelquefois tardivement, dix, douze jours après l'injection, à la façon des érythèmes toxiques. Les uns et les autres peuvent débuter au point d'application du médicament ou sur des régions très éloignées. M. Catrin a fait récemment la même constatation.

M. Hayem résume très heureusement la discussion : il y a, dit-il, des érythèmes consécutifs à l'absorption de produits toxiques élaborés par l'organisme, et d'autres qui sont dus à l'action de certains médicaments.

Existe-t-il un lien entre ces éruptions? L'action des médicaments n'a rien, assurément, de spécifique, cela est à peu près démontré par l'analogie morphologique de ces manifestations cutanées, sous l'influence de médications diverses. Ne s'agit-il pas d'une irritation banale, d'une sorte de gastrite médicamenteuse qui faciliterait l'absorption des produits toxiques autochtones, chez des typhoïdiques, par exemple?

Mais, objecte M. Siredey, comment expliquera-t-on les éruptions dues aux médications externes, qui ne sauraient impressionner l'estomac? M. Hayem considère, dans ces cas, l'excitation produite à la surface de la peau comme suffisante pour mettre en jeu les mêmes réactions vaso-motrices. Le terrain commun, sur lequel se développent si facilement ces efflorescences cutanées, semble constitué par un mauvais état des voies digestives, avec accumulation de toxines fabriquées par l'organisme, et, survienne un médicament, l'impression de l'air froid, de l'eau froide, etc., en un mot, une cause quelconque, excitant les terminaisons nerveuses de la peau ou des muqueuses, et la résorption des principes toxiques provoque l'érythème.

Si cette hypothèse n'est pas absolument concluante, elle a du moins le mérite de réunir assez complètement toutes les données du problème et elle a paru mettre les belligérants d'accord. Elle admet d'ailleurs, dans la plupart des cas, l'influence déterminante d'un agent étranger à l'organisme, comme le soutenait obstinément M. A. Siredey.

M. Comby présente un nouvel exemple, en partie double, de morphinomanie guérie en huit jours environ, par la suppression progressive et rapide de la morphine, et l'usage des toniques.

Il s'agissait d'une double intoxication conjugale : une jeune femme, à la suite de coliques hépatiques, traitées par de la morphine, s'adonnait, depuis cinq ans, à la pratique quotidienne des injections hypodermiques répétées, atteignant en vingt-quatre heures la dose énorme de 1gr50 de chlorhydrate de morphine! Son mari, *médecin*, avait également pris depuis deux ans l'habitude des injections de morphine à propos de névralgies faciales. M. Comby n'a pas cherché si cette contagion est due à quelque nouveau microbe, mais il a traité et guéri les deux malades dans son service à l'hôpital, montrant ainsi qu'on peut obtenir des succès remarquables sans recourir à l'internement dans une maison de santé.

Cette pratique doit être évidemment tentée avant de recourir à des moyens extrêmes, mais il est certain qu'elle n'est pas suffisante dans tous les cas. Le succès ne peut être obtenu qu'avec la parfaite docilité du malade, et on sait combien la complicité habituelle des familles rend toutes les précautions illusoires!

SYPHILIS ET PARALYSIE GÉNÉRALE

Par M. le professeur Alfred Fournier,
Membre de l'Académie de médecine.

Une grave question s'est imposée depuis un certain temps, à savoir : celle des rapports de la paralysie générale avec la syphilis. Si je viens en entretenir l'Académie, ce n'est pas en vue de répéter à cette tribune ce que j'en ai dit ou écrit ailleurs, soit il y a déjà pas mal d'années, soit tout récemment. Mon intention est autre, et elle est double. Je m'explique.

Je voudrais, d'une part, démontrer que le problème en question, tel qu'on le pose usuellement, est mal posé; qu'il est, en réalité, beaucoup plus complexe qu'on ne le suppose, et que, si l'on continue, comme on l'a fait jusqu'ici, à le discuter en bloc sur des bases mal déterminées, il y a vraiment peu de chances pour qu'on arrive de longtemps à lui donner une solution satisfaisante.

D'autre part, je tiendrais à montrer comment une solution complète de la question ne saurait être l'œuvre d'un seul observateur, comment elle ne sera acquise que par l'union de forces diverses, ou, qu'on me passe l'expression, par le *syndicat* de compétences spéciales associées.

Ces deux points ressortiront, je l'espère, des quelques considérations qui vont suivre.

I

Un proverbe dit qu'un problème bien posé est, de ce fait même, à demi résolu. S'il en est ainsi, essayons de déterminer bien nettement celui qui va nous occuper.

Très habituellement, ledit problème est posé de la façon suivante : « La paralysie générale est-elle ou non un symptôme, un résultat, un dérivé de la syphilis? » Eh bien, je l'affirme, formulée en ces termes, la question n'est pas au point; elle n'est pas ce qu'elle devrait être; elle est incomplète, fruste, car elle laisse de côté divers points qui lui sont inhérents, qui en font partie intégrale, qui ne sauraient en être distraits. Et la preuve, c'est que ces points délaissés, oubliés, ne manquent jamais de surgir dès que la discussion s'engage et que les opinions adverses entrent en conflit. Très sûrement donc, le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis est plus complexe que ne le laisserait supposer la formule qui précède; il n'est pas contenu tout entier dans cette formule. En d'autres termes, il ne comporte pas *une* question, il en comporte au moins *quatre*, et quatre d'ordres différents, quatre qui ont chacune leur autonomie propre, qui ne s'impliquent en rien l'une l'autre, qui sont indépendantes les unes des autres, voire indépendantes à ce point que le même observateur pourra se prononcer affirmativement sur celle-ci et négativement sur celle-là.

Mais j'ai hâte de sortir des généralités, et je précise.

A mon sens, le problème des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne sera complètement élucidé qu'à l'époque où une solution précise, catégorique, aura été donnée aux quatre questions que voici :

1° Existe-t-il, oui ou non, comme résultat possible de la

syphilis, un syndrome clinique qui mérite le nom de *pseudo-paralysie générale syphilitique*?

2° La paralysie générale *vraie* peut-elle, à un titre quelconque, dériver de la syphilis? Et, au cas d'affirmative, avec quel degré de fréquence en dérive-t-elle?

3° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis est-elle de *nature* ou simplement d'*origine* syphilitique?

4° La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis se différencie-t-elle par quelque caractère clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine?

Précises, catégoriques, ces quatre questions composent le libellé à peu près complet de ce qu'il s'agirait de savoir pour fixer et déterminer le problème qui nous occupe actuellement. Car la solution dudit problème serait acquise et acquise sur tous les points, si la lumière était faite en particulier sur chacune des quatre questions sus-énoncées. Tel serait donc, d'après moi, le *programme de discussion* à adopter et à suivre méthodiquement pour aboutir à élucider ce complexe et si difficile sujet.

Or, il ne sera peut-être pas sans opportunité et sans intérêt de rechercher, en nous astreignant à ce programme de discussion, où nous en sommes aujourd'hui, c'est-à-dire de préciser ce que nous savons et ce que nous ignorons sur ces divers points, en un mot, de dresser le bilan de nos connaissances actuelles sur la matière. Peut-être bien une telle revue ne sera-t-elle pas œuvre stérile, surtout si elle avait chance, en signalant les lacunes de la science contemporaine, d'appeler de ce côté de nouveaux et laborieux efforts.

II

La première des quatre questions que j'ai spécifiées n'est pas faite pour nous arrêter longtemps. Celle-ci est, je puis dire, résolue actuellement, comme elle l'aurait été, de prime abord, sans un malentendu regrettable qui s'y est glissé. On va me comprendre.

Oui, très certainement oui, la syphylis réalise quelquefois, alors qu'elle se porte sur l'encéphale, un ensemble clinique qui rappelle d'assez près celui de la paralysie générale, et qui, à ce titre, peut être qualifié du nom de *pseudo-paralysie générale*. J'en appelle aux souvenirs des praticiens ici présents. Est-ce que de temps à autre on ne rencontre pas de malheureux syphilitiques qui, touchés au cerveau par la diathèse, présentent un certain nombre des symptômes constitutifs de la paralysie générale, tels que les suivants : tremblements musculaires, surtout notables aux mains et à la langue, hésitation de la parole, inégalité pupillaire, troubles psychiques (affaiblissement de l'intellect, diminution de la mémoire, crises alternantes de dépression et d'excitation mentale, etc.), troubles des sens, ictus passagers, avec ébauche de parésie partielle ou hémiplégique, etc.? Très positivement, de tels malades *ressemblent* à des paralytiques généraux, plus ou moins, suivant les cas, mais parfois d'une façon étonnante, au point que, même entre les mains des plus experts, le diagnostic reste oscillant entre la syphilis cérébrale simple et la paralysie générale. Puis (pour anticiper sur les événements), vient l'autopsie qui démontre la syphilis cérébrale et élimine la péri-encéphalite diffuse.

Or, frappé de tels cas que j'avais observés maintes fois, frappé surtout de leur ressemblance avec la paralysie générale, j'ai eu l'idée (il y a déjà de cela plus d'une quinzaine d'années) de les désigner à l'attention par un vocable spécial, et je les ai baptisés du nom de *pseudo-paralysies générales*. Que l'idée fût bonne ou mauvaise (ce n'est pas à moi de l'apprécier), toujours est-il que ce malheureux mot est devenu un nouveau brandon de discorde jeté dans la mêlée. Si quelques-uns l'ont accepté, d'autres l'ont attaqué vivement en me reprochant de créer une « entité morbide » factice, qui n'est justiciable ni cliniquement, ni anatomiquement.

Eh bien, toute la querelle, ici, repose sur un malentendu qui, enfin, doit être expliqué.

Telle que je l'ai décrite et telle que l'ont acceptée certains de mes confrères (que je remercie au passage), la pseudo-paralysie générale des syphilitiques n'est en rien une entité morbide à part, différente à la fois et de la syphilis cérébrale et de la paralysie générale. C'est tout simplement une modalité particulière de syphilis cérébrale; c'est un simple nom donné à une forme de la syphilis cérébrale. De même que j'ai appelé et que l'on appelle à présent, forme épileptique ou forme aphasique de la syphilis cérébrale, les cas où cette syphilis cérébrale affecte comme symptômes prédominants des crises épileptoïdes ou des crises aphasiques, de même j'ai proposé, conventionnellement, de qualifier, du nom de pseudo-paralysie générale, les cas où l'encéphalopathie spécifique revêt un ensemble clinique qui rappelle plus ou moins l'aspect de la paralysie générale. Pseudo-paralysie générale, ce n'est là qu'un mot qualifiant une scène, une physionomie, un ensemble de la syphilis cérébrale et rien autre. Et ce mot n'implique en rien, comme on l'a dit et comme on l'a fait dire, une entité morbide quelconque, encore moins une « paralysie générale modifiée », encore moins une « paralysie générale propre à la syphilis ».

Donc, plus d'équivoques. Et l'accord, en l'espèce, peut se faire, doit se faire sur les termes suivants :

1° Il existe une modalité clinique de la syphilis cérébrale, qui rappelle plus ou moins la physionomie de la paralysie générale. C'est là un fait qui s'impose, un fait irrécusable cliniquement.

2° Cette modalité n'est pas indigne d'un nom spécial qui la désigne à l'attention. Eh bien, à nouveau, je propose de l'appeler *pseudo-paralysie générale*, en spécifiant bien que ce mot ne comportera d'autre sens que celui-ci : modalité particulière de la syphilis cérébrale, rappelant plus ou moins la physionomie pathologique de la paralysie générale.

III

Seconde question : *La paralysie générale vraie dérive-t-elle, à un titre quelconque, de la syphilis?*

C'est là, inutile de le dire, le point culminant, le point palpitant du problème, celui qui a été et qui, sans doute, sera encore le plus ardemment discuté. Eh bien, où en sommes-nous, sur ce point spécial, quant à présent?

Il n'est plus à le nier, du mouvement scientifique considérable, intensif, qui s'est produit sur la question au cours de ces dernières années, de l'enquête qui s'est instituée de tous côtés sur les causes de la paralysie générale et à laquelle restera attaché le nom d'un laborieux instigateur, le docteur Morel-Lavallée, il s'est dégagé un grand fait, un fait subversif des anciennes croyances, qualifié même de « révolutionnaire », à savoir : que la paralysie générale reconnaît très certainement la syphilis comme un de ses facteurs étiolo-

giques les plus habituels, voire comme son facteur de beaucoup prépondérant, principal.

Et, en effet, des raisons multiples, valables, probantes, autorisent à admettre, pour un très grand nombre de cas, une relation de cause à effet, une véritable et irrécusable connexion pathogénique — quelle qu'elle soit d'ailleurs — entre la syphilis et la paralysie générale.

Reproduire ici ces raisons serait faire ce que je ne veux pas faire, à savoir un plaidoyer nouveau sur la question en instance. Encore une fois, je ne discute pas, j'expose une situation, un état de choses, tout simplement. Il me suffira donc d'énumérer et de rappeler très succinctement les arguments principaux qui ont servi de base à la doctrine nouvelle.

I. De ces arguments celui qui, tout naturellement, se place au premier rang, comme valeur démonstrative, est tiré du *degré de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux*. C'est là, évidemment, un critérium indiqué par le bon sens pour juger le débat. Car de deux choses l'une : ou bien la syphilis ne figure dans les antécédents de la paralysie générale que pour une proportion minime, et cela implique qu'elle est indifférente à la genèse de la paralysie générale ; ou bien elle prend place dans ses antécédents pour une proportion notable, élevée, considérable peut-être; et, dans cette hypothèse, impossible de lui refuser un rôle étiologique plus ou moins important.

Or, que nous apprennent les statistiques à ce sujet? Non pas, bien entendu, les statistiques *anciennes*, faites à une époque où la syphilis n'étant pas encore mise en cause comme origine possible de la paralysie générale, on ne s'occupait guère de la rechercher dans les antécédents du malade; mais les statistiques *contemporaines*, où l'on a pris la peine d'obtenir des renseignements à son propos. L'année dernière, j'en ai collectionné 27 (à ne parler que de celles-là) où la proportion de fréquence des antécédents syphilitiques chez les paralytiques généraux s'est élevée au delà de 50 p. 100, à savoir : 51, 56, 60, 62, 62, 64, 65, 66, 66, 66, 72, 72, 73, 73, 73, 75, 75, 75, 77, 77, 80, 80, 80, 81, 86, 86, 92 p. 100 (voire, avec les cas « seulement probables », jusqu'à 93 et 94 p. 100).

Or, que penser de tels chiffres? Que penser d'une telle proportion d'antécédents spécifiques, notamment dans une maladie telle que la paralysie générale, qui ne se produit qu'à de longues échéances au delà de l'infection, dans une maladie telle que la paralysie générale, où la recherche des antécédents morbides est entourée de tant de difficultés et d'obscurités, où le malade, soit amnésique, soit inconscient, n'a plus notion de son passé, où les renseignements ne s'obtiennent souvent que d'une façon indirecte, etc.? Ne voir en de tels chiffres que le résultat de simples coïncidences et les interpréter par des rencontres de hasard, serait une fin de non-recevoir impossible, absurde. Cela n'est plus affaire de clinique, mais de simple bon sens. Eh bien, je dis, j'affirme que le bon sens se révolte contre toute explication de cet ordre, et qu'il trouve, au contraire, dans les statistiques précitées, le témoignage d'un *lien causal* des plus intimes entre la syphilis et la paralysie générale, quelle que soit, du reste, la nature de ce lien. Et, en effet, si l'on a pu trouver la syphilis comme antécédent de la paralysie générale, dans des proportions de 50 à 92 p. 100, c'est, en toute évidence, d'une façon irrécusable, que la syphilis constitue un facteur étiologique de la paralysie générale, et un facteur puissant, considérable, voire de premier rang.

II. Après les statistiques vient, en second lieu, un argument que j'appellerai (vous allez en voir le pourquoi) *l'argument des syphiliographes*.

Les syphiliographes ne sont pas en situation, comme les aliénistes, de collectionner un certain nombre de paralysies générales et de rechercher le quotient des antécédents syphilitiques qui y figurent. Mais ils peuvent faire autre chose, à savoir : rechercher ce que deviennent leurs clients et voir s'il en est peu ou beaucoup qui aboutissent à la paralysie générale.

Or, quant à moi, je dois déclarer que ce qui m'a fait soupçonner d'abord, puis reconnaître ensuite, puis affirmer enfin un lien étiologique entre la syphilis et la paralysie générale, c'est précisément le nombre relativement considérable de mes clients que j'ai vus aboutir à la paralysie générale. J'en appelle sur ce point au témoignage de mes collègues, confrères ou amis, MM. Mesnet, Magnan, Motet, Luys, Falret, Debove, Joffroy, Semelaigne, Meuriot, Goujon, etc. (Que ne puis-je aussi faire appel au souvenir de nos regrettés collègues MM. Blanche et Charcot!) Combien de fois n'ai-je pas eu à examiner avec eux d'anciens malades à moi ou d'anciens clients de mon illustre maître Ricord, devenus paralytiques généraux! Tel en est devenu le nombre que, *sans parti pris* (bien loin de là, puisqu'à l'origine je m'efforçais, par respect pour la tradition, de ne voir là que de la *pseudo-paralysie générale*), ma conviction a dû s'établir, se redresser pour mieux dire, et qu'aujourd'hui j'ai été amené par la force des choses à considérer comme absolument certaine la proposition que voici : *Nombre de syphilitiques aboutissent à la paralysie générale.*

III. Les deux arguments qui précèdent jugent à coup sûr la question d'un rapport nécessaire — quel qu'il soit, d'ailleurs, ce point est réservé — entre la syphilis et la paralysie générale. N'oublions pas, cependant, un certain ensemble de documents et de considérations de divers ordres, qui apportent leur contingent à cette démonstration. Je ne ferai que les rappeler très succinctement. Ainsi :

1° La paralysie générale, on le sait, est rare dans le sexe féminin. Mais, quand on l'y observe, *sur quel genre* de femmes l'observe-t-on? Presque toujours, de l'aveu commun, sur des « irrégulières », sur des femmes du demi-monde, du monde galant, chez des prostituées, c'est-à-dire au total dans un milieu où la syphilis fait rarement défaut.

2° De même, on trouve signalée partout la rareté relative de la paralysie générale dans les campagnes, dans les régions agricoles, chez les ecclésiastiques, les religieux, les quakers, etc. Or, tels sont précisément les milieux où, parallèlement, la syphilis est le moins répandue.

3° Des statistiques très intéressantes ont été instituées par divers auteurs (notamment par Obersteiner, Œbeke, Spillmann et Dengler) sur la fréquence parallèle des divers facteurs susceptibles de contribuer, soit isolément, soit associés, à la genèse de la paralysie générale. Or, qu'y voyons-nous? Toujours la syphilis *au premier rang*, toujours la syphilis marchant en tête et devançant à longue distance toutes les autres incitations étiologiques. A ne citer qu'un exemple, la statistique de MM. Spillmann et Dengler nous montre la syphilis en première ligne, avec une proportion de 93 p. 100, laissant bien loin derrière elle et l'hérédité nerveuse (20 p. 100) et l'hérédité congestive (20 p. 100), et même l'alcoolisme (17 p. 100).

4° Un argument non moins valable, et celui-ci des plus

instructifs, à mon sens, nous est encore fourni par la *fréquence relative des antécédents syphilitiques dans la paralysie générale et les autres folies*.

Réunissant neuf statistiques dressées à ce sujet, le docteur Régis a abouti aux chiffres suivants :

Proportion des antécédents de syphilis :

1° Dans toutes les folies autres que la paralysie générale, 10 p. 100;

2° Dans la paralysie générale, 65 p. 100.

Et cinq autres statistiques sont encore venues confirmer ces résultats (1).

Cela équivaut à dire en langage courant que, rare, voire très rare dans le passé des fous vulgaires, la syphilis est au contraire très commune dans le passé des paralytiques généraux. En serait-il ainsi, pourrait-il en être ainsi, si la syphilis n'était pour rien dans la genèse de la paralysie générale?

5° Que penser aussi, à un tout autre point de vue, de l'association si commune de la paralysie générale avec le tabes, maladie dont les connexions étiologiques avec la syphilis ne sont plus guère contestées aujourd'hui? Est-ce que, logiquement, une association de ce genre ne témoigne pas d'une communauté d'origine entre les deux maladies?

6° Vient enfin — et je me bornerai là — le puissant argument des *paralysies générales juvéniles*.

M. le docteur Régis a collectionné quatorze cas de paralysie générale ayant évolué sur des sujets de treize à dix-neuf ans. Or, il a retrouvé dans les antécédents de ces jeunes sujets la syphilis signalée sept fois d'une façon certaine et une fois d'une façon probable. (Encore l'avait-on toujours suffisamment recherchée, car on sait combien les antécédents de syphilis héréditaire sont plus difficiles à dépister que les antécédents de syphilis acquise?)

Donc, sept ou huit fois sur quatorze au minimum, et, avec deux autres cas plus récents, neuf ou dix fois sur seize, la syphilis a figuré dans les antécédents d'enfants ou d'adolescents affectés de paralysie générale. Cette proportion n'est-elle pas significative, probante, en ce qui touche notre sujet? D'autant qu'en l'espèce il n'est plus à tenir compte de ces causes derrière lesquelles se réfugient incessamment les adversaires de l'origine spécifique de la paralysie générale. Comment invoquer, à propos de sujets d'un tel âge, à propos d'enfants, l'influence des passions, le désordre et la turbulence de la vie, les préoccupations morales, l'alcoolisme, etc.? Toutes ces causes, manifestement, ne sont plus sur leur terrain à cet âge; et l'on reste, somme toute, en présence de ces deux faits qu'il est impossible de ne pas rattacher l'un à l'autre comme un effet à sa cause : d'une part, la paralysie générale et, d'autre part, une grande hérédité infectieuse, éminemment pathogène, spécialement pathogène en tant qu'accidents nerveux. Comment, je le répète, se dérober en pareille occurrence à ce que j'appellerai une évidence étiologique?

Mais résumons-nous (car, en voilà assez, je pense, pour établir la conviction), et disons : que des statistiques et des considérations diverses qui précèdent, il résulte en toute évidence une connexion pathogénique à établir — quelle qu'elle soit d'ailleurs et quelle qu'en soit la nature, point réservé — entre la syphilis comme cause et la paralysie générale comme résultat.

(1) Voir mon livre sur les *Affections parasyphilitiques*, p. 177.

IV

Le troisième terme du problème en instance offre des obscurités bien autres. Il a trait à une question de pathogénie, et c'est tout dire.

En l'espèce, la question est celle-ci : Qu'est-ce que cette paralysie générale qui dérive ainsi de la syphilis? Comment, par quel mécanisme, par quel processus pathologique, la syphilis aboutit-elle à la paralysie générale? Quel est le lien pathogénique qui rattache l'une à l'autre?

Sur un tel point, les théories avaient beau jeu pour se donner carrière, et elles n'y ont pas manqué. Ne parlons cependant que des principales opinions émises à ce sujet.

Pour les uns, la syphilis ne produirait la paralysie générale que sur un *terrain préparé*, préparé par des causes diverses, telles que hérédité nerveuse, hérédité congestive, alcoolisme, ébranlement nerveux dérivant d'excès, d'agitation, de turbulence de la vie, de surmenage physique, intellectuel ou moral, etc. Dans cette doctrine, elle serait la goutte d'eau qui fait déborder le vase, ou du moins, pour ne pas amoindrir son rôle à ce degré, elle serait le poids annexe qui, déposé dans le plateau de la balance, fait chavirer le fléau.

Pour d'autres, au contraire, la syphilis *préparerait le terrain*, se bornant ainsi — qu'on me passe l'expression — à faire le jeu d'autres causes qui seraient efficientes de la catastrophe. Matérialisant son rôle sous une formule plus énergique, on a même dit que la syphilis ne produisait la paralysie générale qu'à la façon d'un « engrais », d'un fumier fertilisant, bref, par un processus ayant pour résultat de rendre le cerveau plus accessible aux déviations psychiques. — Mais alors, soit dit incidemment, pourquoi donc ne le rendrait-elle également accessible aux autres psychoses, ce qui n'est pas le cas, comme nous l'avons établi précédemment?

Pour d'autres encore, la paralysie générale des syphilitiques serait une sorte de *reliquat*, de dégénérescence consécutive à des symptômes ou à des lésions ayant intéressé préalablement le système nerveux au cours de l'infection.

Pour d'autres, elle serait le résultat d'une *cachexie infectieuse*, laquelle réagirait sur l'encéphale soit « par l'intermédiaire des troubles vaso-moteurs familiers à la syphilis », soit « par affaiblissement, épuisement, déchéance fonctionnelle du cerveau, devenu moins capable de résister aux influences morbifiques ».

Vient ensuite la théorie déjà fameuse des *toxines* syphilitiques, développée surtout par Strümpell. Dans cette théorie, la paralysie générale, comme le tabes et comme d'autres manifestations de même ordre, serait le résultat d'une infection septique issue elle-même du microbe encore inconnu de la syphilis. Ce qui se produirait, en deux mots, serait ceci : le microbe spécifique commencerait par développer dans l'économie un certain nombre de phénomènes morbides résultant de son action propre, directe, phénomènes constituant les manifestations syphilitiques proprement dites, à savoir la syphilis usuelle, courante, la syphilis justiciable du mercure et de l'iodure. Puis, plus tard, ce même microbe élaborerait une substance toxique particulière, une *toxine* qui, infectant l'organisme à son tour, déterminerait un autre ordre d'accidents, accidents très différents des premiers à divers égards (notamment par leur résistance aux remèdes spécifiques), accidents dont les prototypes par excellence seraient le tabes et la paralysie générale.

Instituer une discussion en règle de ces diverses théories (et d'autres encore que je passe sous silence) serait quant à présent — et pour cause — un labeur superflu. Je ne m'y arrêterai donc pas et me bornerai à l'examen d'une question d'ordre plus général et d'un intérêt supérieur, je pense. Cette question est la suivante : la paralysie des syphilitiques doit-elle être considérée comme une affection *de nature* syphilitique ou seulement de provenance, *d'origine* syphilitique?

Beaucoup plus hardis que moi, quelques observateurs voient dans cette paralysie générale une conséquence *directe*, un effet *direct* de la syphilis. Dans cette conception, la paralysie générale des syphilitiques serait l'analogue, l'équivalent de ce qu'est tout symptôme spécifique, de ce qu'est, par exemple, une plaque muqueuse ou une gomme.

Il m'est impossible, quant à moi, de souscrire à cette opinion. Certes, j'ai la conviction intime que la paralysie générale procède de la syphilis pour un très grand nombre de cas et qu'un très grand nombre de paralytiques généraux ne seraient jamais devenus tels s'ils n'avaient contracté la vérole. Mais je ne saurais aller jusqu'à dire qu'une paralysie générale, issue de la syphilis, est une paralysie générale syphilitique. Je ne puis consentir à considérer cette paralysie générale comme une manifestation équivalente à une plaque muqueuse, à une syphilide, à une gomme. Je ne sais quel instinct médical se révolte en moi contre une telle assimilation. Je veux bien, et même je veux de toutes mes forces, que cette paralysie ait son origine, sa cause première, prédominante, dans la syphilis, mais il me déplaît, je le répète, de la qualifier de syphilitique, à la façon d'un chancre ou d'une ulcération gommeuse. Et pourquoi? Pour diverses raisons dont voici la plus valable, qu'il suffira de citer comme exemple : c'est que cette paralysie générale n'est en rien influencée par le traitement spécifique comme le sont les véritables déterminations syphilitiques de la diathèse. Donnez-moi du mercure et de l'iodure de potassium, je me fais fort de guérir avec cela, dans la proportion de 98 fois sur 100, une syphilide, une exostose ou une gomme; tandis que, me donneriez-vous des milliers de pilules mercurielles et des kilogrammes d'iodure, je ne ferais rien de bon, dans la même proportion numérique, contre une affection que vous et moi, d'un commun accord, je suppose, aurions diagnostiquée paralysie générale.

Je crois donc, au total, que, si la paralysie générale procède de la syphilis, elle en procède d'une autre façon que le chancre, la plaque muqueuse ou la gomme.

On me dira peut-être alors : « Mais de quelle façon voulez-vous donc qu'elle en procède? » Cela, je n'en sais rien, et n'en saurai rien sans nul doute, tant que le microbe de la syphilis restera inconnu et que ses diverses réactions possibles sur les tissus organiques seront ignorées. Mais l'absence d'explication pour un fait n'implique pas la non-existence de ce fait, et j'en suis là, précisément, c'est-à-dire à constater ce dont le comment me fait défaut.

A ce moment, toutefois, un rapprochement se présente et s'impose à mon esprit. Il est, dans le domaine de la syphilis, un certain ordre d'accidents qui, bien qu'incontestablement spécifiques d'origine, ne sont pas spécifiques de fond et qu'aujourd'hui on commence à grouper sous le nom d'accidents *parasyphilitiques*. Eh bien, la paralysie générale ne ferait-elle pas partie de ce groupe? Je m'explique.

L'expérience a montré que la syphilis n'est pas seulement capable de l'ordre de manifestations — déjà cependant si étendu et si complexe — qu'on lui rattache d'un accord commun sous le nom de manifestations spécifiques. Très sûrement, elle fait plus que cela, elle fait en plus autre chose que cela. Indépendamment de ces manifestations spécifiques, spécifiques d'origine et de nature, elle est encore responsable de nombre d'autres accidents qui, pour n'avoir plus rien de syphilitique comme nature, n'en restent pas moins syphilitiques *d'origine*, syphilitiques d'origine en ce sens qu'ils sont issus de la syphilis, qu'ils se sont produits de son fait, qu'ils ne se seraient pas produits sans elle, suivant toute vraisemblance.

Deux caractères principaux établissent surtout une ligne de démarcation bien tranchée entre ces derniers accidents et les manifestations véritablement syphilitiques. Ainsi :

1° D'une part, les affections parasyphilitiques ne relèvent pas exclusivement et nécessairement de la syphilis comme cause, tandis que les accidents syphilitiques proprement dits ne dérivent jamais que de la syphilis, reconnaissent toujours et fatalement la syphilis comme facteur original. Pas de plaque muqueuse, par exemple, pas de gomme sans syphilis acquise ou héréditaire. Tout au contraire, le tabes, la neurasthénie, l'hystérie, le rachitisme, l'infantilisme, l'hydrocéphalie, les malformations natives, les arrêts de développement, etc., que la syphilis s'approprie si fréquemment au titre de manifestations parasyphilitiques, peuvent également se produire indépendamment de tout antécédent de syphilis, de toute tare syphilitique.

2° D'autre part, les affections parasyphilitiques ne sont pas influencées par le mercure et l'iodure, comme le sont les affections syphilitiques vraies. C'est-à-dire que le mercure et l'iodure n'exercent pas sur elles, comme sur les autres déterminations usuelles de la syphilis, cette action répressive et curative si manifeste, si intense, si rapide, qu'on a pu la donner comme un véritable critérium de spécificité syphilitique.

Eh bien, à tous égards, la paralysie générale se rapproche de ces affections parasyphilitiques et rentre dans leur groupe. Comme celles-ci, en effet, elle n'a pas besoin expressément de la syphilis pour se produire; elle se produit en dehors d'elle sous l'influence d'autres incitations étiologiques; comme celles-ci, d'autre part, elle se montre rebelle au traitement spécifique, alors même qu'elle dérive bien manifestement d'une cause spécifique. A ces deux titres, donc, non moins encore que par sa connexion fréquente avec le tabes, elle semble bien faire partie de la même famille d'accidents et devoir être rangée dans le groupe des affections parasyphilitiques.

V

IV. J'arrive enfin au dernier terme du problème. Celui-ci est ainsi conçu : *La paralysie générale vraie qui se produit comme conséquence de la syphilis, se différencie-t-elle par quelque caractère clinique, anatomique ou autre, des paralysies générales d'autre origine?*

Je débutais dans cet exposé en disant que la solution complète de la question en instance ne pourrait être acquise que par l'union de forces diverses, de compétences spéciales associées. Cette vérité ne va devenir actuellement que trop manifeste.

Nous autres syphiliographes, nous n'avons à réclamer, à ambitionner, comme lot personnel dans la solution du problème total, qu'un seul rôle, celui de chercheurs, de dépis-

teurs d'étiologie. Nous sommes ou nous pouvons être bons à deux choses : 1° à affirmer un fait de notre compétence, à savoir la fréquence de la paralysie générale chez nos malades; 2° à reconnaître la syphilis comme antécédent, là où d'autres pourraient la méconnaître ou la laisser passer inaperçue. Et, en effet, dépister la syphilis dans les antécédents morbides ou dans l'hérédité est un métier comme un autre, où l'on ne devient expert que par un dressage spécial. *Fit fabricando faber.* Tel excellera, par exemple, à découvrir un imperceptible souffle cardiaque qui laissera échapper une syphilis que découvrira un syphiliographe, et réciproquement. Affaire de spécialisation professionnelle.

Mais si nous sommes bons à cela, nous ne sommes guère bons qu'à cela, et pour cause. Voyez plutôt.

Certes, l'anatomie pathologique a son mot à dire dans la question. Il serait plus que curieux, il serait important de savoir si la paralysie générale de nos malades (laissez-moi la qualifier ainsi) diffère ou non anatomiquement des paralysies générales d'autre origine. Or, l'anatomie pathologique nous fait presque toujours défaut, à nous, et cela par la force même des choses. Pourquoi? Parce que nos paralytiques généraux ne sont, dans nos services, que des malades *de passage*. Nous les observons quelques mois, puis, à un moment donné, nous sommes forcés de nous en séparer, et cela parce qu'ils sont devenus indociles, bruyants, gâteux, dangereux pour eux-mêmes et pour autrui, etc.; bref, presque invariablement, ces malades vont terminer *ailleurs que chez nous* leur misérable existence, et la suite, la fin de leur observation (y compris notamment les résultats nécroscopiques) nous échappe nécessairement, sauf exceptions bien rares.

Et de même pour la clinique. Existe-t-il entre la paralysie générale de nos malades et les paralysies générales d'autre origine des différences symptomatologiques? Mais, pour apprécier les finesses cliniques sur lesquelles un tel diagnostic pourrait être posé, il nous faudrait ce que nous n'avons pas, à savoir : 1° des éléments de comparaison, qui nous manquent tout naturellement, puisque, sans la syphilis, on n'a pas motif de venir à nous; 2° une éducation spéciale qui n'est pas la nôtre. Nous ne sommes, nous, que des aliénistes par occasion, j'allais dire des aliénistes d'occasion. *Ne sutor ultra crepidam.*

Ainsi, j'oserai le confesser, j'ai bien mes idées, mes petites idées à moi, sur quelques différences symptomatologiques à faire intervenir entre la paralysie générale de nos malades et celles d'autre origine. Par exemple, à n'en citer qu'une seule, j'ai été maintes fois frappé de voir la paralysie générale de nos malades ou bien débuter par des phénomènes de tabes ou bien, d'une façon quelconque, s'associer au tabes et constituer avec lui une sorte de combinaison hybride que j'ai qualifiée du nom de *tabes cérébro-spinal*. Très fréquemment, je le répète, j'ai vu le tabes verser dans la paralysie générale; et, réciproquement aussi (mais d'une façon bien plus rare), j'ai vu la paralysie générale verser dans le tabes. D'autres fois encore, j'ai vu tabes et paralysie générale évoluer parallèlement, en société, et, pour ainsi dire, la main dans la main. Or, les paralysies générales d'origine non syphilitique réalisent-elles aussi souvent que la nôtre une telle combinaison de symptômes? Je ne le crois pas. Mais, enfin, je n'ai pas compétence pour le savoir et me garderai de l'affirmer. Donc, pour ne pas m'exposer aux foudres de nos collègues en aliénation qui, à trop juste titre, me rappelleraient à l'ordre en m'invitant à ne pas excéder les choses de mon métier, mettons, si vous le voulez, que je n'ai rien dit.

Et de même pour tant et tant d'autres sujets relatifs à l'évolution morbide, aux rémissions possibles, aux guérisons apparentes, à la durée, etc., etc. Toutes ces questions, ce n'est pas nous, syphiliographes, qui sommes aptes à les juger; car elles n'exigeraient rien moins, pour être appréciées à leur valeur véritable et distinctive en l'espèce, que l'expérience spéciale et si hautement estimée de collègues, tels que MM. Mesnet, Magnan, Luys, Joffroy, Mottet, etc.

Aussi bien sur tous ces points, n'aurai-je rien de mieux à faire assurément que de passer la main (qu'on me pardonne l'expression) à de plus experts en aliénation mentale, en anatomie pathologique, en histologie, et d'en appeler à leur précieux concours. Car, soyez-en sûrs — et c'est par cette affirmation que je terminerai — la question des rapports de la paralysie générale avec la syphilis ne parviendra à être complètement étudiée, élucidée et jugée en dernier ressort dans les sujets si multiples, si complexes et si difficiles qu'elle comporte, que par l'union, la collaboration, le *syndicat*, si j'ose ainsi parler, des aliénistes, des anatomo-pathologistes et des syphiliographes.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 31 octobre 1894.— Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Cure radicale d'anus contre nature. — M. Zancarol (d'Alexandrie) a pratiqué, dans un cas, la cure radicale d'un anus contre nature avec un plein succès. Il s'agissait, dans le premier cas, d'une femme de vingt-cinq ans, atteinte de péritonite suppurée, pour laquelle M. Zancarol fit une incision péritonéale dans la fosse iliaque droite. Les suites opératoires de cette opération furent bonnes; mais bientôt apparurent de nouveaux symptômes de pyohémie. La plaie était restée fistuleuse et il existait, du côté gauche, un empâtement manifeste au niveau du ligament large. Une nouvelle laparotomie montra qu'il existait une perforation intestinale au niveau du foyer primitivement ouvert et un volumineux abcès du côté gauche. M. Zancarol ouvrit et évacua l'abcès, et il laissa l'anus contre nature tel quel. Trois mois plus tard, il en fit la cure radicale : il fit une incision circulaire, appliqua une pince-clamp sur l'intestin, de façon à bien obstruer l'anus contre nature. Ceci fait, il dégagea l'intestin de toutes ses adhérences, le sutura et l'abandonna à lui-même. La guérison fut parfaite.

M. Zancarol pratiqua la même opération dans un cas d'anus cæcal, consécutif à un sphacèle intestinal ayant compliqué une hernie étranglée. Il obtint de même un excellent résultat.

M. Zancarol estime que, dans la cure radicale de l'anus contre nature, il importe avant tout de libérer l'intestin de ses adhérences persistantes.

Gastrostomie. — M. Villar (de Bordeaux) lit un travail sur un procédé spécial de gastrostomie, qui est une modification du procédé de Franck (de Vienne).

Adhérences stomacales et laparotomie. — M. Terrier rappelle l'observation qu'il a déjà présentée et dans laquelle il s'agissait d'une femme atteinte d'adhérences stomacales, et dont toutes les souffrances ont disparu à la suite de la laparotomie. Il communique aujourd'hui une observation du même genre. Il s'agit d'une femme d'une cinquantaine d'années qui, depuis dix ans, souffrait de l'estomac. Elle

avait eu de la dyspepsie, des douleurs stomacales, des vomissements qui avaient complètement disparu pour reparaître deux années après avec, en plus, des hématémèses. Ces phénomènes disparurent de nouveau, puis reparurent ainsi à plusieurs reprises. En octobre 1893, cette femme souffrait beaucoup et était très amaigrie. La région épigastrique était empâtée. M. Terrier fit la laparotomie, trouva une petite induration au niveau de l'orifice cardiaque et de nombreuses adhérences entre l'estomac et l'épiploon. Il sectionna toutes ces adhérences. Depuis, tous les accidents ont disparu et n'ont plus reparu depuis six mois. La malade a engraissé. Son poids a gagné 9 kilogrammes.

M. BAZY, à l'appui des faits communiqués par M. Terrier, cite deux observations qui montrent l'influence que peuvent avoir de simples adhérences sur le fonctionnement du tube digestif. Dans la première, il s'agit d'une femme, opérée de hernie étranglée, qui souffrait depuis longtemps de l'estomac et qui était très amaigrie. Au cours de l'opération, M. Bazy sectionna une adhérence qui unissait le fond du sac à l'épiploon. Cette malade guérit, tous ses troubles gastriques disparurent et elle engraissa considérablement. Dans le second cas, il s'agissait d'une malade atteinte d'un kyste ovarique adhérent au grand épiploon. Ces adhérences furent rompues au cours de l'ovariotomie et les troubles gastriques, dont cette malade était atteinte, disparurent complètement.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE a fait, il y a trois ans, la laparotomie chez un homme cachectique qui souffrait depuis douze ans de l'estomac. Il trouva entre le foie, l'estomac et le côlon transverse, des adhérences ligneuses dont la dissection fut très difficile. Le malade guérit complètement et n'a plus jamais souffert. M. Lucas-Championnière croit pouvoir expliquer la formation des adhérences dans ce cas, par ce fait que douze ans auparavant cet homme avait eu des accidents inflammatoires du côté du foie, qu'un abcès s'était formé à la suite duquel ces adhérences s'étaient établies.

RAPPORT

Rétrécissement inflammatoire de la région iléo-cæcale. Résection du cæcum. — M. RICHELOT fait un rapport sur une observation adressée par M. Hartmann. Une femme de trente-deux ans souffrait, depuis longtemps, de troubles intestinaux avec douleur et empâtement dans la fosse iliaque droite. M. Hartmann fait la laparotomie latérale. Il trouve une masse profonde englobant le cæcum et l'iléon. Il la libère et l'excise avec la partie du cæcum qui y était comprise. Puis il fait l'entérorraphie. La malade a bien guéri. Il ne s'agissait ni de cancer, ni de tubercules, mais simplement de lésions inflammatoires.

M. Richelot ajoute que ces cas ne sont pas très rares. Il importe de les reconnaître et de les opérer de bonne heure. Dans ce cas, M. Hartmann a pu faire facilement l'entérorraphie sans recourir au bouton de Murphy.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que, dans cette région, l'entérorraphie est souvent difficile, parce qu'il faut réunir des bouts intestinaux de calibre différent. M. Lucas-Championnière a eu l'occasion de la constater plusieurs fois. Il ne croit pas que, dans le cas de M. Hartmann, l'application du bouton de Murphy eût été facile.

M. RICHELOT ne pense pas que la dilatation du gros intestin soit un obstacle sérieux à l'abouchement avec l'autre bout de l'intestin. Il croit plutôt que c'est une condition favorable, le plissement de l'intestin étant plus facile. Quant au bouton de Murphy, il ne croit pas que son application ait présenté des difficultés dans le cas dont il s'agit.

PRÉSENTATIONS

Rupture du moyen adducteur. — M. DELORME présente un jeune homme qui s'était rompu le moyen adducteur. Il fit la suture. Le résultat, d'abord favorable, ne s'est pas maintenu.

Laparotomie. — M. ROUTIER a opéré récemment, pour un étranglement interne, une malade laparotomisée trois ans auparavant par M. Gérard-Marchant pour une péritonite tuberculeuse. Le péritoine ne présentait plus aucune altération.

Tumeur sacro-coccygienne. — M. BROCA présente une tumeur congénitale sacro-coccygienne, qu'il a enlevée sur un enfant de deux mois et qui pesait 530 grammes. Cette tumeur adhérait à la face antérieure du sacrum et du coccyx.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'hystérectomie vaginale contre le cancer de l'utérus et les affections non cancéreuses (1), par G. RICHELOT.

Ce livre n'est pas un traité écrit dans la forme classique, une histoire complète de l'hystérectomie vaginale. Il ne contient ni recherches bibliographiques ni compilations studieuses. C'est l'exposé pur et simple de la pratique de M. Richelot pendant cinq années (1889-1893).

C'est un chaud plaidoyer écrit avec un style élégant et pur qui charme le lecteur. M. Richelot est un convaincu, je dirais presque un enthousiaste ; on peut ne pas partager absolument toutes ses convictions, on peut discuter ses assertions et les critiquer. L'auteur ne craint pas l'attaque et n'a dans ses statistiques usé d'aucun de ces artifices de groupements qui dissimulent les revers. Il est loyal et franc, et c'est en pleine lumière qu'il étale son œuvre, faisant connaître à tous les perfectionnements que sa longue pratique et ses études patientes ont apporté à l'hystérectomie vaginale.

Les adversaires quand même de l'hystérectomie vaginale sont d'ailleurs bien rares à l'heure actuelle. Au début, quelques opérateurs, méritant à peine le nom de chirurgien, ont dépassé les justes limites du permis, en négligeant la saine étude des indications, et ont failli compromettre une opération excellente, aujourd'hui admise par tous, et dont le droit de cité n'a pas été établi sans lutte. M. Richelot est un des vaillants de la première heure, qui a su imposer et introduire, dans notre arsenal chirurgical, une arme jusqu'alors dangereuse, méconnue et inutilisée.

De l'uretérectomie partielle et totale dans les lésions des uretères, avec ou sans altérations des reins. Indications et manuel opératoire (2), par le docteur LIAUDET.

C'est un travail consciencieux sur une opération encore rarement pratiquée. L'uretérectomie est, le plus souvent, une opération complémentaire que le chirurgien peut se trouver dans l'obligation de pratiquer après la néphrectomie. Les indications très exceptionnelles de l'urétérectomie partielle sont également discutées.

Cette thèse constitue un document intéressant à consulter pour les chirurgiens qui s'adonnent à la pratique de la chirurgie urinaire.

---

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

Après les séances de vacances, nous entrons dans la période des séances de rapports de prix. Celle-ci a été occupée presque entièrement par la lecture d'un rapport important de M. Charpentier sur les travaux envoyés pour le concours du prix de la commission de l'hygiène de l'enfance.

M. Perier a signalé un nouveau cas de rappel à la vie, pendant la chloroformisation, par les tractions rythmées de la langue.

M. Pinard annonce à l'Académie qu'il vient de faire la première application du mensurateur levier préhenseur de Farabeuf.

Enfin, M. Dujardin-Beaumetz a fait un rapport sur un travail de M. Maurel (de Toulouse), relatif à la pathogénie des inflammations mercurielles de la langue.

CLINIQUE DES QUINZE-VINGTS. — M. KALT.

Traitement de l'ophtalmie des nouveau-nés.

Malgré tous les efforts qui ont été faits en vue de répandre les pratiques de la désinfection vaginale avant l'accouchement, le nombre des contaminations oculaires, chez les enfants, reste toujours fort élevé. Rien que pendant l'espace de trois mois, j'ai eu à soigner, au pavillon d'isolement des Quinze-Vingts, 35 enfants atteints d'ophtalmie purulente. Presque tous ces enfants étaient nés en ville. La désinfection vaginale n'avait pas été faite. Bien plus, le traitement de l'ophtalmie déclarée s'était borné, le plus souvent, à des lavages extérieurs anodins.

Voici des chiffres bien instructifs : se sont présentés du premier au deuxième jour après l'apparition de l'écoulement : 25 p. 100; le quatrième jour, 11 p. 100; le huitième jour, 14 p. 100; du dixième au quinzième jour, 25 p. 100; du quinzième au vingt-sixième jour, 20 p. 100. Ainsi donc, 60 p. 100 des enfants n'ont reçu de soins efficaces qu'après le huitième jour, c'est-à-dire à une époque où, dans l'ophtalmie grave, les cornées sont souvent compromises.

Sur ces 35 enfants, 12 ont eu des ulcérations cornéennes. Sur ces 12, 5 se sont présentés, avec des ulcérations, du deuxième au neuvième jour, après le début de l'ophtalmie. C'étaient des cas graves, avec exsudat pseudo-membraneux adhérent aux tarses. Chez tous, le traitement a arrêté les progrès des ulcérations. Les 7 autres se sont présentés à la clinique après le neuvième jour. Chez l'un d'eux, la perforation était déjà imminente des deux côtés. Chez un autre, les deux cornées étaient déjà infiltrées de pus; l'une d'elles s'est perforée. Chez les 5 autres, les ulcérations ont été arrêtées.

De l'enquête que j'ai faite, il résulte que sur les 22 enfants qui sont présentés à la clinique plus de quatre jours après le début de l'ophtalmie, un *seul* avait subi un traitement sérieux par les cautérisations. Les autres avaient été soignés avec des lavages boriqués, des collyres variés, de l'iodoforme, de l'eau de camomille.

En effet, chez beaucoup d'enfants, l'ophtalmie s'était montrée dès les premiers jours comme un catarrhe inoffensif. Ce n'est qu'à l'occasion d'une poussée purulente, de l'apparition d'une taie, que l'entourage s'est ému. Dans la classe ouvrière pauvre, cette inertie s'explique. La mère étant couchée, l'enfant devra être confié souvent à une personne étrangère, qui le portera chez l'oculiste une fois par jour, deux fois au plus. Aussi, ai-je pu me convaincre que, dans les cas graves, l'hospitalisation de la mère et de l'enfant était nécessaire.

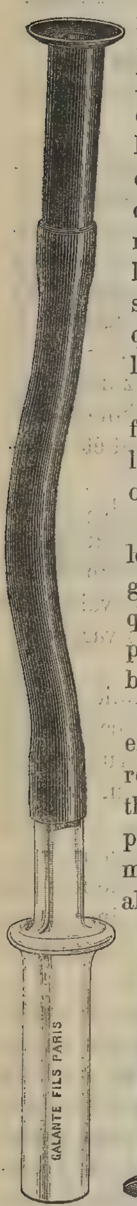
Mais le facteur principal de gravité est l'absence de traitement sérieux appliqué *au début* par les médecins ou les sages-femmes. Il n'est pas une sage-femme qui, en présence d'accidents puerpéraux infectieux, hésite à pratiquer des injections utérines avec des solutions énergiquement désinfectantes, le sublimé par exemple. Et en présence de l'ophtalmie contagieuse, qui menace la vue de l'enfant, le traitement des premiers jours consiste dans les lavages boriqués!

C'est qu'en effet, le traitement par les cautérisations au nitrate d'argent est un traitement difficile pour ceux qui n'en ont pas une grande pratique. Il est difficile pour le spécialiste lui-même, quand les paupières sont petites et serrées contre le globe. La cautérisation de la muqueuse du cul-de-sac, condition indispensable, est rendue aléatoire, même après le débridement de la commissure externe.

J'ai cherché un moyen sûr et facile, qui permît de mettre les solutions médicamenteuses au contact de *toute* la surface conjonctivale, de balayer toutes les sécrétions du cul-

de-sac supérieur et d'assurer la pénétration de l'agent actif dans les couches superficielles de la muqueuse par une pression *modérée*, mais *prolongée*.

Ce moyen m'est fourni par le petit *entonnoir-laveur* que j'ai eu l'honneur de présenter à l'Académie (séance du 7 août 1894). Cet entonnoir-laveur, construit par la maison Galante, consiste en un tube d'ébonite de la grosseur d'un porte-plume, terminé d'un côté par un pavillon à angle droit de 11 millimètres de diamètre. Ce pavillon s'introduit très facilement entre les paupières de l'enfant et tient d'autant mieux que l'enfant serre davantage. L'autre extrémité du laveur est reliée par un tube de caoutchouc au bock à irrigations de la capacité de 2 litres, qui sert pour toutes les accouchées. Ce bock ayant été préalablement rempli de liquide, il suffira que le niveau du liquide dépasse de 30 centimètres le niveau de l'œil de l'enfant, pour qu'un énergique courant d'eau se précipite contre le globe, déplisse et distende en forme de boudin le cul-de-sac supérieur, en entraînant toutes les sécrétions. Le liquide s'échappe enfin par la fente palpébrale, sur les côtés du laveur. Il est facile de constater que paupières et laveur ont été refoulés à 5 millimètres environ en avant de la cornée.





Sous cette pression de 30 centimètres, qu'il ne faut pas dépasser, l'écoulement des 2 litres de liquide se fait en sept ou huit minutes. La même opération s'exécute ensuite sur l'autre œil.

Pour empêcher l'introduction du liquide dans le nez et la bouche, l'enfant est tenu sur les genoux d'une aide, les pieds un peu plus élevés que la tête, la face tournée vers le haut. Sur le parquet, on a disposé un vase à bords larges, un baquet, une cuvette de *tub*.

Comme liquide médicamenteux, j'avais le choix entre les solutions qui, de divers côtés, ont été recommandées contre la blennorragie tant uréthrale qu'oculaire : le nitrate d'argent faible, le permanganate, le sublimé. Le permanganate s'est montré d'emblée un agent hors ligne et, de plus, absolument inoffensif pour la cornée dans les cas fréquents où elle était ulcérée. La meilleure solution me paraît être la solution à 1/5000. Je formule donc :

Permanganate de potasse.	20 gr.
Eau distillée	250 —

et j'ajoute aux 2 litres d'eau tiède (à 30 ou 35 degrés) contenus dans le bock, 6 centimètres cubes, soit une *forte cuillerée à café* de la solution. Après un mélange soigné, les 2 litres devront servir pour un seul œil.

Fréquence des irrigations. — Au début de mes recherches et chez les enfants qui ne pouvaient venir qu'une seule fois par jour à la Clinique, je me contentais d'une seule irrigation par jour, à l'exclusion de tout traitement au nitrate. Ce chiffre *est insuffisant*. Je recommande de faire, dans toute ophtalmie *légère*, c'est-à-dire s'accompagnant d'un gonflement et d'une sécrétion faibles, une irrigation matin et soir dans chaque œil.

Si la sécrétion est moyenne ou forte et le gonflement marqué, il faudra faire trois irrigations dans chaque œil. Dans l'intervalle, on laissera couler entre les paupières, toutes les deux heures, un peu de solution *forte* au permanganate (une forte cuillerée à café pour 1 litre d'eau). Ne pas employer de sublimé pour cet usage.

Même prescription s'il existe des ulcérations cornéennes.

Enfin, dans les ophtalmies particulièrement graves, avec infiltration jaunâtre des tarses, forte purulence dès le début, *ulcérations cornéennes précoces* (dès les trois ou quatre premiers jours), j'ai fait quatre irrigations par jour pendant trois ou quatre jours, pour descendre ensuite à trois.

Dès le lendemain de l'application de ce traitement, on notera une diminution du gonflement et de l'écoulement. Après trois jours de traitement, un écoulement intense doit être devenu très faible, sinon le traitement n'a pas été appliqué avec une énergie suffisante. Avec un traitement intensif, j'ai toujours vu les ulcérations rester stationnaires. Bien entendu, si les cornées sont déjà infiltrées de pus dans toute leur épaisseur, la perforation sera inévitable. Les paracentèses hâtives trouvent ici leur application.

Vers le quatrième, cinquième jour, l'amélioration a toujours été très manifeste dans tous les cas graves. Le traitement maximum (deux, trois, quatre irrigations) doit être continué jusqu'à cessation presque complète de l'écoulement et disparition du gonflement. Quand il ne reste plus qu'un peu de sécrétion séro-muqueuse le matin, une seule irrigation est suffisante ; mais elle doit être continuée, par crainte de rechute, jusqu'à disparition complète de la sécrétion.

Les irrigations sont, par elles-mêmes, peu irritantes et leur emploi est sans inconvénient soit pour l'œil, soit pour l'état général de l'enfant.

Dans le cas d'ulcération, le fond de l'ulcère se teinte en brun par suite d'un dépôt superficiel d'oxyde de manganèse qui disparaît rapidement. Dans ce cas également, on voit survenir quelquefois une teinte laiteuse de la cornée (œdème cornéen) sans gravité et qui a disparu, dans le cas où je l'ai observée, douze jours après la cessation des irrigations. Notons qu'il s'agissait d'une ophtalmie violente avec ulcérations cornéennes, dès le quatrième jour. Ces ulcérations se sont arrêtées, dès le lendemain du début des irrigations.

Voici le résumé de mes 35 observations :

1° *Ophtalmies légères*, 10 cas. Avec deux irrigations par jour, la guérison a été obtenue du quatrième au neuvième jour.

2° *Ophtalmies moyennes ou fortes*, *sans ulcérations de la cornée*, 14 cas. Trois de ces enfants avaient été traités, pendant trois à neuf jours, à la consultation externe, par le nitrate à 1/30, mais présentaient encore une purulence marquée. Deux irrigations par jour ont donné une amélioration très notable du deuxième au quatrième jour. La guérison était généralement obtenue vers le dixième jour.

3° *Ophtalmies moyennes ou fortes avec lésions cornéennes tardives*, 6 cas. Deux à trois irrigations par jour ont diminué la sécrétion du deuxième au troisième jour, l'ont tarie du septième au dixième et ont arrêté les ulcères.

4° *Ophtalmies graves d'emblée*, *avec exsudat pseudo-membraneux adhérent aux tarses et ulcérations cornéennes précoces*, 5 cas. Avec trois, quatre irrigations par jour, l'ophtalmie a été très améliorée du deuxième au quatrième jour ; la suppuration tarie vers le huitième jour. Les ulcérations encore superficielles ont toutes été arrêtées.

L'extrême facilité que donne mon instrument pour le traitement immédiat de toute ophtalmie au début, lèvera toutes les hésitations actuelles des sages-femmes et même des méde-

cins, à appliquer eux-mêmes un traitement ou à exiger l'envoi immédiat de l'enfant à un spécialiste, surtout quand ce spécialiste réside au loin.

Je n'entends, évidemment, pas donner le conseil à tout médecin de se charger du traitement de n'importe quelle ophtalmie purulente. Je lui dis simplement ceci : toute ophtalmie, même légère au début, peut conduire à la perforation. Or, vous avez entre les mains un moyen de traitement qui a fait ses preuves dans des cas très graves. Il est inoffensif et tout à fait à votre portée. Employez-le donc *de suite*, dès le premier jour, et ne vous bornez plus aux collyres ou aux *essais* de cautérisation qui ne sont trop souvent qu'un leurre. L'usage des irrigations au permanganate n'exclut, du reste, pas l'emploi des cautérisations au nitrate. Si vous avez devant vous un cas très grave, vous aurez recours au spécialiste le plus tôt possible ; mais dans la grande majorité des cas vous guérirez votre malade et vous lui éviterez des taies. Et ces taies, vous le savez, sont pour des milliers d'individus, chaque année, une cause d'infériorité physique qui pèsera sur tout le reste de leur existence.

Toutes les irrigations ont été faites sous ma surveillance par les sœurs et infirmières des Quinze-Vingts. Le traitement est donc à la portée de tout médecin et, sous la direction du médecin, de toute sage-femme ou garde intelligente. Il pourra être appliqué *dès les premières heures* de la maladie *sans crainte de nuire*. J'ose espérer que son extension contribuera efficacement à la guérison d'une affection qui, chaque année, rend amblyopes des milliers d'yeux et fournit aux hospices le tiers de leurs aveugles.

QUATRE-VINGTS HYSTÉRECTOMIES VAGINALES

Par le docteur E. Poucel,
Chirurgien des hôpitaux de Marseille.

Les succès de l'hystérectomie vaginale augmentent chaque jour, grâce au perfectionnement incessant du manuel opératoire et aux indications plus précises fournies par la clinique. Cette opération est pourtant encore discutée; aussi, est-il du devoir du chirurgien qui en compte un certain nombre à son actif d'en faire connaître les résultats afin d'arriver à une statistique générale établissant sa valeur.

I. Du 1er janvier 1893 au 1er octobre 1894, nous avons pratiqué 80 hystérectomies vaginales : 6 en ville et 74 à l'hôpital de la Conception à Marseille. Sur ce nombre, il n'y a eu qu'un seul décès.

Trois de ces opérations ont été pratiquées : une par mon interne M. Aslanian et deux par mon suppléant le docteur Louge.

Ces 80 opérations se décomposent ainsi :

Cas.		Guérisons.	Décès.
25	Salpingo-ovarites simples	25	»
20	Métrites cancéreuses	20	»
19	Salpingites suppurées bilatérales (dont 3 avec cellulite pelvienne)	19	
11	Fibromes utérins	10	1
1	Fibrome utérin avec gros kyste intra-ligamentaire	1	»
4	Hématocèles avec lésions salpingiennes	4	»
80		79	1

Sur ce nombre, il y avait 63 utérus mobiles et 17 adhérents.

Le résultat opératoire a été des plus satisfaisants, puisque nous n'avons eu ni hémorragie, ni ouverture de la vessie, du rectum ou des uretères.

A la chute des escharres, une seule malade a eu une fistule vésicale guérie spontanément au bout de deux mois et une autre, opérée depuis cinq mois, conserve encore une fistule de l'uretère gauche que des cautérisations légères au thermocautère ont considérablement diminuée. Ces cautérisations ont été pratiquées avec le plus grand soin en protégeant et repoussant la paroi opposée de l'uretère avec le bouton d'un porte-mèche.

La mort de notre soixante et onzième opérée est due à de la septicémie.

II. D'après notre statistique, 19 salpingites suppurées bilatérales, dont 3 avec cellulite pelvienne, ont été opérées avec plein succès, alors qu'en 1892, sur 16 laparotomies pour lésions analogues, nous avions eu 2 décès, ce qui, à notre avis, contribue à établir la supériorité de l'hystérectomie vaginale dans ces sortes de lésions.

Lorsque le pyosalpinx est unilatéral et qu'il proémine dans les culs-de-sac, nous préférons l'incision vaginale avec drainage : 14 opérations de ce genre, pratiquées cette année dans le service, ont été suivies de guérison.

Une remarque trouve ici sa place, c'est qu'avant d'inciser, il faut, dans les pyosalpinx anciens, s'assurer exactement de la position de la vessie qui peut être attirée très loin soit par la position de la poche salpingienne, soit par les tractions de l'uretère refoulé.

Nous n'avons pratiqué l'hystérectomie vaginale que pour des fibromes de petit volume, préférant la laparotomie toutes les fois que la tumeur dépasse le volume d'une grosse orange et surtout que son développement est intra-ligamentaire.

Nous ne rendrons pas l'hystérectomie vaginale responsable du seul décès qui charge notre statistique, mais nous croyons la laparotomie moins dangereuse que le morcellement dans les grosses tumeurs. Ainsi, sur 14 laparotomies en 1892 et 17 depuis 1893 pratiquées dans le service pour tumeurs volumineuses dont les deux plus grosses pesaient 7k800 et 10k320, nous n'avons eu aucun décès.

Nous estimons donc, d'après notre courte pratique, que les salpingo-ovarites, suppurées ou non, mais doubles, ainsi que les petits fibromes qui ont résisté à une médication interne, doivent être traités par l'hystérectomie vaginale; le pyosalpinx unilatéral, par l'incision vaginale, et que les fibromes intra-ligamentaires ou d'un volume excédant celui d'une grosse orange sont justiciables de la laparotomie.

III. Dans une opération aussi délicate et complexe que l'hystérectomie vaginale, il n'est pas de détail qui n'ait son importance et chaque chirurgien doit faire connaître les particularités de sa pratique.

Deux et même trois jours avant l'opération le champ opératoire, le vagin et l'intestin sont soigneusement aseptisés.

Avant de commencer, l'opérateur et les aides se lavent soigneusement les mains à l'essence de térébenthine, puis au savon, à l'alcool et enfin au sublimé.

Le curage utérin préalable que quelques chirurgiens ont adopté, nous le remplaçons par une cautérisation au thermocautère de la cavité cervicale, suivie d'introduction d'iodoforme et d'un petit tampon intra-utérin.

Autant que possible, j'évite le morcellement afin de diminuer les chances d'infection. Pour la même raison, je supprime absolument les lavages vaginaux, lorsque les culs-de-sac sont ouverts et même le plus souvent dès le début de l'opération le sang est enlevé à l'aide de tampons.

Il ne me paraît pas y avoir de règle fixe pour faire basculer l'utérus, lorsque cette manœuvre est nécessaire, certains utérus basculent mieux en avant, d'autres en arrière.

Pour l'extirpation des ovaires et des trompes, lorsque ces organes sont peu ou pas adhérents, il est indiqué d'exercer sur eux des tractions graduées. Une manœuvre qui m'a paru singulièrement favoriser leur descente et même leur apparition dans le vagin, consiste à exercer sur la pince supérieure un mouvement de rotation sur son axe combiné à un mouvement de traction en même temps que l'on porte les anneaux de la pince en dehors. Cet enroulement aura lieu le plus souvent de dedans en dehors et d'arrière en avant. Pour pratiquer cette manœuvre, sans crainte de laisser échapper les ligaments, il faut pouvoir compter sur les pinces et sur leur mode d'application.

Un détail qui peut avoir, à l'occasion, son importance et auquel nous ne manquons jamais, consiste, une fois le pansement du vagin terminé, à jeter une ligature sur chaque pince, près des anneaux, afin d'éviter son dérapement. C'est peut-être à cette pratique bien simple que nous devons l'absence d'hémorragie.

Lorsque l'opération présente de grandes difficultés ou que l'état général de la malade fait redouter les conséquences du choc, nous pratiquons, selon la méthode adoptée dans le service (1), des injections sous-cutanées de cognac, de préférence avant le pincement et la section des ligaments.

Ainsi qu'on le conseille, les pinces sont enlevées après quarante-huit heures et nous nettoyons le vagin avec des tampons faiblement imbibés de liqueur de Van Swieten avec deux tiers d'eau.

En résumé : antisepsie rigoureuse avant, pendant et après l'opération; emploi de pinces très solides et ligature de chaque pince après l'opération; chloroformisation combinée aux injections hypodermiques de cognac; suppression des injections vaginales pendant l'opération et les pansements ultérieurs; manœuvre de l'enroulement pour l'extirpation annexielle. Tels sont les détails de manuel opératoire que nous tenions à faire connaître et auxquels nous devons peut-être les beaux résultats qui viennent d'être indiqués.

(1) P. Louge. Chloroformisation et injections hypodermiques de cognac, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 927.

REVUE DE LA PRESSE

Gastro-entérostomie dans la chirurgie stomacale. — M. Vassilieff, grand partisan de la gastro-entérostomie, communique l'observation d'un malade de quarante-deux ans, ayant eu, il y a quinze ans, une fracture de la huitième côte gauche, avec péritonite consécutive. Ce malade souffre, depuis des années, de douleurs stomacales sans nausées ni vomissements. Il y a deux ans, il a présenté de la flatulence, après ses repas; la région épigastrique gonflait, l'appétit diminuait. Dans les derniers dix-huit mois, le malade ne prenait que du lait et des aliments liquides. Chaque bouchée d'aliments solides restait dans l'estomac jusqu'à l'extraction par la sonde. La constipation était telle que le malade n'allait à la selle qu'une fois en dix ou quinze jours.

A l'examen, le malade est très émacié, d'une faiblesse extrême, peut à peine faire quelques pas. Gonflement de la partie supérieure de l'abdomen augmentant après l'ingestion des aliments et contrastant avec l'amaigrissement très prononcé du reste du corps. Les limites inférieures de l'estomac se trouvent à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Pas de tumeur pylorique sensible à la palpation.

Diagnostic : rétrécissement cicatriciel du pylore. Laparotomie médiane. Adhérences nombreuses et intimes avec le foie et les intestins, impossibilité de trouver l'angle duodéno-jéjunal. M. Vassilief est allé chercher, suivant la méthode de Hahn, l'anse intestinale située très profondément près du rachis, derrière le côlon transverse. Après avoir suturé cette anse à la paroi antérieure de l'estomac, il a fait une incision longitudinale de 3 centimètres sur l'estomac et sur l'intestin, et il a réuni ces organes par une seconde suture. L'opération a duré deux heures.

Après diverses péripéties et complications, le malade s'est rétabli. Dans les derniers temps, il a une ou deux selles par jour. L'embonpoint augmente, le malade se sent très bien, il peut manger des aliments solides. (Société des médecins russes de Varsovie, mars 1894.)

Traitement chirurgical des tumeurs de la vessie. — M. Frisch a enlevé quatorze tumeurs de la vessie et trouve que le meilleur moyen de diagnostic de ces tumeurs est fourni par la cystoscopie qui est de beaucoup supérieure à l'examen digital, mais doit être complétée par l'examen minutieux du dépôt urinaire. Les tumeurs bénignes, même multiples et siégeant près de l'embouchure des uretères, peuvent toutes être opérées et le pronostic en est favorable. Même les formes de cancer avec infiltration des parois vésicales sont opérables. Quant au procédé, on n'a dans ces cas à choisir qu'entre la résection de cette paroi et l'ablation totale de l'organe; mais le pronostic, comme dans toutes les formes de cancer, est douteux. Seules les infiltrations cancéreuses ayant dépassé les limites de la vessie sont inopérables. (*Wiener Klin. Wochensch.*, n° 6, 1894.)

THÉRAPEUTIQUE

Les médicaments nouveaux : le chloralose.

Par le docteur Delmis.

Il y a bien peu de temps que l'on connaît le chloralose; c'est à la séance de l'Académie des sciences du 9 janvier 1893, que MM. Hanriot et Ch. Richet ont révélé au monde savant les propriétés hypnotiques toutes spéciales de ce corps. Depuis que l'attention a été attirée sur ce nouveau médicament, les travaux se sont multipliés et le chloralose a été étudié, au point de vue clinique, par la plupart des professeurs de la Faculté de médecine et des médecins des hôpitaux. Signalons comme s'étant occupés spécialement de cet hypnotique les professeurs Potain, Richet, Landouzy, Grasset, les docteurs Marie, Moutard-Martin, Magnan, Féré, pour ne citer que les travaux français.

Si nous examinons ces différents travaux, nous voyons que tous s'accordent à confirmer l'expérience du professeur Richet, à qui 40 centigrammes de chloralose ont procuré un sommeil excellent, sans trouble au réveil, sans diarrhée, sans dyspepsie, sans la sensation pénible qui suit, le plus souvent, l'absorption de petites quantités de morphine ou de chloral.

Le chloralose produit donc, chez l'homme sain, son effet hypnotique, sans apporter aucun trouble aux fonctions organiques. On pouvait craindre qu'il n'en fût pas de même chez les malades, on sait que certaines substances, bien

supportées par l'homme en état de santé, sont toxiques pour les individus dont les reins et le cœur ne sont pas en parfait état : mais il résulte des recherches faites à ce sujet dans le service du professeur Potain (1), que les cardiaques et les albuminuriques à qui il fut administré s'en sont bien trouvés; les cauchemars ont disparu, et même dans un cas d'albuminurie grave (plusieurs grammes par jour), l'action du médicament s'est produite normalement, sans aucun incident à signaler.

Ces effets s'expliquent parfaitement par l'analyse physiologique des propriétés du chloralose : ce médicament limite son action à l'écorce grise cérébrale dont il annihile l'action, produisant ainsi le sommeil; la moelle et le bulbe, c'est-à-dire la portion des centres nerveux qui commande les actes organiques et le jeu des viscères, ne sont nullement touchés; contrairement à ce que font le chloral, le chloroforme et leurs succédanés, la moelle et le bulbe sont, au contraire, stimulés et terrifiés; ainsi qu'en témoigne l'exagération des réflexes et de l'excitabilité musculaire, contrastant avec l'annihilation absolue des fonctions psychiques.

On a pourtant signalé, dans ces derniers temps, certains accidents dus au chloralose, légers et inoffensifs du reste, et ressemblant plutôt à une sorte d'ivresse, qu'à des phénomènes véritables d'intoxication. Ces faits sont si exceptionnels, qu'ils ne peuvent être imputés qu'à un vice quelconque dans le mode d'administration du médicament.

La dose ne doit être ni trop faible, ni trop forte : trop faible, elle produit simplement l'hébétude sans sommeil véritable; trop forte, elle peut produire une sorte d'ivresse. La dose active minima est de 10 centigrammes pour l'adulte. Au début, les auteurs indiquaient 20 centigrammes; mais c'est que le chloralose était impur, associé à des résines et à du parachloralose inactif, dont on sait le débarrasser aujourd'hui, grâce à des moyens de fabrication perfectionnée; 10 centigrammes sont, dans la plupart des cas, trop faibles; le chloralose chimiquement pur doit être donné ordinairement à la dose de 20 centigrammes, qu'on peut porter graduellement jusqu'à 40 centigrammes, suivant l'état du malade et l'effet obtenu.

On doit toujours de préférence employer le chloralose en solution. En le donnant sous forme de cachets, capsules, etc. il peut arriver que ces préparations ne soient pas absorbées immédiatement, ou le soient incomplètement; cette absorption incomplète est le plus souvent la cause des phénomènes d'ivresse que l'on a quelquefois observés. Ces phénomènes tiennent donc, dans la majorité des cas, à la façon dont le médicament a été administré.

Il ne faut pas augmenter la dose après plusieurs jours sous prétexte d'accoutumance : l'accoutumance, en effet, ne se produit pas et une même dose est aussi active après un mois de traitement que le premier jour.

Le chloralose n'est contre-indiqué que dans les cas de surexcitation médullaire (myélites). Il est, au contraire, indiqué dans tous les cas d'insomnie, d'excitation cérébrale et de désordres mentaux. Potain l'a employé avec succès contre les cauchemars des cardiaques et des albuminuriques (2), Magnan contre les délires des vésaniques et des maniaques (3), Marie contre les insomnies simples (4), Chouppe contre les névralgies, Goldemberg contre les céphalalgies (5), Landouzy contre la neurasthénie (6), Gilbert Ballet dans son récent traité de médecine recommande le chloralose contre la manie et le délire de la persécution; le docteur L'Hoest (7), des asiles d'aliénées de Liège, a obtenu des résultats très surprenants dans ces mêmes maladies, de même le docteur Chocreaux (1), de l'asile d'aliénés de Bailleul (Nord). Tous ces auteurs le reconnaissent comme un hypnotique d'effet certain et exempt d'inconvénient quand il est bien administré.

(1) Potain. *Bull. méd.*, 1894, p. 296, art. Chouppe.
(2) Potain. *Bull. méd.*, 1894, p. 296.
(3) Magnan. *Bull. méd.*, 1894, p. 88.
(4) Marie. *C. R. et Mém. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 9.
(5) Goldemberg. Th. inaug., 1894.
(6) Landouzy. *C. R. et Mém. de la Soc. de biol.*, 1893, p. 8.
(7) L'Hoest. *Du chloralose chez les aliénés.*

Il était très désirable de trouver une préparation qui permît de donner le chloralose à doses constantes et sous une forme facilement absorbable. Les solutions, sirops, etc., à cause du peu de solubilité du produit et de son dépôt en cristaux, doivent être rejetés comme étant d'un dosage absolument inexact.

L'idéal était de trouver le moyen de faire prendre le chloralose en solution et cependant à dose parfaitement constante.

Nous devons à MM. Bain et Fournier, d'ailleurs seuls préparateurs du Chloralose, une nouvelle forme pharmaceutique qui réalise ces desiderata. Le chloralose est préparé par eux en granulés effervescents contenant exactement 10 centigrammes par cuillerée à café de chloralose pur privé de résines et de parachloralose. Les granulés effervescents de Chloralose Bain, grâce à leur préparation spéciale, sont facilement solubles dans l'eau, tandis que le chloralose brut ne se dissout qu'en très minime quantité. Il est donc facile de préparer au moment du besoin une solution de chloralose contenant la quantité désirée du médicament : c'est sous cette forme que nous employons toujours le chloralose, nos malades le prennent sans répugnance, car tout goût désagréable se trouve ainsi masqué, l'effet hypnotique se produit toujours régulièrement et jamais, dans aucun cas, nous n'avons eu à regretter son emploi.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 6 novembre 1894. — Présidence de M. Rochard.

COMMUNICATIONS

Tractions rythmées de la langue. — M. Ch. Perier signale un nouveau fait de rappel à la vie par les tractions rythmées de la langue chez un enfant qui, au cours d'une opération de spina bifida lombaire avec anesthésie chloroformique, cessa tout à coup de respirer. Des pressions alternatives sur le thorax et l'abdomen n'ayant eu aucun résultat, on pratiqua des tractions de la langue et quelques secondes après la respiration se rétablit.

Première application du mensurateur levier préhenseur Farabeuf. — M. Pinard se fait un devoir de ne pas tarder à annoncer à l'Académie que la nuit dernière, à la clinique Baudelocque, a été posée une nouvelle pierre à l'édifice de l'obstétrique positive pratique, que ses collaborateurs Varnier, Wallich et lui, s'efforcent d'élever sur les plans et avec les moyens d'exécution que fournit M. Farabeuf. Il s'agissait d'une grossesse gémellaire. Un premier enfant bien développé était né spontanément.

Néanmoins, la tête du second, plus gros, était retenue au-dessus du détroit supérieur depuis six heures.

M. Pinard vérifia que du sous-pubis à la suture sagittale, il y avait un peu plus de 7 centimètres, et du plancher osseux coccy-sacré au pôle descendant, trois grands travers de doigt. La tête était donc inclinée sur le pariétal antérieur (inclinaison de Naegelé).

Ayant reçu et stérilisé le mensurateur levier préhenseur qu'il avait envoyé chercher au laboratoire de son collègue, qui se tient à la disposition des accoucheurs français et

(1) Chocreaux. *Idem.*

étrangers de passage à Paris, il commença l'application : sept minutes après, l'enfant criait.

Le cas s'est trouvé trop facile pour qu'il en dise un mot de plus. C'est assez qu'il soit enregistré dans les bulletins de l'Académie pour attirer l'attention.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Aujourd'hui ont eu lieu, à Saint-Nicolas-du-Chardonnet, au milieu d'un grand concours de confrères et d'amis, les obsèques de M. le docteur d'Heurle, décédé à Paris, à l'âge de soixante-seize ans.

— L'Association médicale mutuelle du département de la Seine (fondée par Gallet-Lagoguey) compte actuellement 320 membres; elle est en réalité une assurance entre médecins en cas de maladie.

Moyennant une cotisation *mensuelle* de 10 francs, elle assure, en cas d'incapacité professionnelle temporaire ou permanente, à tout participant, docteur en médecine, quelle que soit sa situation de fortune, le *droit absolu* à une indemnité *quotidienne* de 10 francs.

En outre de cette indemnité-maladie, elle alloue aux héritiers directs, au moment du décès de l'associé participant, une indemnité équivalente à la part proportionnelle des bénéfices réalisés.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cl. Bandi (de Vigevano), Bonamy (de Ligueil) et du professeur Ludwig Mauthner (de Vienne).

— *Hôpital Necker.* — M. le professeur Guyon reprendra ses leçons de clinique des maladies des voies urinaires le samedi 10 novembre 1894, à neuf heures, et les continuera les mercredis et samedis suivants, à la même heure.

— *Hôpital de la Charité.* — M. le professeur Tillaux commencera son cours de clinique chirurgicale le lundi 12 novembre 1894, à neuf heures du matin, et le continuera les mercredis, vendredis et lundis suivants, à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. Marfan, agrégé, chargé de cours, commencera le cours de clinique des maladies infantiles le samedi 10 novembre 1894, à quatre heures de l'après-midi, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Weiss, agrégé, commencera les conférences de physique médicale, le jeudi 8 novembre 1894, à une heure (petit amphithéâtre), et les continuera les samedis, mardis et jeudis suivants, à la même heure.

— M. Heim, agrégé, commencera ses conférences d'histoire naturelle médicale, le vendredi 9 novembre 1894, à onze heures (grand amphithéâtre), et les continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Cornil commencera le cours d'anatomie pathologique le vendredi 9 novembre 1894, à cinq heures de l'après-midi (petit amphithéâtre de la Faculté), et le continuera les lundis et vendredis suivants, à la même heure (dans le même amphithéâtre), les mercredis, à deux heures, dans la salle des travaux pratiques d'anatomie pathologique (deuxième étage).

— M. Gley, agrégé, chargé du cours, commencera le cours de physiologie, le vendredi 9 novembre 1894, à cinq heures (grand amphithéâtre de l'École pratique), et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

— M. le professeur Dieulafoy commencera le cours de pathologie interne le samedi 10 novembre 1894, à trois heures (grand amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Jalaguier, agrégé, commencera ses conférences de pathologie externe, le samedi 10 novembre 1894, à cinq heures (petit amphithéâtre), et les continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

— M. le docteur Lavaux commencera son cours à l'École pratique, amphithéâtre Cruveilhier, le samedi 10 novembre 1894, à deux heures, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Objet du cours : Pathogénie et traitement des accidents infectieux chez les urinaires.

— MM. les docteurs Rochon-Duvigneaud et A. Terson recommenceront leur cours, le samedi 17 novembre, à cinq heures, à l'Hôtel-Dieu.

Partie clinique : Réfraction. Examen fonctionnel de l'œil. Ophtalmoscopie clinique (avec malades). Exercices de médecine opératoire.

Partie scientifique : Anatomie normale et pathologique de l'œil et des annexes. Bactériologie clinique (au laboratoire).

S'inscrire d'avance tous les matins à l'Hôtel-Dieu.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques sur les tænias de l'homme, par L.-J.-B. Bérenger-Féraud, directeur du service de santé de la marine en retraite, etc., 2e édition. 1 vol. in-8° de 560 pages avec 51 fig. dans le texte. — Prix : 12 francs. — Paris, O. Doin.

Leçons sur les maladies des vieillards, faites à l'École de médecine de Marseille, par le docteur Boy-Teissier, médecin de l'hôpital Sainte-Marguerite (hospice des Vieillards). — *De la sénilité en général.* 1 vol. in-8° de 300 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

Traité des troubles fonctionnels mécaniques de l'appareil digestif, par le docteur C. Sigaud, ancien interne des hôpitaux de Lyon. 1 vol. grand in-8° de 240 pages. — Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.

L'Œuvre de F.-C. Maillot, ancien président du Conseil de santé des armées, 2e édition. 1 vol. in-12 de 260 pages avec portrait et autographe. — Prix : 4 francs. — Paris, O. Doin.

Le nouveau-né : physiologie, hygiène, allaitement, maladies les plus fréquentes et leur traitement, par le docteur A. Auvard, accoucheur des hôpitaux de Paris, 2e édition, revue et augmentée. 1 vol. in-12 cartonné de 120 pages avec 69 figures dans le texte, une planche chromolithographiée hors texte et des graphiques pour enregistrer le poids de l'enfant. — Prix : 2 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Technique pratique de l'épilation par l'électricité, par les professeurs Plym. S. Hayes (de Chicago), J. Bergonié (de Bordeaux), et le docteur X. Debedat (de Bordeaux). 1 petit vol. in-12 cartonné de 64 pages avec figures dans le texte. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Traitement des neurasthéniques, aux eaux de Bagnères-de-Bigorre, par le docteur Gandy. 1 vol. in-12 cartonné de 92 pages avec gravures. — Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. Tempère, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. II, n° 10, octobre 1894.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 130. — SAMEDI 10 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 10 NOVEMBRE 1894. — N° 130.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* [...]s de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux [...]ques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le p[...]bonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix ent[...]

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Le gonocoque et les manifestations blennorragiques.

Par Marcel SÉE, interne des hôpitaux.

La blennorragie venait d'être isolée définitivement du chaos des affections vénériennes. Fallait-il la considérer désormais comme une maladie spécifique, ne naissant que d'elle-même ? — Non, répondaient les uns ; et Ricord donnait sa fameuse « recette ». — Si, répliquaient les autres, « la plus belle fille du monde ne peut donner que ce qu'elle a. » A ceux-ci les arguments ne manquaient pas. La clinique, avec ses seules ressources, semblait bien montrer dans une chaudepisse violente, tenace et contagieuse, quelque chose de plus que dans une uréthrite de cause banale. L'avènement de la doctrine microbienne parut devoir porter un dernier coup à la doctrine de la spontanéité. Et pourtant la discussion n'est pas encore absolument close.

L'idée venait assez naturellement de chercher à la blennorragie une cause parasitaire. Dès 1862, Jousseaume décrit, dans sa thèse, des *genitalia*, algues filamenteuses du pus gonorrhéique. Hallier, en 1872, figure, dans le pus et le sang de blennorragiques atteints d'arthrites, des micrococques intra-cellulaires. Salisbury (1873) trouve des bacilles et des spores disposés par deux ou par quatre dans les cellules, Bouchard (1878) des microcoques en virgules, courts, mobiles, doubles ou en chaînettes.

En 1879 enfin, Neisser, alors assistant à la clinique dermatologique de Breslau, découvre le *gonococcus gonorrheæ*, en donne les principaux caractères et le montre dans tous les cas de blennorragie uréthrale ou oculaire. L'année suivante, ses travaux sont confirmés par Bokaï et Finkelstein, Watson Cheyne, Haab et d'autres. Les recherches ultérieures ne les ont pas infirmés. C'est donc par la description du gonocoque que nous allons commencer (1).

(1) On trouvera une bibliographie très détaillée dans les thèses de Souplet (*La blennoragie maladie générale*, Paris 1893) et de Bosc (*Le gonocoque, etc.*, Montpellier 1893). Nous indiquerons donc surtout les ouvrages postérieurs à ceux-ci. Le plus important est la traduction française du traité de Finger (1894), *La blennorragie et ses complications*, faite sur la 3e édition (1893), par M. Hogge. — Consulter aussi le mémoire récent de Finger, Ghon et Schlagenhaufer : Biologie du gonoc. et an. path. des processus gonnorrh., *Arch. f. Dermat.*, XXV, II, 1, traduit par Broca, in *Ann. des mal. des org. gén-urin.*, oct. 1894.

I

LE GONOCOQUE ; MORPHOLOGIE ET BIOLOGIE

ASPECT. COLORATIONS. — Sur des lamelles de pus blennorragique, colorées par les procédés les plus simples, se voient en abondance des *diplocoques* ovoïdes, dont les deux portions, séparées par une ligne claire, ont la forme de grains de café s'opposant leurs faces planes. La ligne claire ferait partie d'une capsule amorphe, non colorée par les réactifs, visible surtout sur les éléments libres : cette capsule est bien discutable, personne, à notre connaissance, ne l'ayant colorée au moyen des procédés spéciaux [mordants] (1).

Les dimensions de l'ensemble sont d'environ 1,25 μ sur 0,7 (Finger ; 0,8 à 1,6 sur 0,6 à 0,8, Flügge ; 0,4 à 0,6, Cornil et Babes, qui en auraient vu deux variétés de taille différente). Le groupement par deux est typique, bien que Bosc parle d'individus isolés. On trouve des individus assemblés par quatre, par huit, toujours aplatis sur leurs faces juxtaposées. Diplocoques et autres groupes se réunissent généralement en amas, et cela non seulement dans les cellules, mais encore lorsqu'ils sont libres. Jamais ils ne forment de chaînettes. Dans chaque amas, le nombre des éléments simples est pair, et souvent multiple de quatre, ce qui résulte du *mode de division* de chaque couple perpendiculairement à sa fente médiane (Neisser).

Les microbes observés vivants sont doués d'une *mobilité* indépendante des mouvements browniens : on a été jusqu'à distinguer un triple mouvement de translation lente, d'oscillation et de rotation, facile à saisir surtout dans un liquide défavorable (eau alcoolisée) qui ralentit les bactéries.

Toutes les couleurs basiques d'aniline colorent le gonocoque directement, rapidement et à froid : tels le bleu de méthylène (Ehrlich), le violet de méthyle (Bumm), la fuchsine. Il se décolore rapidement par les acides, l'alcool, la *méthode de Gram*, contrairement à la plupart des microbes qui le simulent, d'où une réaction capitale due à G. Roux (1886).

Steinschneider, un des premiers, a eu l'idée de faire des *doubles colorations :* après emploi du procédé de Gram-Roux, il lave et recolore par la vésuvine : le fond est alors brun clair, les gonocoques brun foncé, les autres microbes noir-violet. Roux s'est servi dans le même but de l'éosine.

Klein, à l'institut du professeur Weichselbaum, laisse les

(1) Sur des gonocoques provenant du chien, auquel il avait pu les inoculer, Turbo dit avoir pu colorer la ligne claire de séparation, et en conclut que l'aspect en diplocoques n'est qu'une illusion. (TURBO. *Centralbl. f. Pathol. u. Parasit.*, 1894.)

lamelles dix minutes dans une solution aqueuse concentrée de bleu de méthylène, additionnée de 50 centigrammes d'éosine pour 100 grammes. Les gonocoques et les noyaux cellulaires apparaissent en bleu, le protoplasma prend une teinte saumon.

Sur de pareilles préparations, on juge bien de la *situation des groupes microbiens relativement* aux cellules. D'aucuns sont libres; mais d'autres, et c'est encore là un des caractères importants, sont contenus dans les globules du pus, ce que démontre le fait qu'ils en affleurent le bord sans jamais le dépasser. Ils se groupent surtout autour du noyau, mais non dans son intérieur, comme l'ont cru Neisser et Legrain (1). Parfois, ils bourrent la cellule de telle façon qu'elle éclate et les laisse libres; ou bien ils se disposent autour de deux ou trois noyaux sans contour cellulaire appréciable. Enfin, on les voit, surtout dans les cas anciens, appliqués à la surface de cellules épithéliales sans les pénétrer.

CULTURES. — Bokaï est souvent cité comme ayant, le premier, cultivé des gonocoques (1880), bien que Bouchard et Capitan l'aient précédé d'une année. Leurs résultats, comme ceux de Constantin Paul, Neisser, Leistikow, Bockhart, Krause et tous ceux qui ne datent pas de ces dernières années, sont au moins sujets à caution. Les moyens manquaient, et pour purifier les cultures, et pour vérifier leur pureté.

Le gonocoque cultive-t-il sur les *milieux ordinaires?* Legrain, dont les recherches méritent toute créance pour G. Roux (1890), est de cet avis; de même Bosc. La gélatine serait liquéfiée. Sur gélose on aurait des colonies régulièrement arrondies, minces, brillantes, autour desquelles apparaîtraient des cercles secondaires, puis d'autres plus petits, enfin, une quatrième génération de vitalité très faible, petits mamelons mousses, d'un millimètre à peine. — Vibert et Bordas auraient obtenu, sur pomme de terre, des colonies punctiformes, ressemblant à des gouttelettes de pus. — Quant à la liquéfaction de la gélose, vue par Crivelli (2), personne n'a pu la reproduire depuis.

Contrairement à ces assertions, la plupart des auteurs n'ont pu obtenir de cultures sur les milieux usuels, et presque tous adopteraient volontiers l'opinion de Hogge (1893), qui se refuse à reconnaître du gonocoque dans tout microbe grainant sur de pareils terrains. Si, dans ces derniers temps, Morax (3) a obtenu des résultats positifs sur gélose, c'est, comme il le dit lui-même, qu'il ensemençait une grande quantité de pus, dont les albuminoïdes pouvaient servir de matière nutritive : ses colonies d'ailleurs vivaient peu, et ne purent jamais être repiquées.

Néanmoins, tout récemment, Macaigne (4) aurait cultivé sur gélose des gonocoques provenant d'une synovite. Il croit que les réactions du microbe sont susceptibles de varier suivant sa provenance, et qu'au surplus la question est encore à étudier. Nous allons voir aussi la grande importance de la réaction du milieu employé, quel qu'il soit.

Toujours est-il que les résultats les plus probants ont été obtenus sur *sérum humain*. Fürbringer a, le premier, préconisé ce milieu, avec lequel Bumm a obtenu des cultures inoculables jusqu'à la vingtième génération. Il se servait de sérum sanguin solidifié. Le mieux est de recueillir dans un verre stérilisé le sang qui, à chaque contraction, s'échappe d'un placenta encore dans l'utérus; la section du cordon doit avoir été aseptisée. On peut encore profiter d'une saignée, faite le plus aseptiquement possible. Le lendemain on a le sérum, dont on met une couche à la surface de tubes de sérum animal; après quoi on stérilise par chauffage discontinu. On a employé du liquide d'hydrocèle (Anfuso) ou d'hydropisies diverses, de synovite (Anfuso), de kyste (Menge).

A 37 degrés, les cultures se développent en un jour, sous forme d'une couche mince, presque incolore, lisse et unie comme un vernis transparent. Puis elles s'accroissent par des prolongements nombreux, déchiquetés, à bords tombant à pic. Elles ne liquéfient pas le sérum. Au bout de deux ou trois jours elles se dessèchent, deviennent grenues, blanchâtres, en commençant par le centre, et tout développement cesse. Il faut donc les réensemencer au bout de vingt-quatre heures, en prélevant sur le bord, et l'on obtient sur sérum des cultures identiques (Bumm). Sur agar ou gélatine, les résultats sont toujours négatifs (Finger).

Wertheim (1) a imaginé une méthode qui permet la *culture sur plaques*. Il ensemence sur sérum humain liquide, dont il fait deux dilutions. A ce sérum, dont il met environ 3 centimètres cubes dans ses éprouvettes, il ajoute une ou deux fois son volume de gélose nutritive liquéfiée, peptonisée à 1 ou 2 p. 100, légèrement alcalinisée et stérilisée à l'autoclave. Le mélange est fait au bain-marie à 40 degrés et coulé sur les plaques. Bumm, qui avait d'abord mis en doute les résultats obtenus ainsi, a reconnu depuis leur exactitude. Gebhart, puis Risso (2) ont employé avec succès la méthode. Les colonies, que l'on voit en vingt-quatre heures se développer sur les plaques à 37 degrés, sont jaunâtres et bosselées dans la profondeur, grisâtres à la surface, où elles forment une mince pellicule autour d'un point central plus compact (Wertheim). Elles tendent à se denteler sur les bords, à blanchir au centre, et se dessèchent en sept à huit jours (Risso). Dans les premières périodes, elles montrent au microscope des diplocoques isolés ou réunis deux à deux; plus âgées, des cocci seuls ou unis aux diplocoques (Risso). Elles peuvent être repiquées sur sérum simple ou gélosé.

Ghon et Schlagenhaufer, à l'institut de Weichselbaum, ont simplifié les manœuvres en ensemençant de l'agar glycériné, en tubes ou en boîtes de Petri, recouvert d'une mince pellicule de sang humain.

Finger (3) vient de présenter un nouveau procédé, résultat de recherches entreprises en collaboration avec les deux auteurs précédents. Contrairement à l'opinion jusqu'ici admise, il a montré que le gonocoque se complaît dans un milieu acide; il l'a inoculé en strie sur un mélange d'une partie d'urine pour deux d'agar. La température de choix serait 36 degrés, le microbe cultiverait mal entre 25 et 30, périrait à 40, et serait enfin très sensible à la sécheresse et aux fortes alcalinités. Les cultures obtenues ont été inoculées avec succès.

Tout récemment enfin, Turbo (4) a cultivé le gonocoque non seulement dans l'urine acide, peptonisée ou non, mais sur la gélatine et la gélose, pourvu qu'elles ne soient pas alcalinisées. Les milieux acides lui ont même donné des cultures d'une grande vitalité, puisqu'elles grainaient encore

(1) LEGRAIN. Th. de Nancy, 1888.
(2) CRIVELLI. Th. de Paris, 1886.
(3) MORAX. Th. de Paris, 1894.
(4) MACAIGNE. Soc. anat., 1894.

(1) WERTHEIM. *Prag. Med. Wochens.*, 1891.
(2) RISSO. *Riforma med.*, 1892.
(3) FINGER. Soc. imp.-roy. des médec. de Vienne, 1894. — FINGER, etc. Loc. cit.
(4) TURBO. Loc. cit.

après soixante et onze jours, toujours pures et inoculables aux animaux ; elles décéleraient le gonocoque dans tous les cas, même de blennorragie ancienne. Enfin, leur aspect serait caractéristique : en piqûre, une ligne blanche surmontée d'une tête large de 1 centimètre ; en plaques, des saillies d'aspect ivoirin. La gélatine ne serait pas liquéfiée.

Inoculations. — L'inoculation constitue, en effet, le meilleur moyen de contrôle, difficile malheureusement à employer, car l'homme possède le privilège de la chaudepisse. Le *pus en nature* a quelquefois été employé sans succès (Bouchard, de Pezzer, Sternberg), bien qu'il réussisse en général (Zeissl) comme le montre chaque jour la clinique. Welander, injectant dans l'urèthre divers liquides virulents, eut constamment des résultats positifs au moyen du pus uréthral, tandis qu'il échoua chaque fois qu'il se servit de sécrétions balaniques ou vaginales sans gonocoques.

Il y a là déjà un fait important, mais qu'on ne saurait comparer à la reproduction de la maladie au moyen de *cultures pures*. Faute de savoir obtenir celle-ci, les premiers expérimentateurs (Bouchard et Capitan, Giovannini, Sternberg, Leistikow, Kreise) étaient à la merci du hasard. Pour la même raison, Bokai, Paul n'avaient obtenu que des résultats au moins contestables. On peut en dire autant de Bockhart, qui, en 1883, avait produit chez un paralytique, dix jours après l'inoculation uréthrale, des abcès du rein avec gonocoques : les infections secondaires avaient sans doute joué le principal rôle dans cette expérience peu louable bien que célèbre. En revanche Bumm, par le transport de ses cultures sur la muqueuse uréthrale, provoqua une uréthrite typique à gonocoques. Wertheim put cinq fois, sur des urèthres sains de paralytiques, reproduire la même uréthrite, durant quatre ou cinq semaines. De même Gebhart, Anfuso, Finger et Ghon : ces derniers inoculent couramment, dans un but curatif, des individus atteints de blennorrée chronique.

Finger a pu constater, dans ses nombreuses expériences, que ni l'uréthrite guérie, ni l'uréthrite chronique ne confèrent l'*immunité* : les *réinfections* et même les *hyperinfections* sont possibles. La *virulence* semble s'atténuer dans les uréthrites chroniques, capables de communiquer une infection chronique d'emblée. Elle subit des variations diverses où l'accoutumance peut jouer un rôle ; ainsi s'expliquent, sans recourir à l'auto-vaccination admise par Guiard (1), ces cas où, dans un ménage atteint de blennorragie chronique, survient un troisième individu, qui contracte une blennorragie aiguë (Wertheim, 1894).

Sur les animaux, on n'avait guère jusqu'ici à enregistrer que des insuccès. Horand et Peuch, cités par Crivelli, auraient pu, chez le chien, augmenter la balanite quasi-normale, et créer des uréthrites et des vaginites insignifiantes. La conjonctive de cet animal serait absolument réfractaire. Kreise (1885) n'a pu inoculer ses cultures, ni sur les muqueuses de ses lapins, ni dans les articulations de ses chiens. Aubert n'a produit aucune suppuration dans le péritoine du lapin. Audry (1887) n'a rien obtenu par injection intra-veineuse. Mais ces expérimentateurs avaient-ils des cultures convenables ? Risso dit avoir déterminé, au moyen de ses cultures déposées dans la chambre antérieure de l'œil d'un lapin, une suppuration à gonocoques. Finger n'a pas réussi complètement à reproduire la blennorragie chez les animaux. Par injection dans les articulations, il a créé une synovite guérissant spontanément. Dans le péritoine ne se développait qu'une inflammation circonscrite, et les microbes mouraient au bout de vingt-quatre à quarante-huit heures.

Turbo affirme que les cultures en milieu acide sont virulentes pour le chien ; par injection sous-cutanée ou intraveineuse, il a déterminé des infections graves ; par inoculation dans les voies génito-urinaires, des uréthrites et bartholinites susceptibles de complications ascendantes où à distance.

(1) Guiard. *La blennorragie chez l'homme*, 1894.

Diagnostic. Pseudo-gonocoques. — Nous sommes à présent en possession de caractères assez spéciaux pour nous permettre de reconnaître le gonocoque, mais il existe des causes d'erreur, car un grand nombre de diplocoques présentent avec lui de nombreuses analogies. Ces pseudo-gonocoques n'ont pas peu contribué à embrouiller l'étude du véritable. La liste s'en accroît tous les jours ; nous nous bornerons à résumer le tableau qu'en donne Bosc :

A. Cultures sur gélose : *jaunes*.

1° Liquéfiant la gélatine : *diplococcus subflavus* de Bumm (D. jaune orangé de Steinschneider ; deuxième forme de Lustgarten et Mannaberg) (ne se décolore pas par le Gram) ; *D. jaune citrin* de Steinschneider (se décolore).

2° Ne liquéfiant pas : *D. jaune non liquéfiant* de Legrain ; *D. citreus conglomeratus* de Bumm.

B. Cultures sur gélose : *centre jaunâtre*, *bords blancs* ou gris (liquéfient) ; *D. blanc jaunâtre* de Legrain ; *Microcoque orangé* ; *M. ochroleucus* de Prove.

C. Cultures sur gélose : *blanches* ou grises.

1° Ne liquéfiant pas : *D. lacteus faviformis* de Bumm (septième espèce de Lustgarten) ; *D. blanc grisâtre* de Legrain ; *D. blanc grisâtre* de Steinschneider ; *M. albicans amplus* de Bumm (les deux premiers seuls restent colorés par le Gram).

2° Liquéfiant : *D. à colonies foliacées* de Legrain ; *D. de la vulvo-vaginite spontanée* de Vibert et Bordas (donne sur pomme de terre des taches sinueuses, jaune chamois, au lieu des points puriformes du gonocoque ?), *Orchiocoque* de Eraud et Hugounenq (diamètre 1 μ, supérieur à celui du gonocoque) (tous ces microbes, sauf le premier, se décolorent par le Gram). Bosc place ici le *gonocoque*, distinct des trois derniers par les caractères mentionnés à propos de chacun d'eux, distinct de tous les autres par ses cultures grises sur gélose, jointes à son pouvoir liquéfiant pour la gélatine. Nous dirons plus volontiers qu'il se distingue par sa difficulté à cultiver sur milieux ordinaires.

En réalité, on aura peu de chances de se tromper, quand l'examen microscopique montrera dans le pus des diplocoques de forme spéciale, nombreux (des diplocoques clairsemés ne sont pas probants), assemblés en amas dans l'intérieur des cellules, et se décolorant rapidement par la méthode de Gram. Celle-ci, dont on a contesté la valeur, donne des résultats certains dans 95 p. 100 des cas. En pratique, dans l'*examen du pus uréthral*, on peut même s'en passer, et se contenter, à l'exemple de Bumm, de colorer sur un porte-objet, de sécher, et d'examiner sans lamelle en portant l'huile à immersion directement sur la préparation.

La *médecine légale* doit être plus exigeante. Outre que la présence du gonocoque n'implique pas forcément un acte vénérien, cette présence devient impossible à affirmer quand on n'a à sa disposition que des objets souillés de pus.

Dans de pareilles conditions, les leucocytes sont rapidement altérés, et les cultures impossibles, vu la sensibilité du gonocoque à la dessiccation. On comprend donc que la plupart des auteurs formulent les plus expresses réserves sur la recherche du gonocoque en médecine légale.

Spécificité. — Nous arrivons à la question de la spécificité du gonocoque : est-ce une espèce microbienne légitime, et cette espèce est-elle la cause efficiente de la blennorragie?

A la première question, il semble que toute l'étude qui précède réponde affirmativement. Et pourtant nous voyons Eraud, parmi d'autres opposants, ne reconnaître dans le gonocoque qu'un saprophyte normal de l'urèthre, devenu virulent sous l'influence de certaines conditions de milieu. Il est difficile de se placer sur un pareil terrain. Nos notions actuelles sur la vie et la reproduction des bactéries se réduisent à quelques caractères contingents d'aspect grossier, de réactions chimiques : au moins ces caractères sont-ils ici assez spéciaux. Il faut y ajouter les réactions cliniques : celles-ci nous amènent au second point.

Le gonocoque est-il nécessaire et suffisant pour produire la blennorragie?

1° Il est nécessaire, s'il existe dans tous les cas de blennorragie typique. Or, Neisser affirme l'avoir trouvé dans tous les cas aigus et récents. Leistikow, Bockhart et Wolf (258 cas), Lewin, Welander (129 cas chez l'homme, 79 chez la femme), Steinschneider (29 cas) l'ont trouvé dans *tous* les cas d'uréthrite aiguë, Damaschino, Barduzzi, Legrain, Finger, Horand, Audry, pour ne citer que les plus connus, ont obtenu des résultats analogues. Les auteurs même qui, comme Zeissl et Eraud, ne croient pas à la spécificité du gonocoque, reconnaissent le trouver toujours. Lorsqu'il a fait défaut, hormis les cas cliniquement douteux, il s'agissait d'uréthrites anciennes, d'examens faits une seule fois et à un mauvais moment (Neisser), d'expériences mal conduites (Giovannini, Schurmans-Stekhoven).

2° Le gonocoque est suffisant, s'il n'existe que dans les cas de blennorragie, car nous n'entendons point par là, bien entendu, qu'il n'exige comme tout microbe un terrain favorable. Eh bien! Neisser, Leistikow, Welander, Crivelli, Carpenter, de Sinety et Henneguy l'ont en vain cherché dans les uréthrites traumatiques, les uréthrorrées non blennorragiques cliniquement; Welander dans des abcès; Oppenheimer dans les lochies de femmes saines; Horand dans les règles et les pertes blanches vulgaires. Chaque fois qu'on a trouvé le gonocoque, il y avait, ou il y avait eu, cliniquement, blennorragie; il y avait eu contagion.

A une pareille affirmation, il est vrai, quelques faits ont été opposés. Un des plus connus est celui de Straus, trouvant le gonocoque chez un malade de Mauriac, masturbateur, mais qui niait tout rapport sexuel. Outre que pareille dénégation, chez un garçon de seize ans, est sujette à caution, même après un aveu qui nous semble plus grave, la description de Straus peut s'appliquer à maint pseudo-gonocoque réellement saprophyte. De même celle que donne Casper d'un microbe qu'il aurait trouvé dans l'urèthre d'un enfant, vierge de tout rapport sexuel comme de tout cathétérisme. La théorie d'Eraud, déjà mentionnée, ne repose sur aucun fait probant. Enfin, si Vibert et Bordas, après de Amicis, ont voulu (malgré les différences qu'ils montrent eux-mêmes) identifier le gonocoque à leur microbe de la vulvo-vaginite spontanée des petites filles, nous verrons que cela n'a rien de contraire à notre thèse.

Concluons : tout produit blennorragique et capable de reproduire la maladie, contient le gonocoque, et réciproquement. Le pus non blennorragique, les microbes autres que le gonocoque, ne peuvent reproduire la blennorragie. Celle-ci est donc, et la grande majorité des auteurs en convient actuellement, une maladie virulente et spécifique, dont la cause efficiente est le gonocoque.

II

LE GONOCOQUE INOCULÉ DIRECTEMENT

A. Uréthrites. — Toute blennorragie est due au gonocoque, c'est un point acquis. Il ne s'ensuit pas que toute uréthrite soit une blennorragie. Il serait puéril de nier les uréthrites de cause banale, cathétérisme ou agents irritants; mais combien ces inflammations, presque toujours fugaces, ne survivant pas à leur cause, ne se transmettant pas, sont différentes de la vraie blennorragie! Celle-ci par sa fréquence, par son importance en pathologie, les rejette au second plan, de si près qu'elles puissent exceptionnellement lui ressembler. Il ne faudrait pourtant point les considérer comme négligeables, d'autant que, même dans la blennorragie, les infections secondaires ne sont pas sans jouer un rôle.

Microbes normaux de l'urèthre. — L'étude de ces infections devrait avoir pour préambule celle des organismes qui habitent l'urèthre, milieu normalement infecté. Malheureusement, cette étude n'est pas encore faite bien complètement et ne peut que montrer l'immense variété de la flore uréthrale.

Le travail classique est celui de Lustgarten et Mannaberg (1887). Le microscope a montré à ces auteurs des coccus divers, en zooglées, en chaînettes ou disposés par paires; des bacilles filamenteux ou trapus, d'autres recourbés ou en massue, l'un d'eux, identifiable au bacille du smegma; beaucoup de ces microbes étaient inclus dans les cellules, un des diplocoques rappelait celui de Neisser. Les cultures leur ont donné du staphylococcus aureus, un diplocoque blanc jaune et de longues chaînettes de diplocoques aplatis mesurant 0,8 à 1 μ et semblant septiques.

M. Legrain a repris cette étude et énumère quatorze formes, dont plusieurs correspondent aux précédentes : M. subflavus (Bumm), citreus conglomeratus (Bumm), ochroleucus (Prove), orangé, blanc à colonies foliacées, jaune non liquéfiant, blanc grisâtre, blanc jaunâtre, lacteus faviformis (Bumm), albicans amplus (sans parler des m. pyogènes vulgaires) — bacilles n°s 1, 2, 3 (Legrain) — spirillum roseum. Nous en connaissons déjà la plupart, qui sont précisément les pseudo-gonocoques étudiés plus haut.

Petit et Wassermann (1), chez des individus indemnes de toute blennorragie, trouvèrent 5 espèces de coccus, 6 bacilles, 2 sarcines et 2 moisissures, en somme des microbes variant suivant les régions du canal et suivant les individus, mais ayant pour caractères communs de décomposer l'urée, de n'être pas pathogènes normalement, de se multiplier à l'état pathologique. Pas de gonocoques sans infection blennorragique antérieure.

Ces travaux, difficilement comparables, nous permettront néanmoins d'entrevoir la pathogénie de certaines uréthrites.

Uréthrites non blennorragiques. Les blennorroïdes. — Si les unes, en effet, sont nettement importées de l'extérieur, d'autres semblent autochtones et dues à la pullulation des bactéries pré-existantes, sous l'influence d'une modification du terrain.

---

(1) Petit et Wassermann. *Ann. des mal. des org. gén.-urin.*, 1891.

C'est ainsi que peuvent s'expliquer, en dehors d'une blennorragie antérieure, les *uréthrites diathésiques* et *symptomatiques* : arthritiques, herpétiques (Diday), rhumatismales [Riel, Guilland (1)], goutteuses (Souligoux, in Guiard; Thilenius, cité par Lecorché), diabétiques. Telles encore les *uréthrites par ingestion* de boissons ou médicaments divers : nitrate de potasse (Robert), cantharide, iodure de potassium (Mercier), arsenic (Delacour), certaines crucifères entrant dans la composition du vin antiscorbutique. Dans un écoulement attribué à des excès de bière, M. Legrain vit plusieurs bacilles et coccus et cultiva son bacille n° 3 et le M. albicans amplus. L'inoculation ne donna rien.

Les *irritations locales* peuvent agir de même, qu'elles soient mécaniques (sondes), chimiques (injections) ou pathologiques (papillomes). Dans un cas de de Amicis (injection d'ammoniaque), Neisser trouva un pseudo-gonocoque, non inoculable. On peut, en pareil cas, avoir des *uréthrites aseptiques*.

Les *uréthrites d'origine vénérienne* nous intéressent davantage. Les uréthrites par *échauffement* (Rauzier), *menstruelle* (Horand, Diday, Deville), *leucorréique*, existent, sans avoir, à beaucoup près, l'importance qu'on leur attribuait jadis. L'auto-infection y a sa part et aussi l'apport de microbes extérieurs : cocci et diplocoques, dans un cas de M. Rauzier (uréthrite menstruelle); m. cereus albus, dans un de M. Legrain (U. leucorréique), etc. Bockhart a décrit une uréthrite aiguë pseudo-blennorragique bénigne, pouvant se compliquer d'épididymite et due aux bactéries vaginales, notamment un petit staphylocoque inoculable. Parmi ces *uréthrites saprophytiques*, une des plus connues est celle de M. Aubert (2). Il trouva, chez un syphilitique atteint d'écoulement, des corpuscules ovalaires de moins de 1 μ, extra-cellulaires, accompagnés de quelques bacilles. En quelques mois, il observa deux cas identiques, dont un sans syphilis : c'étaient des uréthrites assez bénignes, mais pouvant se compliquer de cystite et d'épididymite.

Les micro-organismes en question avaient-ils infecté l'urèthre d'emblée ou s'étaient-ils substitués au gonocoque? Aubert croit les deux éventualités possibles. Rauzier aurait observé un cas semblable et cite Zeissl et Giovannini comme en ayant vu aussi.

Dans le cas de Legrain, dans un d'Icard, où la femme était devenue infectante à la suite d'un phlegmon, on se rapproche tout à fait de l'*uréthrite septique* par cathétérisme malpropre. A la vérité, si après un tel cathétérisme Bockhart et Wolff purent isoler du streptocoque, Caxtex du staphylocoque, Legrain n'obtint, avec des cultures de staphylocoques, qu'une uréthrite insignifiante; encore fallait-il un léger traumatisme pour favoriser l'inoculation.

Un mot, pour être complet, sur deux ordres d'*uréthrites spécifiques* non blennorragiques. Finger, après Lee, Vidal, Hammond, Tarnowski, admet une *uréthrite syphilitique* secondaire, sorte d'exanthème du canal. Plus connue est l'*uréthrite tuberculeuse*, dont on admet l'origine soit ascendante (contagion), soit descendante : lorsqu'on la soupçonne, il faut éviter de prendre pour le bacille de Koch celui qu'Alvarez et Tabel ont décrit dans le smegma, qui est peut-être identique au bacille de Lustgarten et présente, avec le premier, de nombreuses ressemblances, mais se décolore rapidement par l'acide acétique glacial.

Toutes ces uréthrites appellent de nouveaux travaux. Nous verrons qu'elles peuvent faire suite à la blennorragie, sur un terrain déjà préparé par celle-ci, à laquelle nous revenons désormais.

Processus de l'uréthrite blennorragique. — Apporté au méat par le coït ou autrement, le gonocoque s'y ensemence, sans qu'il ait besoin de l'aspiration admise par Wendt (1827) après l'éjaculation et va s'étendre en surface, le long de l'urèthre et en profondeur, dans la muqueuse.

On connaît mal, pour ne l'avoir pu observer directement, l'*extension en profondeur*. La théorie de Bumm, une des plus connues sur ce sujet, est tirée par analogie de recherches sur la blennorragie conjonctivale; elle se rapproche d'ailleurs de celle de Bockhart. Les gonocoques traverseraient rapidement l'épithélium pour pulluler dans les couches conjonctives superficielles : alors s'extravaseraient de nombreux leucocytes qui engloberaient les microbes et les entraîneraient au dehors. La rapide pénétration est actuellement démontrée. La phagocytose est combattue par Finger, dont les arguments sont discutables. Quant à la proposition d'Orcel (1887), à savoir que l'incorporation des microbes dans les cellules se fait seulement à la surface libre, elle est infirmée par les recherches de Touton (1889), Fabry (1891), Frisch (1892) qui ont vu sur des coupes les cellules profondes chargées de gonocoques.

Pour ce qui est de l'*extension en surface*, on sait, depuis les recherches de l'École de Necker, que l'uréthrite se limite d'ordinaire à la portion spongieuse du canal et que sa propagation à l'urèthre postérieur constitue une vraie complication. Il n'en est pas moins vrai que l'*uréthrite postérieure* est d'une extrême fréquence. S'il n'est pas exact, comme le croit Rona (1891), qu'elle soit inséparable de l'envahissement du bulbe, Finger ne l'a pas moins observée chez 63 p. 100 de ses clients en ville et chez 82 p. 100 à sa policlinique. On a donné des proportions plus élevées encore (86 p. 100, Philipson, 1891; 92,5 p. 100 pour les uréthrites de huit à dix semaines, Letzel, 1890). Quant à l'époque d'apparition, Finger la place vers la troisième semaine, à l'apogée de l'uréthrite antérieure. Mais on admet de plus en plus qu'elle peut être précoce. Heisler (1), sur 50 cas, l'a vue 10 fois dès la première semaine, 17 fois dans la seconde et n'admet pas l'extension régulière en trois semaines. Dans les observations de Janet (2), l'uréthrite postérieure survint dès les quatre premiers jours dans 40 p. 100 des cas et une fois au bout de quinze heures, sans traitement local. En revanche, sous l'influence d'un traitement rationnel, l'uréthrite postérieure *rétrocède* le plus souvent avant l'antérieure. Quand la maladie passe à l'état *chronique*, elle tend à se localiser à une région, la région mobile le plus souvent, puis la prostate, le bulbe et enfin la portion membraneuse (Finger).

L'examen microscopique du pus aux différentes périodes donne sur la marche de la maladie de précieux renseignements. Dans la sécrétion muqueuse du début ou les filaments qu'elle forme dans l'urine, se voient des cellules d'épithélium plat, peu de leucocytes, des gonocoques déjà nombreux, la plupart libres ou appliqués sur les cellules plates. Plus tard, celles-ci font place à des cellules épithéliales de transition, le nombre des leucocytes augmente et aussi celui des microbes. A l'acmé, il n'y a presque que des leucocytes englobant les gonocoques. Au déclin, même aspect, sauf que de nombreuses cellules épithéliales reparaissent,

(1) Riel. *Lyon méd.*, 1886. — Guilland. Th. de doctorat, 1876.
(2) Aubert. *Lyon méd.*, 1884.

(1) Heisler. *Arch. f. Dermat. u. Syphil.*, 1891, t. XXIII, p. 5.
(2) Janet. *Ann. de dermat. et de syphil.*, oct. 1893.

qui deviennent plus nombreuses encore à la fin, tandis que diminuent gonocoques et cellules de pus. Celles-ci se multiplient de nouveau en cas de *rechute*, mais pauvres en gonocoques, tandis que les cellules épithéliales en sont recouvertes. L'*uréthrite postérieure* donne des aspects analogues; dans certains cas, on n'a pu trouver de microbes, d'où l'explication bizarre de Jadassohn (1892) invoquant les toxines sécrétées en avant du sphincter. Mêmes éléments aussi (leucocytes et gonocoques) dans l'*uréthrite de la femme.*

Si les gonocoques sont constants dans les écoulements aigus, il n'en est pas de même dans ceux des *uréthrites chroniques.* Ceux-ci renferment, en proportions variables, des cellules épithéliales et des leucocytes : les leucocytes indiquant toujours un processus plus intense. Souvent il faut, pour retrouver des gonocoques, provoquer une recrudescence au moyen d'une injection irritante (nitrate d'argent, sublimé) ; les gonocoques repullulent, tandis que disparaissent les saprophytes. Il est pourtant des cas où, malgré tout, on ne peut faire réapparaître le microbe de Neisser; le pus et les filaments ne renferment pas de bactéries ou bien ils en renferment d'autres.

Infections secondaires. — C'est que les infections secondaires jouent dans l'uréthrite chronique un rôle important. On trouve souvent, associés au micrococcus gonorrheæ ou lui succédant, des micro-organismes divers : coccus ou plus souvent bacilles, ces derniers en chaînes ou en grappes, quelquefois intra-cellulaires.

Janet distingue dans l'uréthrite :

1° Une phase d'*infection primitive* gonococcienne;

2° Une phase d'*infections secondaires précoces ;*

3° Une phase *aseptique* (même après la réaction au nitrate) pendant laquelle évoluent encore les altérations dues aux gonocoques disparus;

4° Une phase d'*infections secondaires tardives* dues au coït ou au traitement et favorisées par une réceptivité spéciale de l'urèthre. A un certain moment, une espèce microbienne tend à prédominer parmi toutes celles qui coexistent d'abord.

A la question des infections secondaires se rattache toute une théorie des complications de la blennorragie, théorie que nous étudierons en temps et lieu.

B. Blennorragie génitale de la femme. — Nous sommes forcé d'être beaucoup plus bref sur la blennorragie féminine. Au point de vue de son *étiologie*, si la contagion aiguë a toujours été évidente, on sait, depuis Nœggerath, que la blennorrée chronique de l'homme provoque chez la femme une blennorragie également chronique, latente jusqu'au jour où elle se manifeste par l'inflammation de l'utérus et de ses annexes.

C'est surtout sur le *siège* de la gonorrhée féminine que portent les discussions. Longtemps on a admis qu'elle s'attaquait à peu près constamment à la vulve et au vagin, respectant ou non les glandes de Bartholin, et plus rarement à l'urèthre. Quelques auteurs avaient déjà remarqué néanmoins la fréquence de l'uréthrite, ainsi que l'ascension de la maladie à d'autres organes. Mais c'est Bumm qui, le premier (1884), protesta nettement contre l'idée classique et affirma que le siège ordinaire était le canal cervical. Steinschneider (1887) montra l'uréthrite dans tous les cas récents; les gonocoques peuvent ensuite disparaître dans l'urèthre et alors, même longtemps après et en l'absence de signes bruyants, on les retrouve souvent dans le col et le corps de l'utérus. Le col est le siège de prédilection de la blennorrée chronique. Quant à la vulve et au vagin, les gonocoques en sont vite délogés par les autres cocci qui y pullulent. Fabry (1888), sur 38 cas de blennorragie, trouva le gonocoque 16 fois dans l'urèthre et le col, 20 fois dans l'urèthre, 2 fois dans le col seul; Welander, 89 fois p. 100 dans l'urèthre, 43,7 dans le col; Di Bella et Ingria, Aubert, Eraud, Diday et Doyon (1888), Pescione, arrivent à des conclusions analogues; de même, Brünschke (1891), qui trouve la blennorragie dans 90 p. 100 des cas dans l'urèthre, 37,5 dans le col, 12,5 dans les glandes de Bartholin, et Luczny (1891) qui, sur 47 cas de la clinique d'Olshausen, compte 40 uréthrites, 12 vulvites, 17 bartholinites et 19 vaginites. Finger, dans 2 cas, a vu la blennorragie chronique cantonnée à l'urèthre seul.

Nous ne reviendrons pas sur l'*uréthrite.* La *métrite* sera traitée plus loin. La *vaginite* ne serait pour Bumm (1887) qu'une inflammation banale, secondaire à la métrite et due à la stagnation des liquides sécrétés. Lorsqu'on y trouve des gonocoques, ils viendraient de l'utérus et ne pulluleraient qu'à la surface. L'épithélium plat du vagin ne pourrait être franchi. Jamais, en effet, Bumm n'a pu retrouver le gonocoque dans les fragments de muqueuse excisés, et il n'a pu créer de vaginite par un contact de douze heures avec du pus blennorragique. Steinschneider (1888) et Neisser (1889) se rallient à ces théories. En France, Eraud (188) croit aussi que, s'il existe une vaginite blennorragique, ce qui n'est pas certain, elle est descendante et due à la propagation d'une métrite. Hardy n'avait-il pas déjà, en 1846, observé un cas de vaginite succédant manifestement à un écoulement purulent de l'utérus?

Les idées de Bumm, sur la migration du gonocoque dans les différents épithéliums, ont été contredites récemment par Touton. Schwartz (1886) croit à la vaginite spécifique sans métrite; le râclage, après nettoyage soigneux, l'a convaincu de la pénétration des gonocoques. Finger, Letzel, partagent son opinion. Pourtant, si Bumm s'est rendu coupable d'exagération, il reste de ses recherches un fait vrai, à savoir que le vagin constitue pour la blennorragie un mauvais terrain, excepté peut-être lorsque son épithélium est mince et délicat (enfant, femmes à peau fine) ou rendu fragile par la grossesse (Sänger, 1889).

La *vulvite* est-elle due au gonocoque ou à la pullulation des micro-organismes banals, hôtes ordinaires des organes génitaux externes? Il est difficile de le dire, au moins en ce qui concerne l'adulte, chez qui la vulvite blennorragique ne s'observe guère isolée. Chez l'enfant, au contraire, il existe réellement une vulvite primitive à gonocoques. La *vulvite des petites filles* est une des manifestations que l'on a, le plus souvent, invoquées contre la spécificité du microbe, au temps où son apparente spontanéité semblait exclure l'idée d'une contagion. Les examens bactériologiques positifs ne se comptent plus; le microbe de Vibert et Bordas peut être identifié avec celui de Neisser. La vulvite existe seule ou se transmet au vagin, ce qui serait déjà rare pour Cahen Brach (1892), mais presque jamais plus haut; en revanche, elle envahit très rapidement l'urèthre; dans un cas, il y aurait même eu de la cystite. Edward Martin (1892), à côté des vulvites simples respectant l'urèthre, admet une blennorragie infantile frappant, par ordre de fréquence, la vulve, l'urèthre, le vagin, l'utérus. Quoi qu'il en soit, la constatation des gonocoques n'implique pas le viol. Au contraire, le transport accidentel est la règle (mains des parents ou d'autres enfants, linges, etc.). De plus, d'après Epstein (1891), la transmission pourrait se faire, comme dans l'oph-

talmie, à la naissance, lors du passage à travers les voies génitales malades.

C. Blennorragie oculaire. — En dehors de l'appareil génito-urinaire, l'œil constitue le lieu d'élection de l'inoculation blennorragique. Pour la *conjonctivite de l'adulte* (par inoculation), l'étiologie n'a jamais fait le moindre doute, même avant que Hirschberg et Krause aient montré que l'on trouve constamment le gonocoque dans le pus. Sur *l'ophtalmie des nouveau-nés*, on a été plus longtemps avant de s'entendre. L'affection peut survenir du deuxième au troisième jour de la vie, et alors être grave; ou bien se déclarer plus tard et alors elle est toujours bénigne. Dans le premier cas, Morax, comme tous les auteurs, a constaté toujours des gonocoques nombreux. Dans le second, sans pouvoir se prononcer sur tous les faits, il a trouvé une fois le pneumocoque, une autre fois le bacille de Wecks (conjonctivite catarrhale). La conjonctivite dite leucorréique des petites filles est blennorragique comme la vulvite; le microbe que l'on trouve est bien le gonocoque : il se décolore par le Gram (seul parmi les hôtes de la conjonctive, quoi qu'en ait dit Marthen) et le pus ne cultive pas sur les milieux ordinaires, sauf l'artifice sus-mentionné, ce qui prouve en plus l'absence d'organismes étrangers [Morax (1)].

Le mode de contamination des enfants à leur passage, à travers la filière génitale, est bien connu également depuis les recherches de Krause, Crédé, Zweifel. Citons seulement le cas curieux de Nieden (2), où la contamination se fit, malgré des précautions minutieuses, la poche des eaux intacte : l'auteur pense que le virus a pu diffuser à travers les membranes. Quand la conjonctivité apparaît à la naissance ou peu après, Bellouard (3) admet que la porte d'entrée est créée, dans certains cas, par l'ouverture prématurée de la poche des eaux.

Notons enfin que la conjonctivite, aussi bien que l'uréthrite, est capable de donner lieu à des complications générales : tel le cas de Morax.

D. Blennorragie ano-rectale. — Cliniquement, tandis que la blennorragie anale est considérée comme assez fréquente, celle du rectum a été plus discutée. On en reconnaît généralement l'existence, à présent, comme affection primitive ou consécutive à la première. Les recherches bactériologiques ont été faites rarement. Nous avons trois examens de Tuttle (1892), avec gonocoques, ainsi qu'un de Franz Frisch, chez une jeune fille atteinte, en même temps que d'uréthrite, d'une rectite résistant au traitement. En revanche, Souplet n'a pu trouver le M. gonorrheæ chez un jeune homme porteur d'une rectite pourtant tout à fait aiguë.

E. Blennorragie buccale. — Admise sans raisons sérieuses par les anciens, la blennorrée buccale est ordinairement niée. Le cas de Horand, souvent cité, concerne plutôt une transmission indirecte.

Pourtant Souplet cite 4 cas où le gonocoque semble avoir réellement infecté la bouche : l'un de Cuttler (1888) (femme de vingt et un ans, coït *ab ore* avec un blennorragique : stomatite intense avec fausses membranes contenant des diplocoques). Le second de Dohrn (1890) (nouveau-né atteint de conjonctivite : érosions du palais et de la langue, enduit avec gonocoques). Les autres de Rosinski (enfants nés de mères contaminées, dont un avec conjonctivite grave; stomatite avec suppuration superficielle contenant des gonocoques).

(1) Morax. Loc. cit.
(2) Nieden. *Klin. Monats. f. Augenheilk.*, 1891.
(3) Bellouard. Th. de Paris, 1892.

III

Extension du gonocoque : blennorragie compliquée

Au lieu de rester cantonnée à l'organe primitivement lésé, la blennorragie peut en franchir les limites, et s'étendre soit par *contiguïté*, à travers la muqueuse; soit par *continuité*, le long des tractus génito-urinaires; soit *à distance* (ce qui suppose en réalité une continuité vasculaire. D'où trois cas bien distincts. Dans tous, le gonocoque est-il directement responsable? C'est ce qui nous reste à examiner.

Pour Bumm (1886) le gonocoque n'immigre qu'à travers les épithéliums cylindriques, les pavimenteux l'arrêtent absolument. Cette assertion est au moins exagérée. Dinkler a montré la pénétration de l'épithélium plat de la cornée. Touton (1889) croit que tout dépend, outre certaines conditions chimiques inconnues, de la largeur des espaces plasmatiques, de la richesse en sucs et de la mollesse des tissus. Ses idées sont confirmées par Jadassohn (1890), Fabry (1891). Les faits nous montreront que si les épithéliums cylindriques résistent moins, les épithéliums cornés seuls ne se laissent pas forcer.

Nous savons que le gonocoque passe rapidement à travers l'épithélium. On a souvent soutenu qu'il le dépassait peu. Ainsi Bosc dit qu'il ne se développe que sur les surfaces en communication avec l'extérieur, sur les muqueuses, est rare sur les séreuses, et n'envahit pas les tissus, témoin l'innocuité des injections sous-cutanées. Là encore il faut en rabattre. Frisch, dans le rectum, a vu les microbes s'étendre jusqu'à la musculeuse. Wertheim (1892) les ayant déposés dans le péritoine, les vit en vingt-quatre heures pulluler jusque dans les muscles. Nous donnerons plus loin le cas de Crippa. Il y a, d'ailleurs, de nombreuses différences individuelles à ce point de vue (Finger).

Des divergences sur ces différents faits résultent les diverses théories émises au sujet des complications :

1° Immédiatement après la découverte du microbe de Neisser, on les lui imputa toutes; d'où la *théorie uniciste*, à laquelle les recherches bactériologiques fréquemment négatives amenèrent bientôt de nombreux contradicteurs.

2° On se rabattit alors sur les *infections secondaires*, souvent évidentes, et sur lesquelles avait insisté l'école de Guyon. Gerheim (1888), puis Legrain, enfin Patris de Broë, s'en firent les champions.

3° D'autres, Jouis (1), par exemple, adoptèrent une opinion intermédiaire, et soutinrent l'*infection mixte* par les pyogènes, se substituant au gonocoque dans les arthrites graves.

4° Enfin, la tendance actuelle est de prendre en considération l'action des *poisons microbiens*, très actifs, quelque peu étendue que soit la lésion primitive.

Chacune de ces théories contient une part de vérité, que les faits seuls nous permettront d'apprécier pour chaque cas particulier.

A. Complications de contiguïté. Blennorragie péri-uréthrale. — Rangeons-y les inflammations glandulaires qui s'y lient intimement, bien qu'elles constituent sur une petite échelle une forme ascendante. Bockhart, dans un abcès péri-uréthral, avait trouvé des staphylocoques. Pellizari (1890) a vu le gonocoque ordinairement associé à ce microbe, mais

(1) Jouis. Th. de Paris, 1891.

quelquefois seul. Touton (1892) admet que l'inflammation des glandes de l'urèthre est due tantôt au gonocoque, tantôt aux saprophytes. Finger, dès les deux premiers jours de l'infection, a constaté, sur des coupes de l'urèthre, des gonocoques situés très profondément dans les lacunes et dans les canaux excréteurs des glandes de Littré. Crippa (1893) a rapporté deux cas où des abcès, adjacents au frein préputial, contenaient des gonocoques vérifiés par culture.

Nous manquons de renseignements sur la prostate. Les abcès, les complications pyémiques, sont certainement dus à une infection surajoutée.

L'*urèthre de la femme* est riche en follicules; ceux du méat, notamment, et les petites cryptes dans lesquelles ils s'ouvrent, peuvent devenir de vrais réservoirs à gonocoques. De même les *follicules de la vulve*, dont les sécrétions peuvent contenir des gonocoques pendant plusieurs années (Martineau, 1885). On ne saurait méconnaître l'importance de ces inflammations : elles peuvent rester pendant longtemps le seul vestige de la blennorragie et expliquer bien des contagions mystérieuses. Telle est encore la *bartholinite*, complication si fréquente de la vulvite. Dans les cas aigus, Bumm, Sänger, Gersheim la rapportent à une infection mixte; Touton a vu des gonocoques à la surface de l'épithélium du conduit excréteur, mais non dans le corps de la glande. Les bartholinites chroniques, au contraire, sont à peu près universellement reconnues (Welander, Sänger) comme toujours ou presque toujours gonococciennes.

B. Blennorragie ascendante. — *Voies urinaires.* — L'*uréthrite postérieure*, déjà étudiée, constitue chez l'homme le premier degré de la blennorragie ascendante. La question de savoir si la *cystite* peut être purement blennorragique, est encore en litige. Chez la femme, Bumm (1887) admet qu'il s'agit toujours d'une infection mixte. Reblaub n'a jamais trouvé le gonocoque; bien plus, il n'a jamais pu, chez les animaux, produire de cystite par l'inoculation du pus blennorragique pur; il reconnaît, d'ailleurs, qu'on ne saurait conclure absolument de l'animal à l'homme. En revanche, il a trouvé dans la vessie infectée de nombreuses bactéries, et justement celles qui, dans l'urèthre, se substituent au gonocoque à la période de déclin; or, la vessie étant normalement aseptique, elles doivent venir de l'urèthre. Chez l'homme, Horand aurait trouvé des gonocoques dans l'urine puisée directement au réservoir vésical. Finger fait remarquer qu'ils ne s'y trouvent jamais en nombre suffisant pour qu'on puisse y admettre leur multiplication. De plus, ils y sont accompagnés de nombreux cocci et bâtonnets. Or, tandis que nous avons vu des microbes normaux de l'urèthre produire la fermentation ammoniacale (Petit et Wassermann), Du Mesnil (1) a montré que le gonocoque en est tout à fait incapable, et ne saurait donc être rendu responsable des cystites alcalines et ammoniacales. — Huber (2), sur 6 examens, a trouvé 4 fois du coli-bacille, 1 fois du streptocoque, 2 fois des bacilles non décrits. — Melchior (3), sur 36 examens de cystite, a trouvé 1 fois le gonocoque pur. — Peut-il remonter plus haut encore, et occasionner la *pyélonéphrite?* Ce n'est pas démontré. Nous aurons, d'ailleurs, à revenir sur ce sujet.

Voies génitales de l'homme. — L'inflammation peut, en suivant les canaux ouverts dans l'urèthre postérieur, déterminer une série de complications, dont quelques-unes bien fréquentes, puisque l'*épididymite* est du nombre. D'après cela, toute épididymite suppose une *déférentite* latente. Si l'induration du cordon paraît, en général, consécutive à celle du testicule, le début de l'orchite s'accompagne toujours de sensations douloureuses le long du cordon.

Les recherches bactériologiques sont peu nombreuses à ce sujet. Finger admet une invasion gonococcique pure, d'abord à la surface muqueuse des divers conduits, puis dans le tissu cellulaire (*funiculite*) et la vaginale (*vaginalite*). — Eraud et Hugounenq (1892) ont essayé de rattacher l'épididymite à un microbe spécial, saprophyte normal de l'urèthre, isolable dans le liquide des vaginalites : leur *orchiocoque* serait un diplocoque plus gros que celui de Neisser (1 μ), ne prenant pas le Gram, cultivant sur agar et donnant au chien, par inoculation dans le testicule, une orchite typique. Le résidu solide des bouillons de culture précipités par l'alcool, serait aussi doué d'un pouvoir électif sur le testicule, et déterminerait (chez le chien) une orchite suppurée, suivie souvent d'atrophie. Certaines orchites infectieuses, telles que l'orchite ourlienne, pourraient être dues à un parasite analogue. L'orchiocoque déterminerait, aussi bien que le gonocoque, un certain degré d'intoxication générale, se traduisant par un pouvoir lévogyre des urines et une peptonurie légère.

Le pus de la *spermatocystite* contenait des gonocoques purs, dans un cas de Reich (1).

Voies génitales de la femme. — C'est dans le sexe féminin que la blennorragie ascendante présente ses conséquences les plus graves. La *métrite* leur ouvre la voie. Celle du col est de règle; celle du corps constitue une complication. La métrite aiguë est toujours le résultat d'une infection aiguë. Elle peut s'accompagner d'exsudats péri-utérins dans lesquels Ceppi (1887) a trouvé des gonocoques. La métrite chronique leur succède plus rarement qu'elle ne s'établit au cours d'une gonorrhée chronique.

C'est à sa suite que surviennent les redoutables *affections des annexes* : salpingites, ovarites, périmétrites. Elles ont donné à l'examen des résultats variables. Le cas de Nœggerath (1885) est douteux. Gusserow, Cornil, Terrillon n'avaient pu trouver le gonocoque dans les salpingites suppurées. En revanche, Bosc cite 20 cas, dont quelques-uns d'auteurs particulièrement compétents, avec résultat positif : ce sont ceux de Westermark (1886), Stemann, Schmitt, Zweifel (7 cas), Menge (3 cas), Orthmann (2 cas, 1887), Wertheim (5 cas, 1890). Ce dernier, dans 3 observations, trouva le gonocoque non seulement dans le pus, mais encore dans le tissu des trompes. Son beau mémoire de 1892 montre bien comment les microbes peuvent traverser les parois tubaires pour atteindre le péritoine et les ovaires.

En regard de ces observations se placent celles, nombreuses aussi, où l'on a trouvé des pyogènes vulgaires. La dernière communication de MM. Hartmann et Morax (2) est instructive à ce point de vue. Dans tous les cas de salpingite catarrhale ou parenchymateuse, le contenu de la trompe ne renfermait pas de microbes. Il en était de même dans 13 suppurations des annexes; 13 autres fois ils ont trouvé le gonocoque, 2 fois le coli-bacille, 4 fois le streptocoque (plus 2 fois dans les ligaments larges), 1 fois le pneumocoque. La salpingite à streptocoques succéderait à des lésions traumatiques de l'utérus; quant aux cas à pus stérile, ils sem-

(1) Du Mesnil. *Arch. f. Path. An. u. Phys.*, t. CXXVI, p. 3.
(2) Huber. *Virchow's Arch.*, 1893.
(3) Melchior. *De la cystite et de l'infection urinaire*, Copenhague 1893.

(1) Reich. Soc. imp.-roy. des méd. de Vienne, 1894.
(2) Hartmann et Morax. Soc. de chir., mai 1894.

blent se rapporter à des affections tuberculeuses ou blennorragiques anciennes. Grande serait toujours l'influence de la grossesse, déjà signalée par de nombreux auteurs. Quénu a trouvé une fois des staphylocoques. Quoi qu'il en soit, le gonocoque peut suffire, et même lorsqu'il existe d'autres microbes, ils lui sont peut-être souvent secondaires.

Péritonite. — L'étude de la péritonite blennorragique est intimement liée à celle de la blennorragie ascendante.

Chez l'*homme*, c'est une complication rare. Horowitz (1892) insiste pourtant sur son existence à la suite de l'épididymite, et sur ses voies d'accès : vaisseaux sanguins et lymphatiques du cordon, extrémité supérieure du canal déférent (recouverte par le péritoine, et souvent siège d'abcès), lymphatique spécial du canal déférent (déjà décrit par Zeissl). White (1) en cite un cas, où une hydrocèle congénitale fut le chemin de la propagation.

Chez la *femme*, au contraire, la péritonite est fréquente. Charrier (2) n'a jamais pu y déceler le gonocoque ; il croit, néanmoins, qu'il y existe, mais disparaît vite et souvent se complique de pyogènes. Lowen (1886), Penrose n'ont vu, dans un cas aigu, que des pyogènes. Au contraire, Ceppi (1887), Wertheim (1892) ont trouvé des gonocoques dans plusieurs cas de péritonite locale suppurée ; Wertheim les a même cultivés et inoculés aux animaux.

C. La blennorragie, maladie générale. — Nous arrivons au point le plus controversé : la pénétration du gonocoque dans la circulation et sa généralisation. C'est surtout à propos des complications à distance que se donnent cours les discussions sur les quatre théories exposées plus haut. Nous ne pouvons avoir la prétention de trancher entre elles. Bornons-nous à énumérer les faits actuellement connus, en signalant ceux qui permettent de pencher vers telle ou telle interprétation.

Tout d'abord, la blennorragie, même simple, s'accompagne de *signes généraux* sur lesquels insiste Souplet : légers dans la plupart des cas, perceptibles surtout dans les formes intenses, mais que la suppuration, la souffrance, le changement de régime ne suffisent pas toujours à expliquer.

Appareil locomoteur, Rhumatisme blennorragique. — Des manifestations générales de la blennorragie, les *arthropathies* sont, sans conteste, les plus anciennement connues. Leur autonomie clinique n'est plus à justifier aujourd'hui ; mais sont-elles réellement gonocciques? Le sont-elles toujours, même lorsqu'elles suppurent? Sont-elles infectieuses ou toxiques?

Petrone, le premier (1883), crut trouver des gonocoques dans le liquide retiré du genou ; la même année, Kammerer faisait une constatation analogue ; puis Horteloup et Bousquet (1885), dans le pus d'une arthrite sterno-claviculaire ; Wyszemirsky (1885), dans des arthrites pyémiques mortelles ; Hall (1886), dans le pus retiré d'un genou, ainsi que Smirnoff (1886). Il est vrai que ces observations, faites avant que l'on sût bien différencier le gonocoque, peuvent être contestées, non moins que les quatre observations de Hartley (1886). Mais il en est de plus récentes. Deutschmann (1890) a trouvé dans une arthrite des gonocoques reconnaissables à leur situation intra-cellulaire, à leur décoloration par le Gram, à leur stérilité sur milieux ordinaires. Lindemann (1892), dans une arthrite consécutive à une conjonctivite, isola des gonocoques et les cultiva. Stern (1892) en vit de typiques dans un épanchement d'origine analogue. L'observation de Jacquet (1892) est moins probante, sans être négligeable. Voilà donc une série respectable de faits en faveur de l'origine gonococcique, origine que défend Filippi dans sa thèse (1), appuyée encore sur une observation de Rendu (2). Cette série s'accroît chaque jour. Finger vient de présenter (3) le cas d'un enfant qui fit, à la suite d'une ophtalmie, des arthrites du cou-de-pied et de la mâchoire, du gonflement de la parotide et du cou, puis une arthrite du genou gauche, et mourut enfin de pneumonie. L'autopsie montra, en outre, un abcès de la cuisse, une périostite costale, de l'œdème du médiastin : il y avait des gonocoques purs dans la périostite, combinés à des streptocoques dans le genou et la cuisse, des streptocoques seuls dans l'articulation maxillaire et les œdèmes. Pour l'auteur, le rhumatisme gonococcique serait primitif, et l'infection streptococcique consécutive à des ponctions ; le gonocoque suffirait à faire suppurer le tissu conjonctif. Nous avons cité le fait de Macaigne. Sobotka (4) avait observé l'union des gonocoques et des streptocoques dans des abcès péri-articulaires. Th. H. Mauby (5), dans des arthrites, trouva deux fois des gonocoques purs.

En opposition avec ces faits, il faut mentionner les recherches négatives de Widal (1881), Leistikow, Haslund (5 cas, 1884), Bornemann (3 cas, 1887), Guyon et Janet (1889), G. Roux (1890), Stanziale (1893), Bockhart, Jacquet, Legrain, Bumm, Wertheim, etc. Tantôt alors on n'a pu déceler aucun organisme : d'où l'opinion de Guyon et Janet, Furbringer (1890), incriminant les ptomaïnes ; tantôt on a trouvé les microbes du pus, surtout, mais non toujours, dans les cas suppurés. Ajoutons que l'absence des gonocoques n'est pas une preuve qu'ils n'aient jamais existé : on sait depuis Kammerer (1884), qu'ils disparaissent vite et que les ponctions doivent être précoces.

On ne peut guère séparer des arthropathies d'autres processus portant sur l'appareil locomoteur : *périostites* et périostoses (Fournier, Mauriac, 1890 ; Raynaud 1891 ; Ozenne, 1891) ; *synovites tendineuses* (Ozenne, même fait ; Ducrey, 1889, etc.) ; Howitz (6) croit avoir vu des gonocoques dans les gaines enflammées.

Séreuses. — Dans la susdite observation de Ducrey sont signalées une pleurésie droite, puis une gauche, enfin une péritonite séreuse, toutes fugaces comme les arthropathies.

Organes des sens. Peau. — Tous les auteurs s'accordent à reconnaître l'origine générale de la *conjonctivite spontanée* bénigne, séro-vasculaire des blennorréens (ophtalmie métastatique, sympathique, rhumatismale, etc.), et ses rapports avec les arthropathies. La plupart lui assignent comme caractère le résultat négatif des examens microbiques (Vanderstræten). Ces examens sont peu nombreux (Souplet). Dans un cas où les renseignements étiologiques, ainsi que tous les signes, se rapportaient absolument à cette forme, Morax a trouvé des gonocoques en petit nombre, mais caractéristiques.

Passons sur les troubles de l'*ouïe*, observés par Fischel (1891), et sur la présence de gonocoques dans le nez (Cozzolino) ou l'oreille.

Les *exanthèmes blennorragiques* ne peuvent plus être niés, après les observations de Finger (1880), Ballet et Landouzy

(1) Voir in Th. Souplet.
(2) Charrier. Th. de Paris, 1892.

(1) Philippi. Th. de Paris, 1893.
(2) Rendu. Soc. méd. des hôpit., mars 1893.
(3) Finger. Loc. cit.
(4) Sobotka. *Prag. Med. Wochens.*, 1893.
(5) Mauby. *Contribution à l'étude de l'arthrite blennorragique*, 1894.
(6) Howitz. *Wien. Klin. Wochens.*, 1893.

1882), Mesnet (1883), Andret (1884), Balzer (1884), Petrone (1884), Ballet (1885), Feulard (1885), Klippel (1884), Jullien (1886), Philipps (1889), Perrin (1890), Flesch (1890), Raynaud (1891), Mathieu (d'après Laillet et Ricart), Lecoin, Besnier, etc. Tous, d'origine probablement toxique mais survenus sans traitement interne, appartiennent au groupe des angio-névroses : érythèmes simples, noueux ou polymorphes, urticaire, purpura.

Lang (1892) a cultivé des gonocoques provenant d'une dermatite suppurée circonscrite de la main. Sahli (1887) avait déjà cru en voir dans des abcès cutanés du genou.

Système nerveux. — Les complications nerveuses de la blennorragie ont déjà fait le sujet d'une Revue générale dans cette gazette (1). On y trouvera mentionnés la sciatique et les névralgies, les méningo-myélites, les atrophies, les névrites, les névroses, troubles sensoriels et vaso-moteurs. Depuis ce travail, de nombreuses observations ont été publiées, de méningo-myélites imputables à la chaudepisse. Souplet en réunit 14, dues à Vulpian (1885), Stefanini (1881), Charcot (1888), Spillmann et Haushalter (2 cas, 1891), Rendu (1888), Raynaud (2 cas, 1892), F. Raymond (1891), Déjerine (1891), Polozoff (1891), Trapeznikow (1891), Stiénon (1892), Rochet (1891), auxquels il faut en ajouter une de Leyden (2). Ces faits ne rentrent dans notre sujet qu'en montrant une généralisation possible de la gonorrhée, car l'examen bactériologique n'a pas été pratiqué. Il l'a été dans l'observation de Barrié (3), qui trouva des staphylocoques, et seulement dans l'épanchement sous-dure-mérien.

Rein. — Nous avons eu occasion de mentionner la pyélonéphrite ascendante. Elle serait rare pour Finger, dans l'uréthrite aiguë, où l'albuminurie serait en rapport avec les phénomènes irritatifs, et due au ténesme (contracture du trigone, occlusion des uretères et stase urinaire passagère). La réalité de la néphrite est pourtant bien prouvée, surtout depuis le travail de Balzer et Souplet (4); reste à en indiquer la pathogénie. Dans un seul cas, et combien suspect! Bockhart vit des gonocoques dans le rein; en tout état de cause il y avait infection ascendante. Mais souvent la néphrite évolue, sans cystite, à la façon des néphrites infectieuses aiguës légères; elle est alors probablement d'origine générale et due à l'élimination des toxines microbiennes (Souplet).

Appareil circulatoire. — Les *complications cardiaques* commencent à être connues. Bosc, éliminant les cas où existaient des arthropathies, cite trois péricardites (Lehmann, 1854; Gluzinski, 1889; Souplet, 1891) sans cystite, sans albuminurie, sans antécédents rhumatismaux; et cinq endocardites, empruntées à la thèse de Souplet (Hervieux, Desnos, 1877; Morel, 1878; Leyden, 1882; Mac Donnel, 3 cas, 1891; His, 2 cas, 1892). Les faits bactériologiques sont peu nombreux. Gluzinski incrimine les infections secondaires. Il se fonde sur la fameuse autopsie de Weichselbaum (1887). Dans les cas analogues de Ely (1889), Martin; les symptômes étaient d'ailleurs ceux d'une pyémie. Mais ce dernier, dans un autre identique comme signes, crut trouver des gonocoques dans le cœur et les infarctus. Dans la première observation de His, les cultures faites avec les infarctus de la rate restèrent stériles, mais les valvules montrèrent de nombreux cocci, semblables au gonocoque et se décolorant par le Gram. Wilms (1), dans des végétations valvulaires, décela des diplocoques qu'il croit différents du gonocoque.

Fouilloux (1869), Moret et Vidart (1875), Martel [3 cas (2)], Tédenat [3 cas (3)], signalent la *phlébite* en dehors de tout élément rhumatismal. Dans une observation due à Hamonic, Martel avait coloré des « granulations » du sang, mobiles, quelquefois groupées par deux, description peu concluante. Le Roy aurait trouvé dans le sang des cocci mobiles, Tédenat des gonocoques (?).

Le plus intéressant serait évidemment de les rendre évidents dans le *sang*, mais les assertions de Jullien (1890) et de Petrone sont actuellement bien suspectes, et tous les autres (Legrain, Bumm, Wertheim, etc.) ont échoué.

Système lymphatique. — Il ne nous reste qu'à dire un mot de la transmission lymphatique, si importante dans l'extension des foyers locaux. Les lymphangites et adénites sont fréquentes. Mais Leistikow n'y a jamais trouvé de gonocoques. Bockhart (1887), dans une adénite suppurée, vit des streptocoques.

IV

CONCLUSIONS

Que conclure, pour terminer cette étude déjà trop longue? D'abord, que bien des questions restent à élucider; mais aussi, qu'un certain nombre de points se dégagent assez clairement à présent :

1° La blennorragie est une affection spécifique, ne naissant que d'elle-même; son agent est le gonococcus de Neisser, microbe que ses diverses réactions, étudiées plus haut, permettent de différencier nettement dans la plupart des cas.

2° Les infections secondaires jouent un grand rôle dans la blennorragie, et ont été démontrées responsables de nombreuses complications, tant proches qu'éloignées.

3° Mais le gonocoque, contrairement à ce qui a été soutenu, peut franchir les limites de l'organe inoculé et causer, lui aussi, un grand nombre de complications; qu'elles soient dues à son extension en profondeur, à son ascension en surface, ou à sa diffusion dans l'organisme. La possibilité de cette diffusion est démontrée par des faits positifs certains, en nombre encore restreint, mais qui va sans cesse en croissant, à mesure que la question est mieux étudiée; sa fréquence ne peut encore être appréciée.

4° Le rôle des toxines microbiennes, infiniment probable pour un très grand nombre de cas, plus difficile d'ailleurs à déceler, reste cependant à démontrer.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de M. le docteur Louis Figuier, dont le nom est si connu dans la vulgarisation scientifique. Parmi toutes ses œuvres, l'une des plus utiles a été l'*Année scientifique*, que notre confrère publiait depuis 1856.

— La date des concours pour suppléants de chaire aux Écoles de médecine et de pharmacie de Poitiers et Besançon est fixée au 29 avril prochain, au lieu du 28 avril.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 5 sept. 1891.
(2) Leyden. *Zeits. f. Klin. Med.*, t. XXI.
(3) Barrié. Th. de Paris, 1894.
(4) Balzer et Souplet. *Ann. de dermat.*, 1892.

(1) Wilms. *Munch. Med. Wochens.*, 1893.
(2) Martel. Th. de Paris, 1893.
(3) In Stratigopoulos. Th. de Montpellier, 1887.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 131. — MARDI 13 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 13 NOVEMBRE 1894. — N° 131.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 novembre 1894.

Grâce à leurs réclamations réitérées, les candidats à l'externat ont pu, cette année, obtenir un peu d'amélioration à leur sort. Au nombre de plus de 800, ils étaient tenus de venir au début de chaque séance pour assister au tirage au sort; il s'ensuivait que ceux que le hasard renvoyait aux dernières séances de décembre étaient obligés de se présenter quatre fois par semaine, et cela inutilement pendant deux mois et demi; de là, d'inutiles dérangements et une perte considérable de temps. Cette année, les candidats sont divisés par séries de 100. Chaque série est épuisée en une semaine, les candidats les moins favorisés n'ont donc que quatre fois à se diriger vers la salle du concours. Cette petite réforme est donc la bienvenue de tous les candidats.

Il est une autre réforme que tous ceux qui sont soucieux de la dignité de l'internat voudraient bien voir appliquer, nous voulons parler de la limitation du nombre des places avant l'ouverture du concours ou, tout au moins, avant sa fermeture. L'administration objecte qu'il lui est *impossible* de savoir d'avance combien d'internes lui sont nécessaires, à cause des démissions possibles qui peuvent survenir parmi les internes titulaires. Cette objection est de nulle valeur. Admettons que le nombre des places soit fixé d'avance au chiffre de 50, chiffre connu de tous et officiellement annoncé dès l'ouverture du concours. Si 4, 5, 10 démissions, ou même davantage, viennent à se produire, on nommera en plus 4, 5, 10 internes provisoires, les internes provisoires étant destinés, ce nous semble, à remplacer les titulaires absents, que leur absence soit tardive ou prématurée.

Les candidats à l'internat ne seront certainement point de notre avis, car ils nourrissent toujours l'espoir que le nombre des places augmentera démesurément. Plus il y a d'élus, plus ils sont contents et cela se conçoit. Mais cette fluctuation dans le nombre des places à distribuer donne lieu à des abus regrettables. Si le nombre des places était exactement et immuablement fixé, on éviterait, lorsqu'il s'agit de clore la liste, ces tripotages écœurants de la dernière heure. Pour titulariser un candidat, bien en cour, souvent déjà péniblement amené au rang de provisoriat qui lui serait assigné, on ne recule pas à titulariser les huit ou dix candidats qui le précèdent. Ces manœuvres ne sont pas le fait du jury, qui n'est, à aucun moment, fixé sur le nombre exact des places à distribuer. Cela se passe en dehors de lui et, le plus souvent, il est l'involontaire victime de machinations auxquelles il est complètement étranger.

Il appartient d'une part au jury, d'autre part à l'Association des internes, de réclamer cette réforme, qui mettra fin à un abus, peu important peut-être, mais qui contribue à jeter du discrédit sur le concours et qui sert d'un nouveau prétexte à ceux que l'insuffisance de leur préparation a fait rejeter, pour crier partout que le favoritisme et la « protection » sont les seuls facteurs du succès.

On sait que l'*érythème scarlatiniforme desquamatif* est remarquable par la fréquence de ses récidives. En serait-il de même des discussions auxquelles donne lieu cette curieuse affection? Les trois dernières séances de la Société médicale des hôpitaux avaient été à peu près consacrées à étudier le rôle des intoxications et des infections dans la genèse des érythrodermies. Au début de la séance du 9 novembre, la question semblait reparaître à l'ordre du jour. M. A. Siredey a communiqué au nom du docteur Ausset, médecin aide-major à Limoges, deux intéressantes observations d'érythème scarlatiniforme d'origine médicamenteuse.

Le héros de la première, un dragon, se présentait, il y a quelque temps, à la visite régimentaire, accusant un malaise général intense, avec courbature et éruption généralisée simulant absolument une scarlatine. Après examen minutieux, le docteur Ausset ne constatant ni fièvre, ni mal de gorge, s'enquit avec soin des commémoratifs. Pressé de questions, le soldat finit par avouer qu'il s'était octroyé la veille une large friction d'onguent napolitain sur la région pubienne, pour se débarrasser d'aptères indiscrets.

L'autre observation se rapporte à un enfant de sept mois, chez lequel une éruption intense, généralisée, était apparue après une nuit de malaise et d'agitation. L'absence de fièvre, d'angine véritable, rendait le diagnostic assez facile, mais la cause de l'érythème était difficile à découvrir. L'enfant était nourri au sein par sa mère, il n'avait aucun trouble digestif, n'avait pris aucun aliment suspect, aucun médicament. Or, une enquête obstinée révéla une cause peu commune : la mère, prenant à la lettre et exagérant les pratiques d'antisepsie que lui avait inculquées une sage-femme, au début de l'allaitement, se lavait consciencieusement les seins, après

chaque tetée, avec une solution de sublimé à 1/2000, et l'enfant s'intoxiquait en absorbant régulièrement ce qui pouvait rester de bichlorure de mercure à la surface de la peau. On voit par ce dernier exemple qu'il faut une certaine dose de ténacité pour retrouver l'étiologie d'un érythème. Aussi ne doit-on admettre l'origine infectieuse d'une éruption qu'après une recherche approfondie, la méfiance étant, en pareil cas, le commencement de la sagesse.

M. Sevestre fait remarquer que l'existence ou l'absence de fièvre constitue un élément important de diagnostic. M. Siredey pense que l'on aurait tort de compter sur ce caractère. Il a vu souvent des érythèmes, incontestablement médicamenteux, s'accompagner d'une élévation sensible de la température, jusqu'à 38°6 et même 39 degrés dans le rectum. D'ailleurs, au niveau des plaques scarlatiniformes, la peau donne au toucher une sensation très nette de chaleur, mais il ne peut fournir, à ce sujet, aucune étude de thermométrie locale. M. Rendu a vu quelquefois, chez des malades apyrétiques, l'antipyrine provoquer des éruptions qui élevaient la température jusqu'à 40 degrés. On ne peut donc pas demander au thermomètre de faire la part des infections et des intoxications dans la pathogénie des érythèmes.

M. Lemoine, agrégé du Val-de-Grâce, présente une curieuse observation d'obstruction intestinale à évolution intermittente, sans vomissements fécaloïdes, et qui s'est terminée par la mort vraisemblablement à la suite d'infection par le coli-bacille.

Il s'agissait d'un jeune cavalier souffrant, depuis quelque temps, de troubles gastriques, et qui fut pris subitement d'une vive douleur à l'épigastre, bientôt suivie de fièvre et de dépression très prononcée, avec constipation opiniâtre. Quelques jours de repos, des purgations et lavements avaient eu raison de cet état. Mais une semaine plus tard, les mêmes accidents reparaissaient pour céder encore, et revenir, plus violents et plus persistants. Puis on constatait des signes de pleurésie diaphragmatique à droite, et de broncho-pneumonie du même côté. En même temps les phénomènes d'occlusion s'accentuaient de plus en plus, sans donner lieu une seule fois à des vomissements fécaloïdes. L'autopsie fit reconnaître l'existence de la pleurésie et du foyer de broncho-pneumonie constatés pendant la vie, et les cultures révélèrent, dans ces lésions, la présence du coli-bacille. L'intestin était, en deux points différents, étranglé par des brides péritonéales : la plus importante traversait le côlon transverse à sa partie moyenne ; une autre comprimait le duodénum au niveau de sa deuxième portion.

M. Lemoine, rappelant les replis péritonéaux décrits par M. F. Glénard comme des ligaments suspenseurs de l'estomac et des intestins, fait remarquer que les phénomènes d'étranglement ont débuté justement à ce niveau. Il est probable que ces replis ont été les premiers agents de l'occlusion, et c'est consécutivement à celle-ci que se sont produites les infections dues au coli-bacille.

M. Rendu pense que les choses se passent souvent ainsi dans l'occlusion chronique. La plupart des vieillards, dont l'intestin ne fonctionne plus, succombent à diverses infections bacillaires. M. Humbert, dans sa thèse, avait déjà très bien décrit la septicémie spéciale, d'origine stercorale, qui s'observait à la suite des opérations de hernies étranglées.

M. Ferrand a récemment observé un malade atteint d'ictère très foncé, avec gros foie, qui répondait au tableau clinique de la cirrhose hypertrophique. A l'autopsie, on constata un foie volumineux, coloré par la bile, se rapportant bien au type anatomique supposé. Mais il existait sous le lobe droit un vaste kyste hydatique, communiquant avec la vésicule biliaire, et comprimant les gros canaux biliaires au niveau du hile. Il en résultait une distension des voies biliaires intra-hépatiques comme dans les cas de cirrhose biliaire expérimentale. La poche ne contenait que des débris d'échinocoques, sans doute stérilisés depuis l'introduction de la bile dans la cavité du kyste.

Il est vraisemblable que cette tumeur parasitaire a été ici la cause de toutes les autres altérations, en provoquant l'occlusion et la distension consécutive des voies biliaires, à la façon des cirrhoses biliaires expérimentales de Charcot et Gombault.

MÉDECINE MILITAIRE

Le premier pansement sur le champ de bataille.

Les blessés ne doivent, sur le champ de bataille, recevoir que les soins les plus urgents. Il est aisé de comprendre que, sur le théâtre même de la lutte, plus encore qu'au poste de secours, on doit se borner à parer seulement aux accidents d'une certaine gravité. Parmi ceux-ci, les plus fréquents sont les plaies, les hémorragies, les fractures.

I

Le premier pansement ne peut, en général, être appliqué qu'à la fin de l'action. Après le combat, les brancardiers parcourent le terrain et recherchent les blessés; ils sont pourvus d'une musette de pansement et d'un bidon rempli d'eau pour désaltérer les blessés.

La musette à pansement des brancardiers est en toile goudronnée et imperméable. Elle contient des objets de pansement, tels que : bandes, charpie, compresses, épingles; de l'iodoforme; deux lacs en treillis pour l'hémostase provisoire (moyen de fortune) et une pince hémostatique. Il est attribué dix musettes par bataillon d'infanterie; avec de telles ressources, les brancardiers ne peuvent donner des soins qu'aux blessés grièvement atteints pour permettre leur transport au poste de secours. Les brancardiers ont pour mission, dès qu'ils ont trouvé un blessé, de le ranimer, de le désaltérer, de le mettre en bonne position, d'ouvrir ses vêtements, de reconnaître le siège exact de la blessure. Il importe pour eux d'empêcher la syncope de se prolonger, de se rendre compte si la plaie est simple ou compliquée, s'il y a ou non hémorragie, s'il y a fracture et si celle-ci est à foyer ouvert ou fermé. Enfin il est recommandé aux brancardiers de ne pas chercher à déshabiller les blessés, mais de couper ou de déchirer les vêtements le long des coutures, quand ils ont à découvrir une région du corps. Les brancardiers ne doivent que, le moins possible, toucher aux blessures et se contenter d'appliquer un pansement provisoire sur les plaies, de contenir et d'immobiliser les membres blessés.

L'expérience a démontré que, pour si rapide que soit l'intervention des brancardiers après le combat, elle sera souvent trop tardive. D'autre part, il faut songer que, dans les guerres futures, le nombre des blessés sera plus considérable qu'autrefois; ce nombre est évalué à 15 p. 100 environ.

Les brancardiers ne sont pas seulement chargés du premier pansement des blessés, ils doivent aussi les transporter au poste de secours; pendant ce temps, d'autres blessés sont momentanément délaissés. MM. Heuyer et Reech ont déterminé théoriquement et expérimentalement que, dans des conditions moyennes, avec le débit par le poste de secours et par heure de trente-quatre blessés, il faudrait douze heures pour que tous les blessés d'une division fussent relevés, pansés et évacués.

Doit-on attendre toujours la fin de l'action pour porter secours aux blessés? Il est difficile de se prononcer ; cependant il semble possible que, pendant les moments d'accalmie, notamment quand on opère le ravitaillement en munitions, le service médical puisse entrer momentanément en action et accomplir sa mission jusque derrière la ligne de feu. Le général Jamont pense que dans le combat défensif, au moins, on doit relever les blessés le plus rapidement possible, de façon que leurs plaintes ne puissent avoir un effet démoralisant sur les combattants restés debout.

II

Le pansement individuel a été institué pour permettre aux brancardiers de trouver sur les blessés les éléments nécessaires pour un premier pansement. Il permet aussi aux hommes atteints de blessures légères de se panser ou de se faire panser par des camarades, sans être obligés de quitter leur poste de combat.

La décision ministérielle du 27 juin 1894 attribue, en cas de guerre, aux officiers et hommes de troupe un paquet individuel de pansement, dont nous avons déjà étudié la composition (1).

La plupart des nations européennes ont adopté un paquet individuel dont la constitution diffère assez peu, suivant les pays (2).

Dans l'armée française, dès le temps de paix, il est fait aux hommes de troupe des théories sur le mode d'emploi du paquet de pansement; les infirmiers et brancardiers régimentaires sont fréquemment exercés à appliquer ces pansements. Comme le port du paquet individuel est variable, il importe de ne pas oublier que celui-ci est toujours placé dans une poche intérieure du vêtement (tunique, capote, veste, dolman), à gauche pour la cavalerie, à droite pour les autres armes.

Les brancardiers, pour procéder au premier pansement d'une plaie, doivent tout d'abord faire usage du paquet individuel; si ce dernier est insuffisant, ils peuvent s'aider des objets de pansement contenus dans la musette (bandes, charpie, compresses, épingles).

Pour arrêter les hémorragies, ils ont à leur disposition la pince hémostatique et les deux lacs. Ils doivent aussi être familiarisés avec les autres procédés d'hémostase qui ont été et seront souvent employés, nous voulons parler du garrot et du compresseur à baguettes.

Legouest considérait le garrot et ses analogues comme des moyens hémostatiques d'une exécution simple, se dérangeant difficilement et d'une grande puissance. Il serait, disait-il avec raison, à désirer qu'ils fussent enseignés à tous les militaires qui pourraient les appliquer sur eux-mêmes ou sur leurs camarades blessés, en attendant les secours du chirurgien; ils préserveraient bon nombre de blessés d'hémorragies mortelles.

(1) *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 834

(2) *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 782.

III

S'il est nécessaire que les brancardiers et les hommes de troupe eux-mêmes soient pourvus d'un matériel spécial pour le pansement des plaies, il n'en est pas de même pour l'immobilisation immédiate et provisoire des membres fracturés. Quand, sur le champ de bataille, le brancardier trouve un blessé atteint de fracture simple ou compliquée, il doit, en premier lieu, et après avoir fait préalablement un pansement s'il est nécessaire, mettre le membre fracturé en bonne position; ensuite, s'occuper de l'immobiliser jusqu'à ce que le blessé soit transporté au poste de secours, soumis aux mains des médecins chargés d'opérer la réduction et d'appliquer un appareil approprié. Dès le temps de paix, on apprend aux infirmiers et aux brancardiers à maintenir les membres fracturés au moyen des armes ou autres objets qui sont à leur portée. Ces moyens d'immobilisation rendent les plus grands services, ils ne sont point à dédaigner et les médecins eux-mêmes, aux manœuvres comme en campagne, ont fréquemment l'occasion de les employer.

Nous rappellerons succinctement les différents moyens d'immobilisation provisoire. On peut immobiliser une fracture de bras ou d'avant-bras avec des courroies, des bretelles ou des cravates nouées bout à bout; l'une est nouée au cou et passée sous l'avant-bras, une autre est passée autour de la poitrine et du bras pour le maintenir. Une fracture du poignet ou de la main est immobilisée en déboutonnant la capote et en y plaçant l'avant-bras ou le poignet, puis on reboutonne. On maintient une fracture de cuisse de la façon suivante : on prend une capote que l'on glisse sous le membre fracturé; autour de la portion du vêtement qui est située du côté externe, on enroule un fusil; autour du côté interne, on enroule un objet plus court, un sabre-baïonnette par exemple. Ceci fait, on a une sorte de gouttière munie d'une attelle interne et d'une attelle externe plus longue, on y maintient le membre avec des courroies ou des cravates. Pour une fracture de jambe ou de pied, il suffit d'une veste ou d'une toile de tente; d'un côté on enroule autour d'elle la lame du sabre-baïonnette et de l'autre le fourreau. De cette façon, on obtient une gouttière avec deux attelles latérales, et, comme pour les autres appareils, on maintient le tout avec des courroies ou des cravates. Les appareils improvisés sont nécessaires parce qu'ils permettent aux brancardiers de transporter plus facilement les blessés pour lesquels les cahots sont moins pénibles quand les membres blessés sont immobilisés. Inutile de rappeler que ces appareils improvisés s'appliquent toujours par-dessus les habits.

IV

Il est rationnel que l'on doive chercher à panser les blessés aussitôt que possible. Si, en théorie, les médecins et leur personnel de brancardiers et d'infirmiers sont obligés d'attendre la fin de l'action pour intervenir, cette règle souffre de fréquentes exceptions, surtout dans les guerres coloniales. Là en effet, point de convention de Genève; si les blessés sont abandonnés, ils risquent, le plus souvent, d'avoir la tête tranchée. Il faut qu'au moment même où les troupes cessent la lutte, les blessés soient presque tous

pansés et prêts à être évacués. C'est le seul moyen de se garder contre toute surprise; il importe donc que médecins et brancardiers aient accompli leur mission dans le plus bref délai. Ils n'ont eu garde d'y manquer d'ailleurs, la preuve en est dans les quelques exemples que nous empruntons à la guerre du Tonkin et à celle du Dahomey.

Lors de la prise de Kep (8 oct. 1884), les docteurs Challan, Baudot et Hocquart étaient allés à plusieurs reprises donner leurs soins aux blessés au pied même des remparts; ils réussirent, malgré l'intensité du feu de l'ennemi, à les faire transporter à l'ambulance, de sorte que presque tous purent être sauvés. A la suite de l'affaire de Haï-Hoa (4 févr. 1885), très peu de blessés succombèrent : « Le docteur de Schuttelaere, attaché au 3e bataillon de la légion, avait, bien que sa place fût à la réserve, obtenu du commandant Schœffer l'autorisation de marcher, au moment de l'attaque, avec les derniers éléments de la compagnie tête de colonne. Pendant que les projectiles, arrivant de toute part, éclaircissaient nos rangs, il se multiplia pour secourir presque tous les blessés de la légion et du bataillon d'Afrique (1). » Au Dahomey, pour donner plus rapidement les premiers soins aux blessés, plusieurs fois les médecins avaient installé un poste de secours volant au centre des troupes formées en carré, les suivaient dans tous leurs mouvements, et pansaient leurs blessés pendant qu'on continuait à se battre autour d'eux.

Le pansement individuel a été très fréquemment employé au Dahomey où il a rendu les plus grands services aux officiers et soldats fréquemment dispersés, et trop éloignés des médecins qui devaient suivre le gros de la colonne. Grâce à ce paquet, de nombreux blessés ont pu être pansés par leur camarades aussitôt la blessure reçue, et en attendant des soins plus éclairés. Un exemple choisi parmi bien d'autres de la campagne de 1892 suffira à montrer les services rendus par le pansement individuel : « Le lieutenant d'état-major Ferradini, en revenant de transmettre un ordre du colonel, tombe la mâchoire fracassée et la langue traversée. Il est seul dans un taillis, l'hémorragie l'étouffe, il voit qu'il va mourir et s'évanouit. Un tirailleur sénégalais qui passait le voit, le relève et l'emporte vers le colonel, heureusement pour le pauvre blessé, la tête en bas. Le sang qui étouffait le malheureux sort, il peut respirer; et quand un de ses camarades, lieutenant comme lui à l'état-major (2), arrive d'une mission qu'il vient de remplir de son côté, il trouve Ferradini assis dans un fossé, tenant de la main gauche sa mâchoire inférieure qui tombe sur sa poitrine... Aidé d'un tambour de la légion, le lieutenant prend son pansement individuel, de l'eau dans un bidon, et fait un pansement rapide au pauvre malheureux (3) qu'un brancard emporte ensuite à l'ambulance (4). »

Si nous avons terminé cette étude par la relation de quelques faits choisis dans notre histoire militaire de ces dernières années, c'est pour bien rappeler à nos confrères de la réserve et de l'armée territoriale que sur le champ de bataille, plus que partout ailleurs, le premier pansement est le plus utile, qu'il y a de ce fait tout intérêt à ce qu'il soit appliqué aussitôt que possible, qu'enfin ces indications peuvent être réalisées seulement par un personnel (1) expert, dévoué, toujours courageux, parfois même héroïque.

(1) Carteron, capit. au 1er zouaves. *Souvenirs de la campagne du Tonkin*, Paris 1891, p. 180. — Le docteur de Schuttelaere fut cité à l'ordre du corps expéditionnaire pour sa belle conduite.

(2) Le lieutenant Vuillemot.

(3) Guéri depuis, après un long séjour au Val-de-Grâce.

(4) *Au Dahomey. Récits de guerre de la campagne de* 1892, tirage à 200 exempl., Nemours 1893, p. 31 et 32.

(1) En campagne, il y a des médecins de réserve et des médecins auxiliaires dans les corps de troupe. Les uns et les autres doivent bien se pénétrer du rôle qu'ils seront appelés à jouer et des postes périlleux autant qu'honorables qu'ils pourront avoir à occuper en cas de guerre.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 7 novembre 1894. — Présidence de M. Championnière.

DISCUSSION SUR LA CYSTOSTOMIE SUS-PUBIENNE

M. Routier a pratiqué cette opération soit pour parer à des phénomènes douloureux, ayant résisté à tous les moyens médicaux, soit pour combattre certains accidents que l'on rencontre dans la rétention chronique.

Contre les phénomènes douloureux, il a eu recours cinq fois à la cystostomie. Un seul de ses cinq malades a succombé. C'était un homme de trente-huit ans, arrivé à la troisième période de la tuberculose et présentant des lésions tuberculeuses multiples. Il est mort, non de l'opération, mais de la marche naturelle de sa maladie. Trois autres malades furent très soulagés après l'opération. Enfin, dans le dernier cas, il s'agissait d'une femme atteinte de tuberculose vésicale qui ne se trouva nullement améliorée par la cystostomie et chez laquelle, dans la suite, M. Routier pratiqua une fistule vésico-vaginale.

Dans les cas de rétention chronique, M. Routier est d'avis de ne recourir à la cystostomie qu'après que tous les moyens ordinaires, y compris la sonde à demeure, ont échoué. Sur sept cas, il a eu trois morts et quatre succès. Dans le premier cas, il s'agissait d'un homme de cinquante-sept ans, atteint de troubles vésicaux chroniques. Il fit l'uréthrotomie interne et, douze jours après, la cystostomie sus-pubienne. Le malade mourut le lendemain. L'autopsie montra l'existence de lésions tuberculeuses multiples et d'abcès rénaux. Dans le second cas, il s'agissait d'un vieillard de soixante-quatorze ans, qui mourut trois jours après l'opération. Enfin, le troisième décès survint chez un homme de soixante-neuf ans, qui ne pouvait plus supporter de sonde à demeure. M. Routier fit la cystostomie et enleva le lobe gauche de la prostate hypertrophiée. Le malade succomba cinq jours après.

Des quatre cas de guérison, l'un a trait à un homme de soixante-cinq ans, présentant des troubles urinaires depuis douze ans. La cystostomie et l'ablation du lobe gauche de la prostate furent suivies d'une amélioration immédiate. Dans le second cas, les troubles urinaires, datant d'un an, se compliquèrent brusquement de rétention d'urine. Même opération que dans le cas précédent; excellent résultat. Le troisième cas est analogue au précédent. Dans le quatrième, il s'agissait d'un homme atteint d'hématuries répétées. La cystostomie permit d'enlever un fibrome de la prostate.

En résumé, la cystostomie est indiquée soit contre l'élément douleur, soit dans les cas d'ancienne rétention. Il ne faut y avoir recours qu'après que tous les autres moyens ont échoué.

M. Polaillon cite l'exemple d'un homme de soixante-douze ans, prostatique, habitué à se sonder, et qui fut pris de rétention d'urine. Il fit une ponction de la vessie. Les accidents ayant reparu le lendemain, il pratiqua la cystostomie. Tous les accidents disparurent. La fistule se ferma spontanément et l'on put recourir ensuite au cathétérisme ordinaire.

M. Tuffier fait observer que la discussion a un peu dévié de son point de départ. Il rappelle qu'il s'agissait uniquement de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques.

Dans les cas de rétention aiguë, le cathétérisme suffira presque toujours et il ne faudra qu'exceptionnellement recourir à la cystostomie. Dans les cas de rétention chronique, quand tous les moyens ordinaires ont échoué, il sera indiqué de recourir à la cystostomie, soit contre l'élément douleur, soit contre les hémorragies, qu'il y ait ou non infection. Quand il y a infection, il faut essayer tous les moyens médicaux et mettre une sonde à demeure. Si l'infection locale est grave et s'il survient des phénomènes généraux, M. Tuffier estime qu'il faut recourir à la cystostomie. Il est une forme de cystite particulière, caractérisée par l'existence de matières glaireuses très épaisses gênant le cathétérisme. Dans ces cas, M. Tuffier a obtenu de bons résultats de l'emploi du fluorure de sodium à 3 où 4 p. 1000. C'est un puissant antifermentescible, dissolvant très bien ces matières glaireuses, mais sans aucune action sur la douleur ni contre les hémorragies.

M. BAZY n'a pas obtenu de bons résultats de la cystostomie dans les cas d'infection aiguë. Dans les cas d'infections chroniques, il est très partisan de l'opération, mais il n'est pas absolument convaincu de sa parfaite efficacité.

L'infection de la vessie peut aussi bien se faire par la fistule sus-pubienne que par le canal uréthral. A l'emploi du fluorure de sodium conseillé par M. Tuffier, M. Bazy préfère l'écouvillonnage de la vessie, suivi de grands lavages à l'aide d'une grosse sonde. Enfin, il estime qu'il n'y a aucun rapport entre l'opération et la diminution du volume de la prostate. Celle-ci a lieu également après un simple cathétérisme, par suite de la diminution des phénomènes inflammatoires.

M. ROUTIER, sur ce dernier point, ne partage pas l'avis de M. Bazy et il pense que la cystostomie est suivie d'une diminution de volume de la prostate que ne donne pas la sonde à demeure.

RAPPORT

Diverticule de Mœckel formant hernie. — M. KIRMISSON fait un rapport sur la présentation faite par M. Broca d'un diverticule de Mœckel qu'il a observé chez un enfant de six mois. La tumeur ombilicale était polypiforme, recouverte par une muqueuse rouge et se continuant par sa base avec la peau. Un stylet permettait de reconnaître qu'il existait une communication avec le péritoine. M. Broca disséqua une collerette de peau, isola le pédicule et constata une communication de la tumeur avec l'intestin. Il fit la section du pédicule et pratiqua une entérorraphie. L'enfant a parfaitement guéri.

COMMUNICATIONS

Hydronéphrose congénitale. — M. MARTIN (de Genève) communique un cas d'hydronéphrose congénitale chez un enfant de deux ans. Ponction donnant issue à 500 grammes de liquide, néphrectomie lombaire suivie de guérison.

Autoplastie d'après la méthode italienne. — M. BERGER présente un malade amputé de la cuisse, chez lequel il a pratiqué une greffe autoplastique par la méthode italienne pour une cicatrice adhérente et ulcérée sur un moignon conique. Le lambeau a été pris sur l'autre jambe.

La séance est levée.

VARIÉTÉS

Souvenirs anecdotiques sur Claude Bernard.

Par M. le docteur CABANÈS.

Claude Bernard vient d'être glorifié à Lyon avec un cérémonial de grand apparat. On a célébré l'illustre physiologiste sur tous les modes, voire même sur le mode ennuyeux. L'œuvre et les travaux du savant ont été convenablement loués par des voix aussi officielles qu'autorisées. Ce serait donc tâche vaine et prétentieuse de s'essayer à fouler des plates-bandes d'où tout gazon a disparu. Mais à côté du Claude Bernard physiologiste et philosophe, il y a un Claude Bernard insoupçonné, ignoré tout au moins du plus grand nombre, dont ceux-là seuls auraient pu, mieux que nous, faire revivre la physionomie, qui avaient vécu dans la familiarité du maître. Peut-être ont-ils pensé, en disciples respectueux, que la mémoire de l'homme, qui leur avait si libéralement distribué les rayons de son génie, ne gagnerait rien à cette évocation et se sont-ils, avec un tact qui les honore, abstenus de nous révéler ces particularités intimes, qui ne grandissent pas une personnalité, dont le buste est assez haut placé, mais qui ont du moins le mérite de lui restituer les proportions auxquelles on ramène, en fin d'analyse, tout membre de notre commune humanité. Nous ne nous reconnaissons pas le droit, et nous ne prétendons pas le revendiquer, si tant est que nous l'ayons, de pénétrer dans le foyer domestique de nos grands hommes, quand ce foyer est encore habité. Nous laisserons à d'autres le soin de trouver que ce n'était pas un spectacle sans intérêt que ce foyer « auprès duquel se réunissaient deux choses si opposées : d'un côté, l'avenir, le progrès, l'esprit élevé de la science, les larges aspirations détachées de tout parti pris ; de l'autre, le passé, l'esprit étroit et dominateur du catholicisme, l'attachement obstiné aux superstitions et à la routine » (1). Nous n'y voulons voir, pour notre compte, que les marques d'un esprit tolérant, qui ne chercha à s'affranchir que le jour où la persécution excéda les bornes assignées à la patience humaine.

La vie du savant est, au reste, si bien remplie, qu'il aspire à la solitude comme à une délivrance. Encore faut-il préciser : Claude Bernard, au dire de ceux qui l'ont approché, avait certes l'exacte perception de sa supériorité, encore s'efforçait-il de son mieux à ne la point exagérer. « Toutes les qualités d'un homme vraiment supérieur, il les possédait : la modestie, l'amabilité, la sincérité dans les opinions, la conscience dans les travaux, le désintéressement le plus magnanime. »

Il aimait la causerie au sens où on l'entendait au dernier siècle, tour à tour grave et folâtre, mais toujours sur le ton de la bonne compagnie. Sa bienveillance d'accueil était toujours égale, qu'il reçût au coin de son feu, dans cette petite chambre à coucher, où il se tenait le soir de préférence, et que sa vieille bonne entretenait avec une propreté toute canonique (2), ou dans le monde, au temps où il aimait à y fréquenter.

Vers 1860, dans une petite maison de Passy, perdue sous un bouquet d'arbres séculaires, vivait dans la retraite un homme dont le cerveau était un répertoire encyclopédique, un de ces bénédictins laïques, dont Littré nous avait conservé le dernier modèle. Jean Bouley n'était pas un de ces érudits égoïstes qui mettent jalousement à l'abri des indiscrets les trésors de leur érudition ; il trouvait, au contraire, sa joie à réunir autour de lui une jeunesse studieuse, qu'il guidait de ses conseils et éclairait des lueurs de son vaste savoir. Chaque semaine, le docte helléniste réunissait à sa table un petit nombre de convives, mais une élite. Là se rencontraient : Renan, à l'ironie fuyante et charmeuse ; Berthelot, le créateur merveilleux de cette chimie synthétique, qui nous donnera, dans un jour qu'on peut espérer proche, la clef des phénomènes de la vie ; Peisse, le médecin philosophe que connaissent bien ceux qui, par métier professionnel, ont vécu comme nous dans le commerce intellec-

(1) JOUSSET DE BELLESME. *Notes et souvenirs sur Cl. Bernard*, 1882.
(2) JOUSSET DE BELLESME. Loc. cit.

tuel de cet esprit d'abondante sève; Chenavard, un artiste génial et un causeur étincelant; Léon Renault, qui laissait déjà pressentir le futur homme d'État; Antony Deschamps, le poète; Alexandre Weill, l'artificier du paradoxe; Henri Bouley, le frère du maître du logis, et enfin Claude Bernard, suivi de son admirateur enthousiaste, de son *alter ego*, Armand Moreau, qui ne devait pas tarder à l'aller rejoindre dans les Champs-Elyséens, pour y continuer sans doute les conversations que la mort seule avait interrompues.

Claude Bernard n'était pas déplacé dans ce cercle de beaux esprits, pas plus du reste qu'il ne l'était au dîner Bixio ou chez Magny, où les propos truculents de Théo Gautier ne l'épouvantaient pas plus que ne l'étonnaient les prophéties terrifiantes de Berthelot, ou la verve grasse et rabelaisienne de Flaubert. Il vient chez Magny avec son air de rêveur accablé, dont le cerveau serait toujours en mal de découvertes, avec « le masque d'un homme qu'on a retiré de son tombeau » (1). Il semble qu'on ait devant soi « le spectre même de la science » (2). Il conte cependant l'anecdote avec charme, mais sobrement, sans éclat. Il poursuit le trait, mais ne vise pas à l'effet. « Du sang, on n'en trouve point — c'est Claude Bernard qui parle — on ne saigne plus du tout! De mon temps, il y en avait des baquets dans les hôpitaux... J'en ai eu besoin dernièrement pour mon cours, je n'ai pu m'en procurer! Et sans un vieux médecin, vous savez, Pasteur? celui qui suit mon cours, je n'en aurais pas eu... Il s'est saigné... Lui, c'est un ancien élève de Broussais. Il continue la tradition, il se saigne à tout bout de champ... Ne me disait-il pas : « Moi, je me saigne tous les jours et j'en « arrose mes fleurs (3)?... » Une autre fois, c'est le récit de ses entrevues avec Patin, qui retarde la réception de Claude Bernard à l'Académie, parce qu'il oublie tous les jours au bas de l'escalier la physiologie que le physiologiste lui a apprise dans son cabinet (4). Il est tout de même intéressant à entendre et agréable à regarder ce Claude Bernard. Il a une si belle tête d'homme bon, d'apôtre scientifique! Puis il a encore un « *On* a trouvé » un *on* si distingué pour parler de ses propres découvertes (5). Ne disait-il pas un jour à l'un de ses élèves : « Je sais bien qu'affirmer est le meilleur moyen de prendre les hommes, aussi bien en science qu'en politique et qu'en toute autre chose, et cependant je n'aime pas affirmer : le doute est l'oreiller du savant (6). » C'était le mot de Montaigne, mais commenté avec quel à-propos! Une autre fois qu'il conversait avec Victor Cousin, et que la conversation roulait sur le problème insoluble, du moins jusqu'à présent, des phénomènes de la vie et sur les rapports de la matière et de l'âme, le physiologiste plaçait prudemment un point d'interrogation à côté de chacune de ses réponses :

« Mais vous ne savez donc rien à fond? s'écria Cousin impatienté.

— Si je savais quelque chose à fond, répondit Claude Bernard, je saurais tout (7). »

Claude Bernard n'était pas seulement un esprit prudent, c'était encore un caractère ferme, répugnant à toutes les bassesses et à toutes les compromissions. L'homme qui apportait chaque matin dans ses poches toute une collection de grenouilles, qu'il avait achetées lui-même pour servir à ses études, se trouvait plus confortablement installé dans son laboratoire étroit et obscur de la Sorbonne que dans les amphithéâtres luxueux dont disposaient ceux qui avaient eu plus d'habileté, plus... de savoir-faire que lui. Et cependant l'occasion s'était bien des fois présentée où il n'aurait eu qu'à faire un signe pour être comblé au delà de ses désirs.

Un jour, Claude Bernard avait été prié à une des soirées de Compiègne. Il était très lié avec la princesse Mathilde, l'invitation n'était donc pas pour le surprendre. Il était, d'ailleurs, à l'époque, déjà très connu par ses découvertes scientifiques, mais celles-ci n'avaient eu guère de l'écho en dehors du monde savant. Il se rend donc à la réception, non sans s'être informé auparavant de l'étiquette des Cours. Il y avait bien une diable de culotte et une épée à poignée de nacre, qu'il eût voulu laisser à la porte, mais le protocole exigeait cette tenue; force était bien de s'y soumettre. L'empereur, qui avait vaguement entendu parler du savant, s'approche de lui et, avec une bonne grâce exquise, avoue son ignorance de la physiologie et demande qu'on l'en instruise. Il est à croire que Claude Bernard sut charmer son souverain par la lucidité et l'agrément de son exposition, car, à la stupéfaction générale, l'entretien se prolongea pendant près de deux heures.

« Que désirez-vous? dit à la fin Napoléon III. Je serais vraiment trop heureux de vous obliger.

— Pour moi rien, répliqua le modeste grand homme, mais la science que je représente a besoin de votre appui et je vous garderai de la gratitude de ne le point oublier. »

Quelque temps après, le ministre de l'Instruction publique, M. Duruy, allait trouver Claude Bernard et lui demandait ce qu'il désirait. Le physiologiste réclama... un préparateur!

« Avant d'entrer au laboratoire, laissez votre imagination avec votre paletot au vestiaire, disait un jour Cl. Bernard à Paul Bert, mais reprenez-la en sortant. » Il aurait pu ajouter, si la recommandation n'en avait été inutile : gardez avec vous tout votre sang-froid et votre courage. Mais le courage, l'héroïsme même ne sont-ils pas la monnaie courante des hommes de science? Et l'anecdote suivante vaut-elle vraiment la peine d'être rappelée?

Le docteur Rayer venait de découvrir que la plus terrible maladie du cheval, la morve, se transmet à l'homme qui le soigne. Bernard voulut étudier de près la nature du mal. Dans une convulsion suprême, le cheval lui déchire le dessus de la main, le couvre de sa bave. — « Lavez-vous vite, lui dit Rayer, qui était à côté de lui. — Non, ne vous lavez pas, lui dit Magendie, vous hâteriez l'absorption du virus. » Il y eut une seconde d'hésitation. — « Je me lave, dit résolument Bernard en mettant la main sous la fontaine, *c'est plus propre*. »

Claude Bernard était aussi peu médecin que possible, disait Renan, à qui nous devons l'anecdote qu'on vient de lire; il était sceptique à l'égard de l'autel qu'il desservait.

N'est-ce pas, au contraire, l'attestation d'une foi robuste dans le but de l'œuvre poursuivie, que cette tranquillité sereine à manier les plus redoutables poisons, sans autre souci que la préoccupation d'arracher à la nature une parcelle des mystères qu'elle recèle dans ses flancs?

(1) *Journal des Goncourt*, t. III, p. 200.
(2) *Idem*, t. III, p. 249.
(3) *Idem*, t. V, p. 163.
(4) *Idem*, t. III, p. 295.
(5) *Idem*, 1872-1877, p. 163.
(6) Dr Janicot. *Varia*, 1879.
(7) Dr Janicot. Loc. cit., p. 8.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le professeur Laboulbène commencera le cours d'histoire de la médecine et de la chirurgie, le samedi 17 novembre 1894, à quatre heures (petit amphithéâtre), et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure. — Dans la première leçon, le professeur exposera la biographie et les œuvres de Galien.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1894

à une heure et demie, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, à l'adjudication, au rabais, et sur soumissions cachetées, en 57 lots, des fournitures *de substances pharmaceutiques et produits chimiques*, nécessaires au service de la Pharmacie centrale des Hôpitaux pendant l'année 1895.

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, nº 3, tous les jours non fériés, de 10 heures à 4 heures.

N° 132. — JEUDI 15 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 15 NOVEMBRE 1894. — N° 132.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Poncet (de Lyon) a fait une communication sur la résection, à froid, de l'appendice vermiculaire dans les cas d'appendicites chroniques à rechutes. Les résultats que lui a donnés cette opération sont des plus encourageants, puisque, sur six interventions, il compte six succès définitifs. Une seule réserve est à faire pour ce mode d'intervention, c'est la question des adhérences pouvant entraîner des manœuvres plus ou moins dangereuses. Sur tous ces points, M. Poncet se trouve d'accord avec la plupart de ses collègues de la Société de chirurgie, où a été longuement discutée cette intéressante question des appendicites et de leur traitement.

Après un rapport de prix de M. Hallopeau, la parole a été donnée à M. Maurel (de Toulouse) pour la lecture d'un travail sur le mécanisme de la mort dans l'intoxication par la cocaïne, puis l'Académie s'est formée en comité secret pour entendre le rapport de M. Berger sur les titres des candidats pour la section de médecine opératoire. La liste de présentation a été arrêtée ainsi qu'il suit : en première ligne, M. Lucas-Championnière; en deuxième ligne, M. Reclus; en troisième ligne, M. Delens; en quatrième ligne, M. Ch. Monod; en cinquième ligne, *ex æquo*, MM. Delorme et Pozzi.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE

Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës (1).

Par le docteur Phocas,
Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

I

Nous venons d'examiner devant vous un enfant qui entre dans le service pour une *luxation de la hanche*. Cette luxation offre des particularités cliniques importantes qui méritent d'attirer votre attention. Il ne s'agit pas, en effet, d'une luxation ordinaire traumatique ou d'une luxation à la suite d'une coxalgie, mais d'une luxation subite, spontanée, pathologique, qui est survenue à la suite d'une fièvre typhoïde.

Voici d'abord l'observation :

Il s'agit d'un enfant âgé de neuf ans, demeurant à Canteleu. Les antécédents héréditaires sont les suivants : La mère est atteinte de lupus de la face. Le père est mort d'une maladie inconnue. Il a deux autres frères qui sont âgés de quatorze et de dix ans. Les deux autres enfants se portent bien.

Les antécédents personnels sont pleins d'intérêt. Cet enfant est venu au monde bien conformé, mais au moment de la dentition, il eut des convulsions à la suite desquelles on a vu survenir une paralysie infantile. Cette paralysie s'est cantonnée principalement du côté gauche et, depuis ce moment, le membre inférieur gauche est resté impotent. Nous allons voir tout à l'heure que la nouvelle affection pour laquelle il nous consulte s'est justement abattue du côté opposé, du côté *valide*.

Il y a trois mois, une épidémie de fièvre typhoïde est apparue dans la famille. Deux enfants et leur mère sont alités, et on les transporte tous les trois à l'hôpital. Tous les trois guérissent et, au retour, quand sa mère a voulu transporter chez elle notre petit malade, l'enfant se plaignit d'avoir des douleurs insupportables du côté de la hanche droite. Ces douleurs l'empêchent de marcher, puisqu'elles occupent justement le côté sain, le côté qui fonctionnait le plus dans la marche.

Nous n'avons pu avoir d'autres renseignements et sur le point de savoir de quelle façon le transport du malade eut lieu de l'hôpital chez lui, nous ne savons rien. Mais les douleurs de la hanche paraissent avoir précédé le transport du malade.

A cette heure, les douleurs sont encore assez vives pour empêcher la station debout et la marche. C'est sur les bras que l'enfant nous est amené.

Nous l'examinons donc dans le décubitus horizontal et nous constatons immédiatement une déformation très accentuée de la hanche droite. A ce niveau, le grand trochanter fait une forte saillie en dehors; le membre tout entier est dans une attitude vicieuse, la hanche remontée, la cuisse en rotation interne et en adduction; le pied du côté droit en rotation externe et reposant sur le pied du côté opposé, la rotule regardant en dedans, tout le membre inférieur paraissant fortement raccourci.

L'enfant tout entier se tourne à gauche, le genou reste fléchi et, du côté des lombes, une forte cambrure lombaire se dessine quand on essaye de redresser le membre, ce qui

(1) Extrait des *Leçons cliniques de chirurgie orthopédique* de M. Phocas devant paraître prochainement chez Baillière.

provoque des grandes douleurs et montre une flexion de la cuisse sur le bassin.

Le raccourcissement du membre est le suivant : de l'épine iliaque antéro-supérieure à la malléole externe, on trouve 63 centimètres du côté sain et 59 centimètres du côté malade.

L'idée de luxation de la hanche nous vient immédiatement dans l'esprit et nous recherchons les rapports de la ligne de Nélaton avec le grand trochanter. La cuisse étant légèrement fléchie, nous menons donc une ligne qui réunit l'épine iliaque antéro-supérieure droite avec l'ischion du même côté et cette ligne passe au-dessous du sommet du grand trochanter, à 2 centimètres et demi.

Dès lors, il n'est pas douteux qu'il s'agit d'une luxation. Pour nous assurer davantage, nous pratiquons la palpation du pli de l'aine et nous n'y trouvons pas la résistance osseuse que donne la présence de la tête fémorale.

Nous tombons au contraire dans une dépression. En arrière, du côté de la fesse, on sent, en imprimant des mouvements de rotation à la cuisse saisie au niveau du genou, une saillie osseuse, ronde, assez grosse, qui ne peut être que la tête fémorale. A ce niveau, les mouvements provoquent quelques craquements.

Les mouvements spontanés sont nuls.

Pour remuer la jambe, l'enfant rampe sur le lit à l'aide du talon et arrive de la même façon à fléchir la jambe et un peu la cuisse, mais il ne peut l'étendre.

Les mouvements communiqués sont les suivants : En mettant la main sur l'épine iliaque et en imprimant avec l'autre main des mouvements à la cuisse, on arrive à la fléchir sur le bassin. L'adduction peut être exagérée. Mais l'abduction peut être limitée et devient bientôt impossible.

Si l'on essaie de tenir l'enfant debout, il fléchit rapidement les deux cuisses, surtout celle du côté gauche (côté primitivement malade).

La palpation de la hanche droite paraît assez douloureuse.

Le côté gauche, avons-nous dit, avait été atteint de paralysie infantile. Aussi, le membre supérieur gauche est atrophié et on peut se faire serrer la main avec la main droite, tandis que la main gauche est tout à fait impotente.

Le pied gauche ne peut atteindre l'angle droit. Il existe là un léger équinisme.

Au niveau des membres inférieurs, on ne constate pas à cette heure d'atrophie. La circonférence de la cuisse mesure 30 centimètres de chaque côté. Mais comme le côté gauche était primitivement atrophié à la suite de la paralysie infantile, je suppose que l'atrophie existe.

Le diagnostic n'était pas douteux. Il s'agit bien d'une luxation spontanée, survenue dans le cours d'une fièvre typhoïde, mais l'observation devient plus intéressante à cause de cette paralysie infantile qui existait avant la fièvre typhoïde du côté opposé. Nous verrons tout à l'heure ce que nous devons penser de cette circonstance, et nous verrons si nous pouvons l'utiliser pour nous rendre compte de la pathogénie de cette luxation.

Tout dernièrement, j'ai eu l'occasion d'observer un fait analogue, dans la clientèle de notre excellent confrère, le docteur Messéant (de Thumhil), auquel je dois les quelques notes concernant l'histoire de ce malade. Il s'agissait d'un enfant de cinq ans, que Messéant fut appelé à soigner vers le milieu de novembre dernier. Un mois auparavant cet enfant est tombé et, depuis, il conserva un peu de gêne du membre avec effacement de la fesse, abaissement du pli fessier du côté droit et flexion de la cuisse.

Le médecin plaça le membre dans l'extension continue et l'immobilisa dans cette position pendant deux mois; puis il enleva l'appareil et l'enfant recommença à marcher avec des béquilles pendant environ trois semaines. C'est alors qu'il fut pris d'une fièvre typhoïde qui l'obligea de garder le lit, et c'est environ vers le dix-huitième jour que le malade se luxa spontanément.

C'est alors que je fus appelé à voir en consultation cet enfant. Je constatai l'existence d'une luxation iliaque de la hanche, que je qualifiai de spontanée et que je réduisis d'ailleurs assez facilement sous le chloroforme. J'ai placé un appareil plâtré et un poids de 2 kilogrammes faisant extension.

La fièvre continuait toujours, et le malade resta immobilisé ainsi pendant trois semaines. Mais à cette époque, un immense abcès vint proéminer du côté du creux poplité et nécessita des pansements pendant trente-deux jours.

Au bout de ce temps, l'articulation fut immobilisée de nouveau, dans la bonne position. La luxation est restée réduite et l'articulation de la hanche paraît ankylosée.

Cette seconde observation offre quelques points communs avec la première :

Il s'agit encore ici d'une luxation iliaque de la hanche, survenant dans le cours d'une fièvre typhoïde. A s'en tenir là, les deux observations sont analogues. Mais les dissemblances se dessinent quand on veut bien aller plus loin.

Dans le premier cas, la hanche qui a subi une luxation subite était saine auparavant, et l'enfant pouvait marcher.

Dans le second, il y a un passé pathologique du côté de la hanche, qui a subi un traumatisme et qui a offert les signes d'une coxalgie. Cette coxalgie était en voie d'amélioration quand elle fut surprise par une fièvre typhoïde qui a déterminé de ce côté une exaspération des phénomènes pathologiques, une luxation d'abord, un abcès ensuite.

On pourrait penser à rattacher tous les phénomènes articulaires, ainsi que les phénomènes typhiques, à une ostéomyélite aiguë. Je regrette cependant cette interprétation, parce que les phénomènes articulaires ont précédé de trois mois environ l'éclosion des phénomènes généraux et qu'il n'est pas dans les habitudes de l'ostéomyélite de se comporter ainsi, sans compter que la fièvre typhoïde était très nette.

On pourrait croire à une ostéomyélite de la fièvre typhoïde; cette dernière hypothèse peut être vraie, mais elle ne change en rien l'étiquette de notre observation et l'idée que nous nous sommes faite de la succession des phénomènes pathologiques.

Retenons donc les caractères communs de nos deux observations. Une luxation iliaque se produisant dans le cours d'une fièvre, et étudions en quelques mots les faits analogues cités par les auteurs.

Cela nous sera d'autant plus facile qu'un de mes amis et confrère, M. le docteur Champenois, a pris, sur mon conseil, comme sujet de thèse, les *Luxations subites dans le cours de certaines maladies aiguës* (1).

C'est dans le cours de la fièvre typhoïde, du rhumatisme articulaire et de la scarlatine, qu'on a noté des luxations subites.

Bien que ces luxations fussent connues dès la plus haute antiquité et expliquées par Hippocrate par une hydropisie de l'articulation, ce n'est que depuis le mémoire de M. Verneuil (2), que son histoire commence à être bien connue. A la suite de la communication de M. Verneuil, M. Delens (3)

(1) CHAMPENOIS. Th. de Lille, 1894, n° 68, 4e série.
(2) VERNEUIL. *Bull. de la Soc. de chir.*, 31 oct. 1883.
(3) DELENS. *Bull. de la Soc. de chir.*, 7 nov. 1883.

cita également deux faits de luxation de la hanche survenus dans le cours d'une fièvre typhoïde, Gueterbock et Sonenburg ont publié tour à tour sur cette variété de luxation des mémoires importants dans les *Archives de Langenbeck*.

Forgue et Maubrac, dans leur mémoire de 1886, ont étudié des luxations pathologiques, en insistant surtout sur la pathogénie.

M. Raymond Sainton (1) a étudié à son tour les faits de cette nature en prenant comme point de départ une observation inédite de M. Kirmisson, et il a insisté sur le pronostic et le traitement. Enfin M. Kirmisson (2), rapportant une intéressante observation de M. Hartmann, a fait une substantielle étude de ces luxations.

Dans le cours de la *fièvre typhoïde*, ces luxations ont été vues par A. Cooper et Rayer. On n'est pas d'accord sur leur fréquence, car Gueterbock, qui les a étudiées, les croit rares. Kenn a pu rassembler 30 cas de luxations (27 à la hanche, 2 fois à l'épaule et 1 au genou).

Dans les dix observations que M. Champenois a pu rassembler, presque tous les sujets étaient jeunes, le plus âgé avait dix-neuf ans et le plus jeune cinq ans. La hanche droite est plus souvent prise, et c'est en général pendant la convalescence que la luxation s'est produite. Les causes adjuvantes ont été la faiblesse et l'épuisement des sujets, la maigreur, l'émaciation musculaire. Nos deux observations sont intéressantes à cet égard, parce que, dans les deux cas, il y avait un passé pathologique. L'un de nos malades a eu à souffrir de paralysie infantile; l'autre avait déjà eu une arthrite de la hanche.

Les articulations musculaires préexistaient donc à la fièvre typhoïde, maladie qui provoque par elle-même des altérations musculaires (luxations myopathiques de Strembel). Il faut ajouter que la fièvre typhoïde est susceptible de provoquer une ostéomyélite (ostéomyélite typhique) avec lésions articulaires. Il n'est pas impossible qu'une de nos observations reconnaisse cette origine.

Ce qui caractérise les luxations de la fièvre typhoïde, c'est leur début insidieux, si insidieux que la luxation passe souvent inaperçue et qu'on s'aperçoit par hasard de son existence quand elle est déjà constituée, comme dans une observation de Delens. L'absence des douleurs et la constatation inopinée de la luxation sont des faits caractéristiques de cette luxation, bien que parfois des douleurs intenses et vives ont été notées du côté de la hanche.

Une autre particularité de ces luxations est qu'elles s'accompagnent rarement de suppuration.

Notre seconde observation fait exception à la règle, mais il s'agissait là d'une hanche déjà malade.

Enfin, le pronostic de ces luxations est en général bénin, et la réduction a été obtenue quand on a cherché à l'obtenir.

ÉPITHÉLIOMA PRIMITIF DE L'URÈTHRE

ÉMASCULATION TOTALE (3)

Par M. le docteur ALBARRAN,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris,
Chirurgien des hôpitaux.

Un homme de quarante-trois ans, qui n'avait jamais eu de blennorragie ni de traumatisme antérieur, commença, il y a quatre ans, à présenter de la gêne dans la miction : dix mois après il se forma une fistule à l'extrémité postérieure de la région dorsale de la verge. L'enflure de la verge s'étendit au scrotum et sur la tumeur s'ouvrirent plusieurs autres fistules, par lesquelles s'écoulait presque toute l'urine pendant la miction.

Il y a trois mois, lorsque je vis ce malade, il présentait une tuméfaction énorme de la verge et de la partie antérieure du scrotum, sur lequel s'ouvraient de nombreuses fistules donnant passage à de l'urine et à du pus sanieux, une de ces fistules avait un large orifice et paraissait creusée dans un tissu sphacélé, les autres ressemblaient à des fistules urinaires simples. Au niveau du périnée la peau était saine, mais on sentait profondément une énorme induration englobant l'urèthre périnéal jusqu'au delà du scrotum. Un petit explorateur introduit dans l'urèthre montra toute la portion antérieure du pénis rétrécie vers le tiers postérieur de la verge, l'explorateur tombait dans des anfractuosités plus larges et n'avançait plus. L'exploration fit saigner abondamment l'urèthre. Au microscope on constata dans le pus qui s'écoulait par les fistules de nombreuses cellules épithéliales pavimenteuses. Les deux aines présentaient de nombreux ganglions. Je portai le diagnostic cancer de l'urèthre, et comme le malade avait de la fièvre, qu'il vidait incomplètement sa vessie, et que je trouvai dans la masse morbide des clapiers contenant du pus et des débris sphacélés, je fis d'abord des incisions au thermocautère, pour combattre l'infection urinaire. La fièvre disparut et cinq jours après je pratiquai l'émasculation totale, enlevant la verge, les deux testicules et presque tout l'urèthre périnéal; je suturai à la peau l'orifice de ce qui restait du canal et mis une sonde à demeure dans la vessie. Presque toute la plaie fut suturée et se réunit par première intention, seule la partie médiane, où je laissai quelques pinces sur la racine du corps caverneux, fut laissée sans sutures. Les ganglions des deux aines furent enlevés. Depuis trois mois que l'opération est faite il n'y a pas trace de récidive. Le malade a engraissé et repris son travail. L'apparence actuelle des organes le fait ressembler, d'une manière frappante, à une femme. Il retient ses urines comme à l'état normal. L'examen de la pièce montre un épithélioma pavimenteux corné, développé aux dépens de l'épithélium de la muqueuse uréthrale.

J'ai pu réunir huit autres observations d'épithélioma primitif de l'urèthre avec examen histologique. Ce sont les observations de Guyon et Guyard, Thiersch, Schustler, Mikulicz et Trzebiski, Witzenhausen (2 cas), Oberländer et celle de Beek. Leur étude et celle de mon observation personnelle me permettent de résumer l'histoire du cancer primitif de l'urèthre.

L'épithélioma de l'urèthre se développe, la plupart du temps, chez des rétrécis blennorragiques (sauf dans mon cas), dans un âge qui a varié de quarante-trois à soixante-douze ans. Il s'agit d'un épithélioma pavimenteux qui naît de l'épithélium de la muqueuse et peut-être des glandes, ayant son siège d'élection dans les portions scrotale et périnéale du canal. Faisant d'abord saillie dans l'intérieur du canal qu'il rétrécit, le néoplasme infiltre ensuite l'urèthre, le détruit, s'étend aux tissus voisins et forme une tumeur volumineuse sur laquelle s'ouvrent des fistules. Ces fistules sont dues, pour la plupart, à l'infection urinaire surajoutée au néoplasme, quelques-unes à la destruction progressive des tissus envahis. Presque toujours on a confondu ces

(1) R. SAINTON. *Rev. d'orthop.*, 1892, p. 354.
(2) KIRMISSON. *Bull. et Mém. de la Soc. de chir.*, 1894, p. 203.
(3) Communication faite à l'Association française de chirurgie.

épithéliomas avec de simples rétrécissements blennorragiques, compliqués d'abcès et de fistules. On peut éviter l'erreur en tenant compte des caractères suivants : dans certains cas, absence de blennorragie et de traumatisme uréthral. Spontanément ou par l'exploration de l'urèthre avec des instruments souples, on peut observer d'abondantes uréthrorragies. Parmi les fistules, on en trouve souvent qui présentent un aspect insolite et sont largement ulcérées; l'étude microscopique du liquide qui sort des fistules est très important, car on peut y trouver d'abondantes cellules épithéliales. L'explorateur olivaire montre un urèthre rétréci et arrive dans une cavité anfractueuse. Si le calibre de l'urèthre le permet, on peut *de visu* faire l'examen de la tumeur à l'aide de l'endoscope et en enlever des fragments pour l'examen histologique. Enfin, l'examen des ganglions de l'aine peut beaucoup aider le diagnostic.

Jusqu'à présent on n'a fait d'autre opération complète que celle d'Oberländer : la tumeur étant limitée, il réséqua largement une partie de l'urèthre et enleva les ganglions inguinaux; six mois après son malade allait bien. J'ai eu affaire à un cas beaucoup plus avancé, j'ai fait l'émasculation totale avec uréthrostomie périnéale et extirpation des ganglions; il y a de cela trois mois et mon malade reste guéri. Ces deux observations doivent encourager à faire de larges ablations, mais avant d'entreprendre ces grandes opérations il faudra, pour que le malade puisse les supporter, soigner l'infection urinaire, si les accidents qu'elle détermine sont sérieux; pour cela, on aura recours soit au débridement des clapiers, soit à la cystostomie sus-pubienne.

REVUE DE LA PRESSE

Anophtalmie congénitale double. — M. Massen a communiqué, à la Société d'obstétrique et de gynécologie de Saint-Pétersbourg, le cas d'une femme de trente-huit ans, multipare bien portante, ayant accouché d'une enfant qui avait les paupières très indurées et en entropion tel qu'il était impossible de les ouvrir; on ne sentait pas, à travers elles, les globes oculaires. Sous le chloroforme, on a constaté l'absence complète d'yeux; l'orbite était tapissée d'une membrane injectée et plissée. Quand l'enfant pleurait, il y avait sécrétion assez abondante de larmes. L'enfant est bien portante et se développe convenablement.

M. Massen rappelle à ce sujet que, d'après Rose, les cas d'anophtalmie observés sur des monstres mort-nés ou morts bientôt après la naissance, peuvent être divisés en trois catégories : *a.* absence de l'appareil de protection externe (paupières et ses parties constituantes); *b.* absence du globe oculaire; *c.* absence du globe et des paupières. L'examen de l'encéphale a démontré, dans ces cas, des anomalies multiples. Chez l'adulte, bien développé en dehors de ce point, on ne peut évidemment pas rattacher l'anophtalmie à une de ces malformations du chiasma, des deuxième et troisième paires, etc. ; mais les auteurs ont essayé de rattacher ces cas à une syphilis des parents, à la consanguinité, etc. Le défaut peut être dû : 1° soit à ce que, par suite de l'anomalie du développement, l'œil ne s'est pas formé; 2° soit à ce que l'œil déjà formé a subi des processus morbides, car souvent on trouve, à la place d'un ou des deux yeux, des formations kystiques qui peuvent, par dégénérescence, disparaître complètement. L'entropion serait, pour M. Massen, un de ces processus. (*Ejenedelnik*, n° 11, 1894.)

Accouchement trigémellaire. — M. Prokopieff publie un cas d'accouchement trigémellaire, intéressant par le fait de fécondation simultanée de deux œufs pendant la même période d'ovulation; l'un de ces œufs contenait deux embryons. L'accouchement a eu lieu huit semaines avant le terme et les enfants, par leurs poids et leurs dimensions, correspondaient à la durée de la gestation; c'est donc une preuve nouvelle que, dans la grossesse multiple, l'accouchement se fait avant le terme. (*Rousskaïa Medicina*, n°s 5 et 6, 1894.)

Diagnostic des échinocoques des organes du bassin chez la femme. — M. Schmidt étudie dans sa thèse (Halle, 1893), tous les cas connus jusqu'à présent d'échinocoques du pelvis. Les femmes semblent en être plus souvent atteintes. L'ovaire est le seul organe pelvien qui n'en soit pas atteint primitivement. L'auteur donne les règles suivantes pour le diagnostic des hydatides du pelvis avec les autres affections des mêmes organes :

1° Le diagnostic d'échinocoques est probable si on trouve dans le bassin une ou plusieurs tumeurs lisses, tendues, élastiques, peu mobiles, non douloureuses à la pression, si on sent à côté d'elles les ovaires, si l'accroissement de la ou des tumeurs était lent et graduel, sans fièvre ni douleurs, sans amener la cachexie malgré leur volume; 2° la tumeur est probablement formée par des hydatides si elle siège entre le rectum et l'utérus, si, en même temps, les fonctions génitales ne sont pas entravées, si l'on trouve des tumeurs analogues dans d'autres organes, si la malade a déjà eu des ecchynocoques et si elle était souvent en contact avec des chiens; 3° la probabilité devient une certitude si l'on perçoit le frémissement; 4° le jugement définitif n'est possible que lorsque le liquide de la tumeur ouverte au dehors ou obtenu par ponction contient des particules caractéristiques de l'échinocoque. (*Gaz. hebd. méd. de la Russ. mérid.*, n° 12, 1894.)

Administration des médicaments dans le choléra. — M. Sotschava recommande vivement l'administration des médicaments aux cholériques, surtout aux enfants, sous forme de glace (la congélation s'obtient facilement en mettant le médicament dans une éprouvette qu'on plonge dans un mélange de glace et de sel marin). Les malades prennent ainsi très volontiers les médicaments même les plus désagréables, car leur goût se perd sous cette forme. (*Gaz. heb. méd. de la Russ. mérid.*, n° 10, 1894.)

Traitement ambulatoire des fractures des membres inférieurs. — Le professeur Krause recommande beaucoup l'appareil qu'il a inventé, en 1887, quand il était encore assistant de Volkmann, et qu'il a depuis employé avec succès dans plus de 200 cas de fractures ou d'ostéotomies des membres inférieurs. Il dit que, pour permettre au blessé ou à l'opéré de marcher quelques jours après l'accident, en s'appuyant sur le membre atteint, l'appareil doit s'appliquer exactement à toute la surface de l'os, être le moule exact du membre et n'exercer aucune pression en aucun point (sinon les malades ne peuvent pas le supporter). Aussi Krause fait-il l'appareil comme le corset de Sayre, en appliquant une bande de tarlatane sèche sur le membre (deux couches et par-dessus celles-ci une bande plâtrée).

Cette combinaison de bande sèche et de bande humide donne à l'appareil une certaine élasticité et en même temps le rend très solide. Le malade garde le lit un ou deux jours pour laisser à l'appareil le temps de sécher complètement et pour s'assurer qu'il ne le gêne pas; ensuite, le malade marche en s'appuyant d'abord sur un bâton ou « le banc de Volkmann » (?), ensuite sur ses membres. La douleur perçue quelquefois au niveau de la fracture disparaît, en général, assez vite. Quelquefois il y a un peu d'œdème des

orteils qui se produit également lorsque le malade est assis et qui disparaît par le repos au lit; pour l'éviter, il faut recommander au malade de donner au pied une position élevée quand il s'assoit. Avec une chaussure appropriée, on peut même permettre au malade les promenades. Krause explique la possibilité de marcher par ce fait que l'appareil, se moulant exactement sur toutes les saillies de l'os, supporte tout le poids du corps, même sans prendre un point d'appui sur le bassin.

Lorsqu'il y a peu de gonflement et peu de déplacement, Krause applique l'appareil soit immédiatement, soit un ou deux jours après; s'il y a des complications, il les laisse d'abord se dissiper. S'il y a des ecchymoses considérables, il les fait rapidement disparaître en appliquant, chaque matin, la bande élastique et en faisant, dès le deuxième ou troisième jour, le massage; trois ou quatre jours après, l'appareil est appliqué. Les avantages de cette méthode consistent en ce que les malades ne sont pas confinés au lit; pendant la marche, la nutrition du membre se fait mieux, le cal se forme plus rapidement et toute la durée du traitement se trouve diminuée de beaucoup. De plus, l'ankylose et la sensibilité de la jointure sont bien moindres, le relâchement des ligaments du genou, qu'on observe après son immobilisation, ne peut avoir lieu ici, puisque les muscles non atrophiés conservent assez de force pour permettre, pendant la marche sans appareil, le maintien de la jointure dans une position normale. (*Munchener Med. Woch.*, n° 8, 1894.)

Sclérose des parois intestinales à la suite d'étranglement herniaire. — M. Nikiforoff a observé trois cas de rétrécissement de l'anse intestinale après étranglement herniaire; le rétrécissement occupait une longueur de 5 à 11 centimètres; au delà, l'anse était tiraillée et hypertrophiée. A l'examen microscopique, on a constaté un développement considérable du tissu conjonctif remplaçant presque complètement les autres éléments anatomiques de la paroi intestinale; à la place de la muqueuse, il n'y avait aussi que du tissu conjonctif, sans trace d'épithélium. Le diagnostic de cette complication sera basé sur les anamnésiques, les douleurs continues dans le bas-ventre augmentant après une nourriture indigeste, l'émaciation progressive du malade et parfois une tumeur élastique, tantôt augmentant, tantôt diminuant de volume. (*Chir. Lielop.*, 1893.)

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 13 novembre 1894. — Présidence de M. Rochard.

COMMUNICATION

Résection à froid de l'appendice vermiculaire. — M. PONCET (de Lyon) fait une communication sur la résection à froid de l'appendice vermiculaire dans les appendicites chroniques à rechutes. Il rapporte six observations dans lesquelles la guérison a été rapide et définitive.

Partisan de l'intervention précoce dans toute appendicite aiguë, M. Poncet considère la laparotomie iliaque, avec ou sans résection de l'appendice, comme le seul traitement curatif de l'appendicite à rechutes. La résection ne doit être pratiquée que lorsque les manœuvres de libération de l'organe malade ne sont pas dangereuses, ce dont le chirurgien ne peut se rendre compte que dans le cours de l'opération.

Ainsi subordonnée à la gravité des manœuvres nécessitées par les adhérences, la laparotomie iliaque, avec ou sans ablation de l'organe malade, est une opération innocente.

La réunion par première intention, chez les six opérés de M. Poncet, a donné un résultat parfait, sans tendance à l'éventration.

LECTURE

Mécanisme de la mort dans l'intoxication par la cocaïne. — M. MAUREL (de Toulouse) a étudié l'action de la cocaïne sur les petits vaisseaux et les leucocytes. Elle agit sur les petits vaisseaux en les dilatant, et sur les leucocytes en les paralysant : les leucocytes ainsi paralysés prennent la forme sphérique.

M. Maurel a constaté que la sensibilité d'un animal est proportionnelle à celle de ses leucocytes au même médicament, et que la quantité de cocaïne qui donne la mort à un animal répond exactement à celle qui est suffisante pour paralyser ses leucocytes.

Quant au mécanisme même de la mort par la cocaïne, il semble différent, suivant que la dose toxique est forte et absorbée par la voie stomacale, ou bien faible et injectée par voie sous-cutanée et dans les veines.

Dans le premier cas, la cocaïne agit directement par son action sur les vaisseaux et les leucocytes.

Dans le second cas, elle agit en paralysant localement les leucocytes au point de l'injection. Ces leucocytes, devenus sphériques, forment embolies, et ce sont les embolies qui sont la cause directe de la mort. L'injection dans les artères ne produit pas les mêmes effets, et M. Maurel a pu injecter impunément, par kilogramme d'animal, 10 centigrammes de cocaïne dans les artères. C'est qu'alors les embolies sont arrêtées par les capillaires.

M. Maurel a vérifié que la quinine agit de même que la cocaïne.

L'Académie se forme en comité secret.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 11 novembre 1894, M. Bellard, médecin de deuxième classe de la marine, est promu au grade de médecin de première classe.

— Par arrêté ministériel, en date du 7 novembre 1894 :

Article premier. — Une session d'examen pour le diplôme de chirurgien-dentiste s'ouvrira au mois de décembre 1894, à la Faculté de médecine de Paris. La date de l'ouverture de la session sera fixée par le doyen de la Faculté.

Art. 2. — Sont seuls admis à se présenter à cette session : 1° pour les trois examens, les dentistes inscrits au rôle des patentes au 1er janvier 1893, les candidats qui justifient d'un cours régulier d'études dans une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893; 2° pour les derniers examens, les dentistes de nationalité française inscrits au rôle des patentes antérieurement au 1er janvier 1889; 3° pour le deuxième examen, les dentistes pourvus antérieurement au 1er novembre 1893 d'un diplôme délivré par l'une des écoles d'enseignement dentaire existant en France, à la date du 25 juillet 1893.

Art. 3. — Les candidats se feront inscrire au secrétariat de la Faculté de médecine aux dates fixées par le doyen de la Faculté. Ils produiront les pièces énumérées dans l'arrêté du 23 mars 1894. A ces pièces les candidats élèves des écoles dentaires visés à l'article 2 du présent arrêté devront joindre un certificat constatant qu'ils ont accompli dans l'une des écoles dentaires des études complètes et régulières ; à ce certificat sera joint un extrait des registres de l'école indiquant les dates d'entrée, d'inscription, etc.

Art. 4. — Les candidats consigneront les droits d'examen, de certificat d'aptitude et de diplôme fixés par le décret du 14 février 1894.

Il sera fait remboursement aux candidats ajournés des droits de certificat et de diplôme.

ART. 5. — Les candidats ajournés ne pourront subir de nouveau les épreuves qu'à une session ultérieure.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — Les prix suivants ont été décernés, pour 1893-1894, aux élèves de l'École principale du service de santé de la marine.

Prix de la Faculté : deuxième année, M. Laffay, médaille d'argent et 100 francs de livres. — Troisième année, MM. Degroote, médaille d'argent et 185 francs de livres; Mathis, mention très honorable; Chemin, mention honorable. — Quatrième année, M. Thibondeau, médaille d'argent et 185 francs de livres.

Prix Godard : MM. Lasnet et Ziégler, médaille de bronze *ex-æquo.*

— *École de médecine de Limoges.* — La chaire d'hygiène et de thérapeutique est supprimée.

Il est créé une chaire d'histologie.

— *Congrès français de chirurgie.* — Dans sa séance du 24 octobre 1894, le Conseil d'administration a nommé à l'unanimité vice-président du conseil M. le professeur Guyon, de l'Institut. (Art. 3 des statuts.)

Dans cette même séance, le Conseil a décidé que le prochain Congrès, fixé au mois d'octobre 1895 par l'Assemblée générale, commencerait le troisième lundi de ce mois.

Dans sa séance du 7 novembre, le Conseil a mis à l'ordre du jour du prochain Congrès les deux questions suivantes :

1° Chirurgie du poumon (la plèvre exceptée);

2° De l'intervention opératoire précoce ou tardive dans les solutions de continuité des os (le crâne excepté).

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Cochiarallo (de Saint-Frajou) et Louis-Eugène d'Heurle (de Paris).

— *Faculté de médecine de Paris.* — STAGE HOSPITALIER; ENSEIGNEMENT DES STAGIAIRES. — Voici les services dans lesquels seront classés les stagiaires, du 1er décembre 1894 au 1er mars 1895 :

I. Services réservés aux stagiaires de quatrième année (vétérans), pourvus de douze à quinze inscriptions :

MÉDECINE. — 1° *Services généraux.* — Hôtel-Dieu : MM. G. Sée, Cornil, Ferrand. — Charité : MM. Potain, Constantin Paul. — Pitié : MM. Jaccoud, Robin, Faisans. — Saint-Antoine : M. Hayem.

2° *Services spéciaux.* — Sainte-Anne (Maladies mentales) : M. Joffroy. — Enfants-Malades (Maladies des enfants) : M. Grancher (M. Marfan, suppléant). — Saint-Louis (Maladies cutanées et syphilitiques) : M. Fournier. — Salpêtrière (Maladies nerveuses) : M. Raymond.

CHIRURGIE. — 1° *Services généraux.* — Hôtel-Dieu : M. Duplay. — Charité : M. Tillaux. — Pitié : M. Berger. — Necker : M. Le Dentu.

2° *Services spéciaux.* — Hôtel-Dieu (Maladies des yeux) : M. Panas. — Necker (Maladies des voies urinaires) : M. Guyon.

II. Services destinés aux stagiaires de troisième année (nouveaux), pourvus de huit à onze inscriptions :

MÉDECINE. — Charité : M. Gouraud. — Saint-Antoine : MM. Hanot, Letulle, Gaucher, Tapret. — Cochin : M. Chauffard. — Necker : MM. Rendu, Huchard, Cuffer. — Beaujon : MM. Fernet, Rigal. — Lariboisière : MM. Duguet, Troisier, Dreyfus-Brisac. — Laënnec : MM. Landouzy, Gingeot, Merklen. — Broussais : M. Barth.

CHIRURGIE. — Hôtel-Dieu : M. Polaillon. — Pitié : M. Reclus. — Saint-Antoine : MM. Monod, Blum. — Cochin : MM. Schwartz, Quénu. — Lariboisière : M. Peyrot. — Broussais : M. Campenon.

En vertu des règlements intervenus entre la Faculté et l'Assistance publique, MM. les étudiants en médecine, aspirants à l'officiat, ne seront pas compris dans le classement officiel des stagiaires. Ils suivront les services hospitaliers, qu'ils choisiront eux-mêmes, et produiront des certificats de leurs chefs de service, pour prendre leurs inscriptions en janvier, avril et juillet.

— *Hôtel-Dieu.* — M. le professeur Duplay reprendra son cours de clinique chirurgicale le vendredi 16 novembre 1894, à neuf heures et demie et le continuera les mardis et vendredis suivants à la même heure.

— *Hôpital Saint-Louis.* — M. le professeur Alfred Fournier commencera son cours clinique des maladies cutanées et syphilitiques, le vendredi 16 novembre, et le continuera les mardis et vendredis suivants, à neuf heures et demie.

— *Hospice de la Salpêtrière.* — M. le professeur F. Raymond commencera son cours de clinique des maladies du système nerveux, le vendredi 16 novembre, à dix heures du matin, et le continuera les vendredis et les mardis suivants, à la même heure.

— *Hôpital des Enfants-Malades.* — M. le docteur Jules Simon reprendra ses conférences sur la thérapeutique infantile, le mercredi 21 novembre, à neuf heures, et les continuera les mercredis suivants à la même heure. Le samedi, consultation clinique.

— *Conférence d'internat.* — MM. Lacour, Pasteau, Rabbé, Vanverts commenceront leur conférence d'internat le samedi 17 novembre, à deux heures et demie précises, à l'Hôtel-Dieu (amphithéâtre Trousseau), et les continueront les samedis suivants, à la même heure.

— MM. L. Bonnet et P. Petit ont commencé le cours pratique de gynécologie le lundi 5 novembre, à quatre heures, rue Guy-de-la-Brosse, n° 8, et le continueront les vendredis et lundis suivants.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Léon Vaillant a commencé le cours de zoologie (reptiles, batraciens et poissons), le mardi 13 novembre 1894, à une heure, dans l'amphithéâtre du rez-de-chaussée des galeries de zoologie, et le continuera les jeudis, samedis et mardis suivants, à la même heure. — Le professeur traitera de l'organisation, de la physiologie et de la classification des batraciens (grenouilles, salamandres, etc.) tant de l'époque actuelle que fossiles, en insistant sur la répartition géographique des espèces, leur utilité dans l'économie domestique, dans l'industrie, etc., et sur l'importance du groupe au point de vue de la zoologie générale.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 133. — SAMEDI 17 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 17 NOVEMBRE 1894. — N° 133.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Nous avons la profonde douleur d'annoncer la mort de M. le docteur Ernest Berchon, ancien médecin principal de la marine, ancien président de l'Académie des sciences, belles-lettres et arts de Bordeaux. En lui nous perdons un ami qui, pendant quarante années, nous a prodigué les trésors de son cœur et de son intelligence.

— Par décision ministérielle, en date du 12 novembre 1894, M. Calmette, médecin de première classe des colonies, a été inscrit d'office à la suite du tableau d'avancement de 1894, pour le grade de médecin principal.

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. le docteur Sabouraud est nommé chef du laboratoire de clinique des maladies cutanées et syphilitiques, en remplacement de M. Darier, démissionnaire.

— M. Gley, agrégé, est chargé d'un cours de physiologie.

— Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Richet, professeur de physiologie.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Faguet est nommé préparateur de médecine expérimentale.

— Sont maintenus dans les fonctions de préparateurs : MM. Sellier (physiologie); Garraud (cours et travaux pratiques de chimie); Lasserre (travaux pratiques d'histoire naturelle); Messant (histoire naturelle); Favrel (travaux pratiques de chimie et pharmacie) et Benech (hygiène).

— M. Chassaigne est nommé préparateur des cours et travaux pratiques de chimie.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — MM. Baumel et Serre, agrégés libres, sont rappelés à l'exercice pour l'année scolaire 1894-1895.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Bonnabeaud est nommé préparateur de matière médicale, en remplacement de M. Pugens, démissionnaire.

— M. Bauby est prorogé jusqu'au 30 décembre 1894 dans les fonctions de chef de clinique chirurgicale.

— M. Abeloux, agrégé, est chargé, en outre, d'un cours de physiologie.

— Sont maintenus dans les fonctions ci-après désignées :

1° Chargés de cours : MM. Rémond, agrégé (maladies mentales); Bezy (clinique des maladies des enfants) et Garrigou (hydrologie, cours complémentaire).

2° Chefs des travaux : MM. Marie (chimie); Gérard (chimie, laboratoire des cliniques).

3° Chef de clinique : M. Batut (maladies cutanées et syphilitiques).

— M. Marie est chargé d'un cours de physique.

— M. Biarnès est chargé des fonctions de chef des travaux chimiques, en remplacement de M. Marie, dont les fonctions sont expirées.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Dastre ouvrira son cours de physiologie, rue de l'Estrapade, n° 18, le lundi 19 novembre, à dix heures et demie, et le continuera les mercredis et lundis suivants, à la même heure. — Il traitera de la nutrition. Les expériences qui ne trouveront point place dans la leçon seront reproduites dons des conférences qui auront lieu chaque mardi, de une heure à trois heures.

M. Riban, maître de conférences, chargé de cours, ouvrira son cours de chimie analytique, rue Michelet, n° 3, le lundi 19 novembre, à trois heures, et le continuera les lundis suivants, à la même heure. — Il terminera l'étude du dosage et de la séparation des métaux et traitera des applications de l'électrolyse à l'analyse chimique.

M. le professeur de Lacaze-Duthiers ouvrira son cours de zoologie, anatomie, physiologie comparée, le mardi 20 novembre, à trois heures et demie, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, et le continuera les mardis et samedis suivants, à la même heure. — Il traitera de la reproduction et de l'embryogénie. Les manipulations auront lieu le jeudi, de midi et demi à trois heures, dans les laboratoires, sur les sujets relatifs aux examens de la licence.

M. le professeur Duclaux ouvrira son cours de chimie biologique, le mardi 20 novembre, à deux heures et demie, à l'Institut Pasteur, rue Dutot, n° 25, et le continuera les jeudis et mardis suivants, à la même heure. — Il étudiera les actions de diastases et les industries qui les utilisent.

M. le professeur Bouty ouvrira son cours de physique, le mardi 20 novembre, à une heure, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les samedis et mardis suivants, à la même heure. — Il traitera de la thermodynamique, de la capillarité et de l'optique (phénomènes de polarisation exclus). Des manipulations et des conférences, sont dirigées pendant toute l'année par le professeur.

M. J. Chatin, professeur adjoint, fera, les lundis et les jeudis, à quatre heures, dans l'amphithéâtre d'histoire naturelle, des leçons sur les organes et fonctions de relation.

M. A. Combes, maître de conférences, fera, les mardis et les samedis, à trois heures et demie, rue Michelet, n° 3, des conférences de chimie organique. — Il traitera des généralités de la chimie organique et fera l'étude particulière des corps de la série aromatique.

abattons les branches de l'arbre et non le tronc, nous aidons seulement le malade à survivre à sa maladie. La pneumonie, maladie cyclique, n'est en rien modifiée par le thérapeute; nul ne peut se vanter d'avoir guéri une pneumonie. Dans la diphtérie, au contraire, le thérapeute est vraiment guérisseur. Mais nous avons, à l'heure présente, plus de malades à soigner que de maladies à traiter.

Dans les maladies non spécifiquement traitées, les localisations de l'agent infectieux sont susceptibles d'entraîner des affections chroniques et des complications nombreuses. Vous avez traité un typhoïdique par les méthodes actuelles, vous l'avez aidé à guérir; mais, sur un point de l'appareil vasculaire, il se fait une détermination morbide, une aortite; l'inflammation a été portée sur l'aorte par la toxine du bacille d'Eberth, et de la fièvre typhoïde que vous n'avez pu juguler est née une affection nouvelle qui va évoluer à son tour. C'est à la série des résultantes possibles que s'adressent ici les indications thérapeutiques, car nous avons peu de prise sur les inflammations constituées. Vous pourrez soulager des cardiopathes, vous ne les traiterez pas. Sur une néphrite, nous avons également peu de prise : on ne guérit pas cette maladie, mais on l'accommode à son adultération fonctionnelle, on assiste le néphritique en l'aidant à suppléer à son insuffisance rénale.

Nous avons maints moyens de secourir et d'améliorer, mais peu de guérir. Hormis cinq cas : la vérole, la rage, le paludisme, la fièvre articulaire aiguë, la diphtérie, je ne sache pas que nous puissions, à proprement parler, *traiter* nos malades.

En choisissant, cette année, comme matière de ce cours, d'une part la sérothérapie, et d'autre part les médications du cœur, de l'aorte, des vaisseaux et des reins, j'ai voulu opposer, à propos de la diphtérie, le *traitement de la maladie* aux *indications* qui découlent des affections du système vasculaire; j'ai voulu marquer l'opposition doctrinale et pratique entre la thérapeutique pathogénique et le traitement opportuniste. Ma conclusion sera que l'avenir du traitement des maladies infectieuses apparaît tout entier dans l'hématothérapie et la sérothérapie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 14 novembre. — Présidence de M. Championnière.

COMMUNICATIONS

Cystostomie sus-pubienne. — M. Poncet (de Lyon) fait une communication sur les indications de la cystostomie sus-pubienne chez les prostatiques. Ceux-ci doivent être divisés en deux grandes catégories : les prostatiques atteints d'accidents mécaniques et les prostatiques atteints d'accidents infectieux. Il en est qui sont à cheval, pour ainsi dire, sur ces deux variétés d'accidents. Ce sont ceux de la première catégorie chez lesquels l'opération donne une mortalité nulle et les meilleurs résultats fonctionnels. Donc, tous les malades chez lesquels le cathétérisme est impossible, trop difficile et trop douloureux, doivent être cystostomisés. Il y a bien la ponction vésicale, mais c'est, pour M. Poncet, une opération aveugle, insuffisante et souvent dangereuse. De même qu'il vaut mieux enlever que ponctionner un kyste de l'ovaire, il vaut mieux ouvrir que ponctionner une vessie. La cystostomie est d'autant plus indiquée chez les malades de la première catégorie qu'elle est, chez eux, complètement inoffensive. Sur 21 cas de ce genre, M. Poncet compte 21 succès.

Dans la seconde catégorie se trouvent les prostatiques infectés. L'infection est très variable, depuis l'infection rénale simple par insuffisance jusqu'à la septicémie. M. Poncet a opéré 42 malades de cette espèce, sur lesquels il compte 7 décès. Parmi les malades qui ont succombé, il y en a plusieurs chez lesquels l'opération aurait pu donner un bon résultat, si elle avait été pratiquée plus tôt.

En résumé, les accidents graves des prostatiques qui légitiment la cystostomie sus-pubienne sont de deux ordres, d'ordre mécanique ou d'ordre infectieux. Souvent, les deux se trouvent associés. Les prostatiques chez lesquels l'opération donne le plus de succès sont ceux qui ne sont pas infectés. Chez eux, la mortalité est nulle. Les résultats sont moins sûrs et moins bons chez les prostatiques infectés, et, parmi ceux-ci, ce sont ceux qui sont atteints d'infection aiguë qui bénéficient le plus de l'opération. Dans les infections chroniques, les résultats de l'opération sont généralement moins satisfaisants.

Sur 42 de ces opérés, M. Poncet compte 7 décès.

Quant aux résultats fonctionnels, parmi les cystostomisés il y en a qui sont continents, il y en a d'autres qui sont incontinents. Il y a des continents qu'il faut rendre incontinents sous peine de voir reparaître les accidents infectieux ou douloureux. Chez beaucoup de ces opérés, le résultat fonctionnel est parfait. Chez les 42 malades opérés par M. Poncet, 12 fois la fonction s'est rétablie par la voie normale après une cystostomie temporaire. Un certain nombre sont restés incontinents ou tout au moins incontinents partiels.

En terminant, M. Poncet déclare que l'opération peut donner de bons résultats chez les tuberculeux à condition qu'on les rende incontinents, sous peine de voir reparaître les accidents.

DISCUSSION

M. Tuffier ne partage pas cette manière de voir relativement aux tuberculeux. Il pense que, chez eux, la fonction peut absolument bien se rétablir après une cystostomie temporaire.

M. Poncet a obtenu des résultats très favorables chez les prostatiques aseptiques. Mais chez ces malades, M. Tuffier estime que, dans la grande majorité des cas, le cathétérisme est possible et doit être préféré à la cystostomie. Le cathétérisme deviendrait-il même impossible qu'on aurait encore la ressource de la ponction qui, quoi qu'en dise M. Poncet, n'est nullement dangereuse. Quant aux cas dans lesquels il y a infection, la statistique fournie par M. Poncet montre, chez eux, une mortalité assez considérable, malgré la cystostomie. M. Tuffier n'en admet pas moins que c'est surtout dans ces cas que la cystostomie s'impose.

M. Segond déclare tout d'abord qu'il n'est que justice de donner à l'opération dont il s'agit le nom d'opération de Poncet. Ainsi qu'on l'a dit, cette opération a surtout pour indications les contre-indications du cathétérisme. Lorsque celui-ci est impossible, dangereux, insuffisant ou trop douloureux, il faut recourir à l'opération de Poncet.

M. Segond y a recouru chez trois prostatiques, chez lesquels le cathétérisme était devenu insuffisant ou dangereux. L'un d'eux a même eu une crise d'urémie qui a duré cinq jours et à laquelle il aurait dû succomber. Tous les trois sont parfaitement guéris, l'un depuis décembre 1893, les deux autres depuis juin 1894. Ils sont aujourd'hui dans un parfait état de santé et chantent constamment les louanges de l'opération de Poncet.

M. Poncet, avec M. Segond, admet que les indications de la cystostomie découlent des contre-indications du cathétérisme. Quand celui-ci devient impossible, que faut-il faire? La ponction. — Mais n'est-il pas moins grave d'ouvrir la vessie que de la ponctionner?

Valeur du bouton de Murphy. — M. CHAPUT. On emploie, pour les opérations sur l'intestin, trois sortes de boutons, le petit qui mesure 21 millimètres de diamètre et 66 de circonférence; le moyen : 25 millièmes de diamètre et 78,5 de circonférence; le gros : 27 millimètres de diamètre et 85 de circonférence.

Ces dimensions sont notablement supérieures à celles de l'intestin vers sa terminaison. D'après MM. Chaput et Lenoble, l'intestin non insufflé mesurait dans huit cas : 41, 27, 27, 26, 45, 37, 27 millimètres de circonférence intérieure.

Après insufflation on obtient les chiffres suivants : 100, 70, 73, 68 millimètres de circonférence intérieure. En déduisant la hauteur des valvules conniventes qui sont très souvent circulaires, on obtient les chiffres réels de 70, 40, 43, 38 millimètres.

Sans doute, l'intestin est très extensible, mais cette extensibilité a des limites. Toujours est-il que M. Chaput présente un calcul biliaire de 22 millimètres de diamètre qu'il a retiré de l'intestin d'une femme atteinte d'occlusion. Ce calcul avait un diamètre presque identique à celui du petit bouton.

Il a fait encore avec MM. Lenoble et Angehelesco 24 expériences sur le passage du petit bouton à travers l'intestin grêle; ces auteurs ont trouvé 3 arrêts infranchissables, 6 passages très difficiles et 15 passages faciles. Ceci démontre combien il faut être prudent dans l'emploi de cet instrument.

Il a fait aussi sur le chien 8 opérations de Murphy avec le concours de M. Boulanger. Quatre animaux ont guéri, les quatre autres sont morts : deux de sphacèle, un de perforation intestinale; chez le quatrième, l'intestin s'est dégagé du bouton.

M. le professeur Demons (de Bordeaux) a cité deux cas personnels de gastro-entérostomie par la méthode de Murphy; on trouva à l'autopsie une péritonite purulente; l'estomac était sphacelé et perforé.

Même accident est arrivé à Zielewicz (de Posen) dans des conditions identiques.

Willy Meyer, après une résection du rectum, a vu tardivement les deux bouts non réunis se séparer l'un de l'autre; la malade mourut de péritonite.

M. Chaput a fait une fois l'opération de Murphy sur l'homme. Le malade mourut au bout de quarante-huit heures. On trouva à l'autopsie l'intestin très aminci, presque perforé au niveau du bouton.

La lumière de l'instrument était, en outre, oblitérée par un bouchon de matières fécales. Le bouton ne paraît cependant pas avoir causé la mort dans ce cas.

L'emploi du bouton est souvent impossible sur le gros intestin dont les appendices graisseux sont parfois très volumineux et empêchent une coaptation exacte des surfaces qu'on veut accoler.

Les bords du bouton sont trop étroits et ont tendance à perforer l'intestin.

Enfin, les crochets d'engrènement sont mal soudés et se détachent quand on stérilise l'instrument à une température élevée.

En résumé, en tenant compte des avantages et des inconvénients du bouton de Murphy, on arrive à cette conclusion que cet appareil est très ingénieux, qu'il abrège notablement la durée des opérations intestinales; il les rend plus faciles et évite le rétrécissement tardif. Malheureusement son emploi n'est pas sans danger, son application réclame beaucoup de précautions et de prudence. Enfin, il est utile de lui faire subir un certain nombre de modifications pour en faire un instrument satisfaisant.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Cliniques chirurgicales de la Pitié (1),
par le docteur RECLUS.

Ces cliniques ont été professées en 1893. Elles traitent principalement de la thérapeutique chirurgicale et surtout des sujets d'utilité courante : fractures, entorses et grands écrasements des membres, cancers de la langue et du rectum, fistules et abcès de l'anus, hémorroïdes, hydrocèle et varicocèle, appendicite, occlusion intestinale, perforation traumatique de l'intestin, ou bien ceux dont on s'occupe plus spécialement à cette heure, des interventions sur l'estomac et la vésicule biliaire.

Les affections utérines et utéro-ovariennes font l'objet d'un long chapitre, M. Reclus revient sur quelques sujets qu'il a traités dans ses deux premiers volumes, et qui sont pour lui des sujets habituels; la maladie kystique de la mamelle, l'eau chaude en chirurgie, le traitement des plaies de l'intestin, l'analgésie par la cocaïne; mais ce ne sont pas de simples redites. M. Reclus n'est pas de ceux qui pensent que la science est définitivement fixée par une opinion première. M. Reclus a dominé « le puéril amour-propre qui veut toujours avoir raison », il a, dans ce volume, corrigé certaines de ses opinions passées, fait amende honorable pour d'autres.

Nos lecteurs ont eu la primeur de plusieurs cliniques contenues dans ce volume. Il nous est donc inutile d'insister davantage. Chacun d'eux connaît les brillantes qualités du chirurgien de la Pitié, et reste sous le charme du style si élégant dont sa plume a le secret.

Des traumatismes craniens et du mode d'action de la craniectomie (2), par le docteur Louis MASSON.

Voici les conclusions de cet intéressant travail :

Les accidents tardifs des traumatismes craniens ne sont pas dus, le plus souvent, à une compression du cerveau. Ils ne proviennent pas davantage d'une gêne de la circulation collatérale (théorie de Pierret). Ils tiennent aux désordres matériels produits par le traumatisme dans l'encéphale même.

Le trépan agit dans les cas traumatiques en s'adressant à la lésion cérébrale engendrée par le traumatisme, et dont le développement ultérieur a causé les accidents.

En mettant à part les cas où le chirurgien donne issue à du pus, ou pratique l'excision cérébrale, le trépan améliore ou guérit les lésions cérébrales, en provoquant des modifications vasculaires (hyperémiques) et nutritives dans l'encéphale. Ces modifications sont dues, d'une part, à l'écoulement du liquide céphalo-rachidien; d'autre part, à l'influence exercée par la plaie opératoire sur la vitalité et la circulation des tissus voisins.

Pareille action se retrouve identique dans toutes les craniectomies, même celles dirigées contre des affections cérébrales non traumatiques. C'est toujours à une lésion cérébrale, cause directe ou indirecte des troubles nerveux, que s'adresse l'opération, quand elle est efficace.

(1) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 134. — MARDI 20 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 20 NOVEMBRE 1894. — N° 134.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 19 novembre 1894.

Pour répondre aux plaintes de plus en plus vives que fait entendre le corps des praticiens sur l'admission dans les hôpitaux de malades non nécessiteux, l'Administration vient d'élever d'un ou deux francs le prix de ses journées.

Cette mesure aura pour effet de réduire de quelques centaines de francs le déficit habituel, mais ce sera tout le résultat produit, car loin de rejeter de l'hôpital les malades qui n'y ont pas droit, elle en attirera de nouveaux qui autrefois (retenus par la modicité de l'allocation demandée) eussent hésité à venir prendre la place d'un pauvre, mais qui, aujourd'hui, payant un tarif plus élevé, n'auront plus de scrupule; ils iront droit à l'hôpital dès qu'ils seront malades, et ils iront la tête haute sans subterfuge; ne sont-ils pas chez eux puisqu'ils payent, et payent plein tarif? Nous sommes de ceux qui pensent que l'hôpital doit être entièrement gratuit, et que tant que l'on pourra voir des malades et des infirmes, sans pain, sans gîte, sans feu, promener nuit et jour leurs infirmités sans pouvoir être hospitalisés, il n'y a point de places à l'hôpital pour des malades payants.

L'augmentation du prix des journées ne diminuera en rien le nombre des lits indûment pris aux indigents et aux nécessiteux. C'est un point dont il sera facile de se rendre compte, en additionnant, à la fin d'un exercice, le nombre des journées payantes, depuis l'application du nouveau tarif. Nous serions fort étonné que la nouvelle mesure ne fît pas enregistrer un excédent de recettes sur l'exercice passé. Ce sera là, nous le répétons, le résultat le plus certain. Mais, les pauvres n'en auront pas une journée de plus, et l'on continuera à voir, chaque matin, repousser de l'hôpital, faute de place, les malheureux réduits à la misère, par la maladie et l'impuissance au travail. L'Assistance publique, en acceptant des malades payants, agit donc contrairement aux intérêts des véritables pauvres.

Quant aux intérêts des médecins praticiens, ils sont largement sacrifiés et rien n'est plus exact que le tableau suivant emprunté à l'un de nos confrères : « Il est facile de se rendre compte que dans un avenir éloigné toute la France sera soignée à peu près gratuitement à l'exception de quelques favorisés de la fortune, dont la clientèle sera réservée à une dizaine de médecins et de chirurgiens en renom. La classe pauvre va au Bureau de bienfaisance et aux hôpitaux. La classe ouvrière aisée va aux mêmes hôpitaux sans aucune vergogne et aux nombreuses cliniques, quand ils ne sont pas soignés gratuitement par le médecin de l'usine, rémunéré au moyen d'un léger traitement fixe. La classe des employés est soignée administrativement dans les mêmes conditions, toutes les grandes administrations ayant leur médecin. Les petits commerçants ont les cliniques et les sociétés de secours mutuels; la classe moyenne enfin, les petits rentiers, usent largement des mêmes moyens, et pour les opérations chirurgicales recourent sans hésitation à l'hôpital dont les succès opératoires, le renom des chirurgiens, le luxe véritable que l'antisepsie a amené dans les pansements, calment toutes leurs anciennes hésitations... Cette économie facile, cette possibilité de supprimer du budget les frais de médecins est proposée aujourd'hui à des classes de plus en plus nombreuses de la société, dans une foule de cas où le droit du vrai pauvre à l'assistance de tous n'a plus à entrer en ligne de compte. »

Voici deux petits faits, fort instructifs à cet égard. Un chirurgien des hôpitaux est appelé, au commencement de novembre, pour examiner un industriel aisé qui venait d'être atteint d'une rupture tendineuse. Pour combattre l'impotence qui en résultait, une opération est proposée; mais les honoraires, quoique des plus modestes, sont refusés par le malade en ces termes cyniques mais clairs : « Je serais bien sot, dit-il, de me faire des frais chez moi, alors que je peux être gratuitement soigné à l'hôpital. »

Le deuxième n'est pas moins curieux : une dame de province, atteinte d'une lésion mammaire, va consulter un de nos chirurgiens de province des plus autorisés. On conclut à une opération : les honoraires sont fixés et même à un prix relativement élevé. La famille accepte tout, honoraires du chirurgien, frais de la maison de santé, etc.; elle est décidée, lorsque le chirurgien a l'imprudence de dire devant la malade qu'il s'agissait d'un cas relativement rare dont il avait vu à peine quelques exemples. La malade, rentrée chez elle, ne voulut plus entendre parler de ce chirurgien qui, disait-elle, « ne connaissait pas son cas », et le voyage à Paris fut décidé. Là on trouverait un chirurgien plus expérimenté, mais surtout un chirurgien qu'on ne paierait pas. Avec les honoraires destinés au chirurgien de province, toute la famille vint à Paris, s'installa

dans un hôtel des plus confortables, trouva son chirurgien, son hôpital, où la malade fut opérée.

Avouons, en conscience, que les hôpitaux ne sont pas faits pour cette catégorie de malades, car, payassent-ils 5 francs par jour, ils prennent indûment le lit d'un pauvre et frustrent les praticiens de ressources qu'ils étaient en droit de légitimement escompter.

On sait que, vers la fin de la fièvre typhoïde, au commencement de la convalescence, les suppurations cutanées ne sont pas très rares; quelquefois il s'agit de petites suppurations, de furonculose, d'echthyma, parfois de véritables abcès. M. Chauffard fait part à la Société médicale des hôpitaux (séance du 16 novembre) de l'étonnement qu'il a éprouvé en voyant ces cas de suppurations métatyphiques prendre une fréquence particulièrement grande chez les 25 malades qu'il a soignés depuis quelque temps à l'hôpital Laënnec; 12 d'entre eux ont présenté des suppurations cutanées; chez 6 malades, elles ont été bénignes, chez 6 autres, il s'est agi de véritables abcès.

M. Chauffard est grand partisan de la méthode de Brandt et ses malades ont été régulièrement soumis aux bains froids : on pourrait penser *à priori* que c'est là une condition susceptible d'entretenir un état de propreté de la peau de nature à rendre ses manifestations inflammatoires plus rares. Il en serait ainsi peut-être si l'on se servait pour baigner les malades d'une autre eau que l'eau de Seine, qui n'est pas précisément un modèle de pureté aseptique.

Il est vrai de dire que l'immersion répétée dans l'eau rend l'épiderme particulièrement sensible, qu'il se fait facilement des érosions qui sont autant de portes d'entrée pour les microbes. M. Chauffard a vu que ceux de ses malades qui avaient été le plus souvent et le plus longtemps baignés étaient précisément ceux qui avaient présenté le plus grand nombre de cas de suppuration cutanée. Or l'examen bactériologique a montré dans le pus des abcès et dans l'eau des bains des microbes identiques, de la race des staphylocoques; de là à conclure que les bains donnés avec une eau impure avaient été la cause de ces suppurations, il n'y avait qu'un pas.

M. Chauffard n'a jamais vu une semblable fréquence de suppurations cutanées chez les typhiques des autres hôpitaux. Peut-être les salles de l'hôpital Laënnec, qui n'ont été soumises à aucune désinfection depuis quinze ans d'ici, ont-elles une flore microbienne des plus riches?

Les suppurations cutanées ont cessé de se produire dès qu'on eut ajouté, à chaque bain, 30 grammes de naphtol, ce qui correspond à environ 15 centigrammes par litre, quantité suffisante, d'après M. Bouchard, pour empêcher la culture du staphylocoque.

Il convient aussi de graisser, avec de la vaseline ou une pommade antiseptiques, les mains et les pieds des malades, à cause de la facilité avec laquelle s'y produisent les érosions par macération de l'épiderme, et tous les points sur lesquels se répètent les pressions dans la prise des bains.

MM. Achard et Le Gendre ont observé des faits qui plaident en faveur de la théorie défendue par M. Chauffard. Cependant, on peut très justement, avec MM. Fernet et Rendu, soupçonner les mains des infirmiers, les baignoires, les draps de lit d'avoir été les véhicules, soit de l'infection d'un malade à un autre, soit de l'auto-inoculation chez le même malade.

Il n'en serait que plus juste, du reste, de considérer l'action répétée de l'eau sur la peau, comme une cause prédisposante, en raison des éraillures épidermiques qu'elle provoque.

Il est curieux de remarquer, avec M. Edg. Hirtz, que, jusque dans ces derniers temps, on considérait ces abcès cutanés comme le résultat d'une infection d'origine intestinale, comme l'expression d'une sorte de décharge bacillaire et leucocytaire du côté de la peau. La prophylaxie ne peut que gagner à ce qu'on donne de ce phénomène une interprétation plus exacte, bien que d'allures plus modestes. Mieux vaut une théorie vraie terre à terre, qu'une théorie brillante, mais fausse.

M. Achard a observé un cas d'hépatite suppurée, consécutive à une appendicite. Pendant la vie, on avait posé le diagnostic de périhépatite, et comme, dans le pus retiré par ponction exploratrice, on avait trouvé du coli bacille, on avait pu soupçonner et presque affirmer l'origine péricæcale de cette suppuration. En réalité, il s'agissait d'un abcès aréolaire développé au pourtour des veines sus-hépatiques. Il est assez curieux de constater que cette complication est relativement rare; il semble qu'elle se produise plus particulièrement à la suite de cas d'appendicite à marche subaiguë.

MM. Ballet et Enriquez font en ce moment des inoculations de suc thyroïdien à des chiens; sur l'un d'eux, il s'est développé une tumeur du cou qui paraît être constituée par une hypertrophie du corps thyroïde. Ce chien sera du reste sacrifié; on constatera quelle est la nature exacte de cette grosseur, et les auteurs communiqueront le résultat de leurs expériences : aujourd'hui, ils ont seulement voulu faire constater sur l'animal vivant ce qui est probablement un goitre expérimental.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LANDOUZY.

La sérothérapie; ses origines; caractères et fabrication du sérum antidiphtéritique.

La sérothérapie n'est pas une méthode absolument nouvelle. Sans parler de la transfusion du sang d'un sujet sain à un sujet malade qu'on a tenté de faire depuis longtemps déjà, je ne dois pas vous laisser ignorer que les premiers expérimentateurs ont commencé par faire de l'hématothérapie avant de n'employer que le sérum. Depuis quelques années, on a employé, en thérapeutique, des liquides artificiels dont la composition se rapproche de celle du liquide sanguin. Vous savez qu'on en a fait usage dans le choléra, à des doses massives, d'après la méthode des injections intra-veineuses du professeur Hayem. Depuis, à doses non massives, on a appliqué le sérum artificiel à divers états pathologiques, en injections sous-cutanées : deux centimètres cubes de ce liquide suffisent souvent à relever le dynamisme chez certaines femmes nerveuses. Vous savez, d'ailleurs, quel grand tapage a mené dans le monde la méthode de Brown-Séquard, dont nous aurons à parler dans le cours. Enfin, les liquides organiques nous ont déjà donné des embryons de traitement spécifique pour certaines maladies, notamment pour la cachexie myxœdémateuse; nous approchons d'un traitement meilleur de la maladie de Basedow.

Mais la sérothérapie des maladies infectieuses est bien différente : c'est une méthode thérapeutique se proposant d'avoir, comme agents médicamenteux, le sérum des sujets qui auront été malades, qu'ils aient été atteints spontanément ou artificiellement.

Si les origines médicales de cette méthode sont dans les expériences déjà anciennes de Toussaint, Chauveau, Pasteur, l'origine immédiate appartient à la Faculté de médecine de Paris. Dans une communication faite à l'Académie des sciences, en novembre 1888, MM. Ch. Richet et Héricourt annonçaient qu'en transfusant à des lapins, animaux très sensibles, une petite quantité de sang de chiens vaccinés contre la septicémie du *staphylococcus pyosepticus*, on rendait ces lapins réfractaires à une maladie pour eux mortelle. C'est cette découverte, qui n'était encore que de l'hématothérapie, qui avait donné l'idée à MM. Richet et Héricourt de faire de l'*antituberculine* : je vous ai dit, dans la dernière leçon, que les essais avaient déjà donné des résultats très encourageants.

Cette découverte a suggestionné MM. Behring et Kitasato, qui, en 1890, voulurent en appliquer les données au traitement du tétanos et de la diphtérie. Ils virent qu'on pouvait neutraliser *in vitro* la toxine tétanique en y mêlant le sérum d'un animal immunisé, et ils en conclurent que c'était aussi la meilleure manière de conférer aux animaux un pouvoir préservatif. Ils constatèrent également que le sérum d'animaux immunisés contre la diphtérie détruisait la toxine diphtéritique *in vitro ;* ce sérum, injecté à un animal, le rendait réfractaire à la maladie : c'était une vaccination. Mais bien plus, chez un animal diphtéritique, le sérum s'opposait à l'action du virus, il empêchait l'infection de devenir toxhémie.

On peut dire sans métaphore que la diphtérie saute à la gorge d'un individu pour l'empoisonner, puisque la maladie n'est terrible que par les poisons qu'elle répand dans l'organisme. Le sérum empêche à la fois l'infection, à titre préventif, et la marche des toxines, à titre curatif.

Pour bien concevoir la philosophie de cette méthode, il fallait avoir passé, je ne crains pas de le répéter, par la succession des expériences de Chauveau, Toussaint et Pasteur, il fallait savoir que, dans un virus, outre les éléments figurés, il y avait les toxines; et je ne puis mettre en doute que MM. Behring et Kitasato aient été inspirés dans leurs recherches par le merveilleux mémoire de MM. Roux et Yersin, publié en 1888 et 1889, dans les *Annales de l'Institut Pasteur*. Ces auteurs avaient démontré qu'en débarrassant de ses éléments figurés, par le filtrage sur porcelaine, le liquide contenant des colonies de bactéries diphtéritiques, on arrivait, en injectant ensuite ce liquide à des animaux, à reproduire exactement l'empoisonnement diphtéritique : c'était la preuve de l'action des toxines. D'expérience en expérience on parvint à constater que le sérum d'un sujet immunisé soit par la maladie qu'il vient de faire, soit par la maladie qu'il a reçue, acquiert la propriété, s'il est injecté en petite quantité à un autre sujet, de l'empêcher de prendre la diphtérie : à tel point que ce dernier pourrait impunément se gargariser avec des fausses membranes. Mais c'est aussi un moyen d'arrêter la maladie infectieuse constituée, de l'empêcher d'évoluer, de s'opposer à la toxhémie.

J'ajoute, en passant, que ce pouvoir antitoxique ne se trouve pas seulement dans le sérum sanguin, mais aussi dans les autres liquides de l'organisme, le lait, par exemple. Aussi, quelques médecins songent-ils aujourd'hui à utiliser le lait comme agent médicamenteux; nous reviendrons ultérieurement sur cette question.

On s'est beaucoup préoccupé de savoir quelle pouvait être la constitution de l'antitoxine : les chimistes ne nous en ont encore rien appris, et jusqu'ici nous ignorons profondément ce qu'est l'antitoxine, aussi bien que la toxine. Nous ne connaissons ces substances que par leurs caractères biologiques, c'est-à-dire par ce qu'elles font et défont, soit dans l'organisme, soit *in vitro*. Mais nous allons nous servir du sérum de Roux comme autrefois, avant l'invention des sels de quinine, nos pères se servaient du quinquina pour les fébricitants, sans connaître la valeur chimique de ce qu'ils employaient.

On a cherché aussi à comprendre par quel mécanisme agit l'antitoxine. Les théories émises à ce sujet se résument à deux principales : 1° la théorie microbicide, celle des humoristes, pour qui le sérum antitoxique aurait la propriété de tuer l'agent microbien, le bacille de Klebs-Lœffler, atteignant ainsi la maladie sans toucher le malade; 2° la théorie de la phagocytose de Metschnikoff, pour qui les éléments cellulaires prennent, au contact de l'antitoxine, une vitalité considérable, et se défendent alors vigoureusement contre le bacille.

Le liquide antidiphtérique a une durée presque indéfinie, à la condition qu'on prenne soin d'y ajouter, en très petite quantité, de l'acide phénique, ou, comme le fait M. Roux, du camphre. Mais, d'abord, comment s'obtient ce liquide?

A l'aide d'une spatule de platine, on introduit, dans un large ballon contenant du bouillon, un peu de culture diphtéritique. Ce ballon est porté dans une étuve à 35 degrés où, pendant trois semaines, il est constamment soumis à l'action d'un courant d'air passant par ses deux tubulures ; il est amorcé, à cet effet, avec une pompe d'air qui communique avec un flacon laveur chargé de purifier l'air se rendant au ballon. Ce dispositif a pour but d'activer la culture ; il serait inutile, si on n'était pas pressé par les demandes de sérum, comme on l'est en ce moment à l'Institut Pasteur ; sans ce courant d'air, il faudrait un grand nombre de semaines pour faire la culture très virulente qui s'obtient au contraire en trois semaines. On fait passer le liquide du ballon sur le filtre Chamberland pour le débarrasser de ses éléments figurés; on y ajoute ensuite 1/10 de teinture d'iode et c'est la toxine diphtéritique ainsi préparée dont on va atténuer la virulence par une série d'inoculations au cheval.

Le cheval a été adopté surtout parce qu'il fournit une plus grande quantité de sang que des animaux de moindre volume, comme la chèvre, dont s'était d'abord servi M. Behring. Pendant quatre-vingts jours, de cinq en cinq jours, cet animal reçoit des liquides de plus en plus virulents, chaque inoculation le vaccinant contre la suivante, jusqu'à ce qu'il reçoive, le quatre-vingtième jour, le liquide le plus toxique. Ce cheval, ainsi progressivement immunisé, à qui on injecte enfin la plus hypertoxique des toxines, reste non malade.

Alors intervient le vétérinaire, qui fait, de la façon la plus aseptique, une saignée sur la veine jugulaire : le sang est reçu avec un trocart et, le caillot formé, on recueille ce sérum qui, additionné d'un peu d'acide phénique ou de camphre, uniquement pour empêcher les fermentations, aura la propriété biologique de guérir la diphtérie.

REVUE DE LA PRESSE

Action des différents poisons sur l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale. — M. Ramm a étudié l'influence de quatorze espèces de poisons sur l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale chez les chiens, les chats et les lapins.

L'excitation se faisait d'abord par des courants très faibles, en les augmentant progressivement jusqu'au premier mouvement de l'animal. Chaque mouvement isolé durait trois secondes, sauf les cas où, immédiatement après l'application des électrodes, il survenait un accès épileptique. L'expérience débutait par l'excitation du centre du membre antérieur droit, c'est-à-dire dans l'hémisphère gauche. Une fois l'action du poison donné sur l'excitabilité électrique de l'écorce établie, on enlevait la substance grise de ce centre, on découvrait l'hémisphère droit, et on excitait alternativement à gauche la substance blanche sous-jacente à l'écorce enlevée, et le centre moteur du membre antérieur gauche dans l'hémisphère droit.

M. Ramm n'a pas trouvé de différences entre les convulsions isolées ou généralisées provoquées par l'excitation électrique de la substance blanche sous-corticale et de la substance grise; il ne peut donc reconnaître l'existence des convulsions « primaire » et « secondaire », admise par Unverricht. La seule différence entre les accès épileptiques survenus avant et après l'ablation du centre cortical consiste en ceci que, dans le dernier cas, les groupes musculaires qui sont sous la dépendance du centre enlevé n'entrent pas en convulsion.

Les poisons étudiés par M. Ramm sont divisés par lui en trois groupes :

1° Substances *augmentant* l'excitabilité électrique de l'écorce grise : éphédrine, guanidine, picrotoxine, cytisine, chlorure d'ammonium, éthylamine, propylamine, triméthylamine, orcine, les acides phénique et picrique;

2° Substances *augmentant* d'abord, diminuant ensuite l'excitabilité électrique : hyosciamine;

3° Substances *diminuant* cette excitabilité : hyoscine et scopolamine.

Au point de vue pharmaco-thérapeutique l'orcine et le chlorure d'ammonium sont des toniques, la scopolamine un calmant. Les autres substances ne peuvent entrer en pratique au point de vue de leur action sur l'écorce cérébrale, car elles ont une action surajoutée et fâcheuse sur le cœur, l'estomac, la respiration, le système nerveux central.

M. Ramm croit que la scopolamine agirait bien dans les différentes formes des convulsions. Dans ses onze expériences avec cette substance, le résultat était toujours le même : chute de l'excitabilité électrique de l'écorce cérébrale jusqu'à zéro; impossibilité d'obtenir un mouvement même après une minute d'électrisation. Même la guanidine, qui a une action excitante jusqu'aux convulsions violentes, ne pouvait réveiller l'excitabilité abolie par la scopolamine. (*Medicinskoïé Obozrénié*, n° 1, 1894.)

Deux formes rares d'hystérie. — M. Kliatschkine (de Kasna) décrit deux cas d'hystérie dont un ressemblait à la maladie de Parkinson, l'autre à la maladie de Thomsen.

I. Un paysan de trente-deux ans, après une grande peur, fut pris d'un tremblement d'abord des extrémités supérieures et inférieures droites, puis de celles du côté gauche. L'attitude du malade rappelait exactement celle de la paralysie agitante (rigidité légère de la nuque et des membres, exagération des réflexes rotuliens, mouvements d'antépulsion et de rétropulsion). Il y avait en plus une anesthésie de la moitié droite du corps, sauf une bande étroite d'hyperesthésie, anesthésie intéressant la peau et les muqueuses pharyngienne et buccale, et la conjonctive du côté correspondant, avec rétrécissement du champ visuel, affaiblissement de l'ouïe, du goût et de l'olfaction du même côté. Exagération de la sécrétion sudorale à droite.

Après quelques séances d'hypnotisme, les phénomènes sensitivo-sensoriels ont disparu, le tremblement a changé de caractère, est devenu franchement hystérique.

M. Kliatschkine admet l'hystérie pure, simulant la maladie de Parkinson, car s'il y avait coïncidence des deux affections, l'hypnotisme n'aurait pas eu une action aussi franche.

II. Un ouvrier de trente-huit ans fut pris, après une fièvre typhoïde, de sensation de pesanteur et de douleurs aux membres inférieurs survenant chaque fois qu'il essayait de se mettre debout. Le malade, pour changer de place, est obligé de se traîner à genoux. Dès qu'il veut se mettre debout, les muscles du mollet entrent en contractions tétaniques très douloureuses. Les muscles contracturés sont d'abord durs au toucher, puis s'amollissent quand le malade a fait quelques pas, la douleur se calme peu à peu et la marche devient possible. Les mêmes contractions tétaniques s'observaient du côté du biceps droit, mais à un degré moindre. Il y avait une augmentation de l'excitabilité par le courant galvanique et surtout faradique, abolition des réflexes patellaires, diminution des réflexes cutanés. Abolition complète de la sensibilité de la jambe droite jusqu'au genou, de même à la jambe gauche à un degré moindre.

Humeur changeante, avec tendance marquée au chagrin et à la dépression.

Tous ces phénomènes se sont calmés peu à peu sous l'influence du bromure et de l'hydrothérapie et le malade est complètement rétabli.

Ici encore, M. Kliatschkine admet une hystérie pure, simulant la maladie de Thomsen. (*Medicinskoïé Obozrénié*, n° 3, 1894).

Glycosurie précoce dans la syphilis. — M. Tschistiakoff rapporte à la Société de syphiligraphie de Saint-Pétersbourg l'histoire d'un malade qui avait, au début de la seconde période de syphilis, 1/2 p. 100 de sucre dans les urines; cette glycosurie a disparu dès que la roséole s'est montrée. Il y avait en même temps phosphaturie, azoturie, amaigrissement, un peu de polydypsie et de polyphagie. La quantité relativement considérable du sucre dans les urines fait exclure la possibilité d'une glycosurie physiologique; la nourriture du malade ne présentait rien de spécial et si même il y avait eu une trop grande quantité de sucre ingéré, son passage dans les urines prouverait que l'organisme d'un syphilitique devient inapte à transformer tout le sucre introduit.

D'autre part, M. Tschistiakoff n'a pas trouvé de sucre dans les urines de ce malade pendant trois semaines avant l'apparition de la syphilis; c'est donc bien à cette dernière que doit être attribuée la glycosurie. L'auteur insiste sur ce fait que si la glycosurie a été observée souvent dans la syphilis tertiaire, elle est beaucoup moins fréquente à la période secondaire; il l'explique par l'altération des échanges nutritifs chez les syphilitiques. (*Wratsch*, n°s 4 et 5, 1894.)

Ramollissement syphilitique du radius. — M. Tschapine a observé une malade qui, après avoir présenté des manifestations syphilitiques tertiaires de différente nature, a éprouvé un jour de violentes douleurs au niveau du radius droit. A l'examen, on trouvait de la périostite du cubitus de ce côté; à la place du radius, on trouvait un cordon élastique flexible ressemblant, par la sensation qu'il donnait au doigt, à une baguette en caoutchouc. Ce ramollissement commençait à 3 centimètres de l'apophyse styloïde et occupait une étendue de 5 centimètres; le radius droit est de 2 centimètres plus court que le gauche. Les mouvements de

supination et de pronation sont très gênés, le membre est plus faible que celui du côté opposé, mais les douleurs à ce niveau sont rares et peu vives. (*Wratsch*, n° 5, 1894.)

VARIÉTÉS

Procès-verbal de l'autopsie du tsar Alexandre III.

DIAGNOSTIC

Néphrite interstitielle chronique suivie de lésions du cœur et des vaisseaux, infarctus hémorragique au poumon gauche suivi de pneumonie.

Livadia, 21 octobre (2 novembre) 1894.

Signé par MM. les professeurs LEYDEN et ZAKHARINE, le chirurgien honoraire de la cour HIRSCH, le professeur POPOF et le chirurgien honoraire de la cour VÉLIAMINOF.

Contresigné par le ministre de la cour impériale, comte VORONTSOF-DACHKOF.

AUTOPSIE

L'an mil huit cent quatre-vingt-quatorze, dans la journée du 22 octobre, à sept heures et demie du soir, nous soussignés, procédant à l'embaumement du corps de feu l'empereur Alexandre Alexandrovitch, avons constaté les altérations suivantes :

Œdème considérable du tissu sous-cutané des jambes et taches rougeâtres sur le genou gauche. La cavité de la plèvre gauche contenait 200 centimètres cubes de liquide séreux coloré en rouge; dans la cavité de la plèvre droite, il y avait 50 centimètres cubes du même liquide. Le sommet du poumon droit porte une cicatrice fibreuse de date ancienne, le poumon droit est œdémateux. Le lobe supérieur du poumon gauche est légèrement œdémateux et il y a un infarctus hémorragique dans le lobe inférieur, très rempli de sang et contenant fort peu d'air. L'infarctus hémorragique se trouve sur le bord supérieur du lobe inférieur du poumon gauche et présente à la section la forme d'un triangle de 1 centimètre et demi de hauteur et de 1 centimètre de largeur. La cavité du péricarde contenait 30 centimètres cubes de liquide séreux de teinte rouge.

Le volume du cœur est considérablement augmenté. Le diamètre vertical est de 17 centimètres, le diamètre horizontal de 18 centimètres; le tissu sub-séreux contient une grande quantité de tissu graisseux (*Lipomatosis cordis*). Le cœur se trouve dans un état de diastole légère. La cavité gauche est agrandie et la paroi du ventricule gauche est épaissie (elle a 2 centimètres et demi d'épaisseur). La musculature du ventricule gauche est pâle, flasque et de teinte jaunâtre (*Degeneratio adiposa myocordii*). Dans le ventricule droit, la paroi musculeuse est amincie (6 millimètres) et a la même teinte jaunâtre. L'appareil valvulaire est dans un état complètement normal.

La cavité abdominale contenait environ 200 centimètres cubes de liquide séreux. L'estomac et les intestins contenaient une grande quantité de gaz. Le volume du foie est un peu agrandi, et cet organe est très pléthorique. Les reins ont les dimensions suivantes : le gauche, 16 centimètres de longueur, 7 centimètres de largeur et 4 centimètres d'épaisseur; le droit, 15 centimètres de longueur, 6,5 centimètres de largeur et 4 centimètres d'épaisseur. La capsule du rein est d'épaisseur normale et se détache facilement. La surface des reins est légèrement granulense, de couleur rouge foncé : la densité des reins est insignifiante. La substance corticale des reins est amoindrie (de 6 à 7 millimètres) et de teinte jaunâtre; la substance médullaire est de couleur rouge foncé (*Nephritis interstitialis cum atrophia substantiva corticalis renum granulosa*). De plus, on a trouvé dans le rein gauche un kyste séreux de 3 millimètres de diamètre.

En vertu de ce qui précède, nous formulons l'avis que S. M. l'empereur Alexandre Alexandrovitch a succombé à une paralysie cardiaque, précédée d'une dégénérescence de la musculature du cœur hypertrophié et d'une néphrite interstitielle (atrophie granuleuse des reins).

Livadia, 22 octobre (3 novembre) 1894.

Signé : Le conseiller d'État actuel Jean Fédorovitch KLEIN, professeur ordinaire émérite d'anatomie pathologique à l'Université impériale de Moscou; le conseiller d'État actuel Dmitri Nicolaïévitch ZERNOF, professeur ordinaire émérite d'anatomie normale à la même Université; le conseiller d'État Mitrophane Alexeïévitch POPOF, professeur ordinaire d'anatomie normale à l'Université impériale de Kharkov; le conseiller de collège Nicolas Vladimirovitch ALTOUKHOV, professeur d'anatomie à l'Université impériale de Moscou; le conseiller de cour Alexis Constantinovitch BÉLOOUSOF, prosecteur d'anatomie à l'Université impériale de Kharkov.

Contresigné par le ministre de la cour impériale, comte VORONTSOF-DACHKOF.

PRÉFECTURE DE POLICE

Service médical de nuit dans la ville de Paris.

Statistique du 1er juillet au 30 septembre 1894

Par MM. les docteurs PASSANT et ROUILLARD.

Arrondissements.	Hommes.	Femmes.	Enfants au-dessous de 3 ans.	TOTAL
1er	15	20	7	42
2e	12	24	7	43
3e	38	44	11	93
4e	41	56	21	118
5e	28	56	15	99
6e	16	23	5	44
7e	15	23	11	49
8e	9	11	0	20
9e	17	20	3	50
10e	31	54	14	99
11e	92	161	73	326
12e	44	59	28	131
13e	62	89	71	222
14e	41	82	31	154
15e	72	97	38	207
16e	11	24	2	37
17e	54	74	25	153
18e	106	175	77	358
19e	81	85	74	240
20e	141	245	148	534
	926	1422	661	3009

MALADIES OBSERVÉES

A. Angines et laryngites... 193
Croup... 34
Coqueluche... 15
Maladies des yeux et des oreilles... 3
Corps étrangers de l'œsophage... 1

B. Asthme... 44
Affections du cœur... 105
Bronchites aiguës et chroniques... 207
Pleuro-pneumonie... 86
Congestion pulmonaire... 36
Grippe et influenza... 23

C. Affections et troubles gastro-intestinaux... 481
Cholérine et dysenterie... 167
Athrepsie... 64
Coliques hépatiques, néphrétiques, saturnines... 79
Hernie étranglée... 20
Rétention d'urine... 17

MALADIES OBSERVÉES (*suite*).

Maladies des organes génitaux	10	F. Rhumatisme	23
		Affections éruptives	75
D. Métrite, métro-péritonite	81	Fièvre intermittente	45
Métrorragie	62	Fièvre typhoïde	13
Fausse-couche	94	Hémorragies de causes internes et externes	97
Accouchement, délivrance	170	Érysipèle	15
Accouchements non terminés	25		
		G. Plaies, contusions, abcès	129
E. Affections cérébrales	113	Fractures, luxations, entorses	31
Convulsions, éclampsies	83	Brûlures	6
Névralgie	74	Empoisonnements	19
Névroses	142	Suicide	10
Épilepsie	22		
Aliénation mentale	15	H. Mort à l'arrivée du médecin	56
Alcoolisme, délirium tremens	27	Total	3009

La moyenne des visites par nuit est de 33,03. Pour le trimestre correspondant de l'an dernier, elle était de 34,43.

Les hommes entrent dans la proportion de			30,7 p. 100.	
Les femmes	—	—	47,2	—
Les enfants	—	—	21,6	—

Visites du troisième trimestre de 1893.	3168
Visites du troisième trimestre de 1894.	3009
Différence en moins	159

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

M. le professeur Laboulbène a ouvert samedi son cours de l'histoire de la médecine. Suivant son heureuse coutume, le savant professeur relate avec soin les événements qui se sont passés à la Faculté et dans le monde médical.

L'année dernière, M. Laboulbène avait formulé le programme des nouvelles études qui commenceront en 1895 (anatomie et physiologie en première année); aujourd'hui, il émet le vœu que la clinique des maladies nerveuses et de l'encéphale, perdue à Sainte-Anne, vienne à la Salpêtrière auprès de celles des maladies du système nerveux.

Après-demain, mercredi, nous publierons le préambule de cette leçon d'ouverture, consacrée à la biographie de Galien.

— M. le professeur Raymond a inauguré son cours à la Salpêtrière, au milieu d'un grand concours d'élèves et de médecins. Après avoir, en termes émus, retracé le portrait de Charcot et dit son action sur la pathologie nerveuse, M. Raymond a déclaré qu'il suivrait les traditions de l'École de la Salpêtrière.

— Le Conseil d'État, statuant au contentieux, sous la présidence de M. Laferrière, a rejeté le pourvoi formé contre le concours d'agrégation des Facultés de médecine de 1892, et validé les opérations de ce concours.

Le Conseil constate qu'il n'a été procédé, le premier jour, à aucun acte de concours; que c'est seulement le lendemain, le jury étant au complet, que le concours a commencé; et que, dans ces circonstances, les faits allégués dans le recours ne constituent pas une infraction, de nature à vicier les opérations auxquelles il a été procédé.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — PRIX UNIVERSITAIRES. Première année (chimie, physique, histoire naturelle) : prix, M. Fruhinsholz; première mention, M. Melnotte; deuxième mention, M. Jacquot.

Troisième année (anatomie, physiologie) : prix, M. Lahaussois; première mention, M. Rapp; deuxième mention, M. Demange.

Quatrième année (chirurgie) : pas de prix; mention honorable, M. Humbert.

Quatrième année (médecine) : prix, M. Hoche; première mention, M. Braun; deuxième mention, M. Winstel.

PRIX DE L'INTERNAT (fondé par le docteur Bénit) : M. André.

PRIX DE THÈSE. Premier prix, M. Guilloz; mention très honorable, *ex æquo*, MM. Voirin et Jacques; mentions honorables, MM. Lambert, Barth et Hagelstein.

— *Hôpital de Limoges.* — Le concours de l'internat s'est terminé par les nominations suivantes :

Titulaires : MM. Bonnat, Boisson, Gourivaud et Pimpot. — Provisoires : MM. Manet, Butaud et Fraisseix.

— Le concours pour l'emploi de professeur suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicales et de clinique obstétricale, près l'École de médecine de Rouen, s'est terminé par la nomination de M. Martin, chef de clinique obstétricale à ladite École.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Dereux (de Sainte-Foy l'Argentière) et Gérard Piogey (de Paris).

— *Allemagne.* — Le prochain budget prévoit de nouveaux crédits pour améliorer la nourriture du soldat. Désormais, celui-ci aura deux repas chauds par jour au lieu d'un et recevra à cet effet 150 grammes de viande au lieu de 120, plus 40 grammes de graisse. La quantité de légumes sera augmentée de moitié. En temps de manœuvres, cet ordinaire doit être renforcé de 50 p. 100. Les motifs de cette modification sont que le service de deux ans impose au soldat un travail plus considérable.

— *Faculté des sciences de Paris.* — M. le professeur Ditte ouvrira son cours de chimie, le mercredi 21 novembre, à deux heures, rue Michelet, n° 3, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des métaux et de leurs combinaisons principales.

M. le professeur Giard commencera le cours d'évolution des êtres organisés (fondation de la Ville de Paris), le mercredi 21 novembre, rue de l'Estrapade, n° 18. Ce cours aura lieu les mercredis à deux heures et les samedis à onze heures. — Le professeur traitera de l'influence des milieux sur l'évolution ontogénique et phylogénique des êtres vivants. Le samedi, à onze heures, il fera l'exposé de la mécanique de l'embryon et de la théorie de la mosaïque de W. Roux.

M. le professeur Bonnier ouvrira son cours de botanique, le mercredi 21 novembre, à trois heures et demie, à l'amphithéâtre de physique, et le continuera les vendredis et mercredis suivants, à la même heure. — Il traitera des végétaux cryptogames.

M. le professeur Troost ouvrira son cours de chimie, le jeudi 22 novembre, à une heure, à l'amphithéâtre de chimie, et le continuera les lundis et jeudis suivants, à la même heure. — Il exposera les lois générales de la chimie et les principes de la thermochimie; il fera l'histoire des métalloïdes et de leurs principales combinaisons. Des manipulations sont dirigées pendant toute l'année par le professeur.

M. Pellat, professeur adjoint, chargé du cours annexe de physique générale, commencera ce cours le jeudi 22 novembre, à quatre heures, dans l'amphithéâtre de physique, et le continuera les jeudis suivants, à la même heure. — Il traitera de l'acoustique et de l'optique (polarisation de la lumière, optique cristalline).

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 1259, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOUDD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 135. — JEUDI 22 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 22 NOVEMBRE 1894. — N° 135.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3.000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

La Compagnie a élu, à la presque unanimité (66 voix sur 74 votants), M. Lucas-Championnière membre titulaire dans la section de médecine opératoire. C'est là un succès bien mérité pour le chirurgien que ses travaux sur l'antisepsie, sur la cure radicale des hernies, sur la trépanation, etc., désignaient depuis longtemps déjà aux suffrages de l'Académie. Nous sommes heureux d'adresser à notre distingué collègue toutes nos félicitations.

Le reste de la séance a été entièrement occupé par des rapports de prix de MM. Cadet de Gassicourt pour le prix de l'Académie, Vallin pour le prix Vernois, Landouzy pour le prix Godard et Straus pour le prix Portal.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LABOULBÈNE.

Leçon d'ouverture.

Messieurs,

Vous savez que chaque année, au début des études, je vous retrace brièvement les événements qui doivent ou qui peuvent vous intéresser. Après les pertes si cruelles éprouvées par la Faculté, en 1893, nous n'avons eu à déplorer la mort d'aucun professeur, mais trois anciens agrégés de grand mérite, MM. Quinquaud, Ollivier et Legroux, nous ont été enlevés prématurément.

Charles-Eugène Quinquaud m'était particulièrement affectionné. Par un travail opiniâtre, avec une volonté de fer, il avait conquis tous ses titres, il ne devait rien qu'à lui-même. Quinquaud avait remplacé Gavarret à l'Académie de médecine, dans la section de physique et de chimie. Ses travaux importants ont un cachet d'originalité et d'exactitude; il connaissait le rôle considérable des méthodes rigoureuses de la physique et surtout de la chimie dans leurs applications à la médecine.

C'était un vaillant et un fort. Sa perte a été vivement ressentie par tous; elle me laisse une douleur que le temps peut amortir, mais qui ne s'effacera jamais, car nos chers élèves de la première heure font réellement partie de notre famille.

Auguste Ollivier était plus âgé que Quinquaud, et Grisolle qui l'avait remarqué l'avait pris pour gendre. Ollivier appartenait, dès 1887, à la section d'hygiène de l'Académie et s'occupait activement de pathologie spéciale, à l'hôpital des Enfants-Malades. Je l'avais eu pour compétiteur à cette chaire d'histoire de la médecine et de la chirurgie et nul, plus que moi, n'a connu ses travaux, son désir d'arriver au professorat dans la Faculté et l'ardeur qu'il a déployée pour atteindre le but élevé qu'il poursuivait.

Alexis-Charles Legroux, fils d'un médecin éminent auquel on doit la thèse *Sur les concrétions sanguines dites polypiformes développées pendant la vie*, avait hérité des hautes qualités paternelles. Devenu à la fois par le concours, en 1875, agrégé et médecin des hôpitaux, Legroux a fait plusieurs remplacements où il sut se faire écouter; il laisse partout de sympathiques regrets.

Vous m'approuverez de donner un souvenir à un homme de cœur dont la modestie égalait le mérite, à un illustre chef de la médecine militaire qui avait reçu une récompense nationale pour ses inoubliables services. François-Clément Maillot, ayant reconnu comme Littré la vraie nature des fièvres d'Afrique, répudia la médication antiphlogistique et employa résolument le sulfate de quinine. Grâce à lui, l'armée put se maintenir en Algérie et la colonie, « terre maudite » suivant l'expression arabe, est devenue salubre et fertile.

Je tiens à souhaiter la bienvenue à vos deux nouveaux maîtres, mes chers collègues MM. Raymond et Berger. Ils vous donneront un enseignement hospitalier des plus profitables, l'un en pathologie nerveuse, l'autre en pathologie chirurgicale et avec les admirables conquêtes de l'anesthésie, de l'asepsie et de l'antisepsie. Espérons aussi que l'École de la Salpêtrière s'agrandira et que la clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale, si éloignée à Sainte-Anne, sera transférée auprès de la clinique des maladies du système nerveux.

Le souvenir de Charcot se perpétuera dans cette dernière, avec celui qu'il avait désigné pour successeur : son élève et son ami, Fulgence Raymond.

De nombreux congrès ont eu lieu en France et à l'étranger.

Parmi eux, je ne fais que signaler : le Congrès de dermatologie tenu à Lyon, à partir du 2 août; celui d'hydrothérapie marine à Boulogne-sur-Mer, et encore le Congrès français des médecins aliénistes et neurologistes à Clermont-Ferrand (6 au 11 août); le Congrès international d'ophtalmologie à Édimbourg (7-11 août); le Congrès de l'Association française pour l'avancement des sciences, dont la session bien remplie a été tenue à Caen du 9 au 16 août.

Je veux insister sur le Congrès international d'hygiène et de démographie qui a eu lieu à Budapest, du 2 au 8 septembre. La réception hongroise a été des plus cordiales; l'impression produite par les travailleurs français demeure exceptionnelle. Je vous indique rapidement : le rapport du professeur Duplay sur l'étiologie du cancer, les travaux sur l'hygiène de l'eau potable, la bactériologie du choléra, la peste à Hong-Kong et le bacille de la peste, le pneumobacille et la pneumo-bacilline, la malléine, etc. Il vous faudra lire et apprécier le rapport de M. Metchnikoff sur l'immunité dans les maladies infectieuses, où la part est faite entre l'activité des cellules vivantes et les matières solubles tant alexines qu'antitoxines. La communication de premier rang de M. E. Roux, sur la sérum-thérapie dans la diphtérie, a été faite en présence de Behring, de Lœffler, d'Aronson, etc. M. Roux a publié ses recherches lorsque les résultats en ont été bien acquis et fort nombreux, sans avoir à craindre les désillusions qui ont suivi d'autres découvertes annoncées à la hâte. La sérum-thérapie prend place dans la thérapeutique; elle s'appuie sur les faits, elle résulte des doctrines et des procédés introduits dans l'étude des maladies infectieuses par le fécond génie de notre grand Louis Pasteur.

Enfin, dans le Ier Congrès français de médecine interne, tenu à Lyon à la fin d'octobre, sous la présidence de M. le professeur Potain, avec délégation de M. le professeur Bouchard, parmi un grand nombre de communications, trois questions principales ont été examinées et discutées : étiologie, pathogénie du diabète; valeur clinique du chimisme stomacal; les aphasies. Lisez le discours d'ouverture de M. Potain; il vous donne une étude des plus intéressantes sur la « médecine en province », et il vient de paraître dans la *Revue scientifique* (1).

J'arrive à vous parler du cours du semestre. J'ai pris pour sujet : l'histoire des maladies parasitaires, dont la connaissance approfondie s'impose de plus en plus. La découverte pressentie de parasites infiniment petits, mais non encore trouvés, constituera un des progrès importants de l'avenir. L'action de ces agents : cocci, bactéries, sporozoaires, etc., est loin d'être simple; elle est liée au milieu de culture favorable, au degré de développement, à des associations microbiennes multiples. De là, une complexité que des recherches faites de toutes parts tendent à élucider. Le médecin, quoi qu'on en ait dit et comme on l'a cru trop facilement, ne veut pas constamment la mort ou l'expulsion du microbe, il s'efforce de le rendre moins redoutable, sinon inoffensif; il empêche sa propagation, il atténue sa virulence. La sérum-thérapie vous offre ainsi un moyen précieux, et pouvant désormais être employé avec succès.

L'histoire de la science vous montrera les notions qu'on a eues d'abord et vous vous rendrez compte des progrès accomplis. Les idées ont été primitivement confuses, erronées, même pour les parasites les plus gros, les plus ordinaires, les plus faciles à observer, par exemple les vers intestinaux : l'Ἕλμινς, l'Ἀσκαρὶς, le Ταινία, les Χάλαζαὶ, le Δρακόντιον μικρὸν, *Vena medinensis*, *Dracunculus*, etc. Vous ne serez pas peu surpris, comme l'a noté Davaine, que, de raisonnement en raisonnement, de subtilités en subtilités, on soit arrivé à la fin du XVIIIe siècle, à admettre des maladies vermineuses sans vers. Je tiens à ce que le cours vous serve comme éducation médicale et pour plusieurs examens; vous savez que j'ai pris pour devise : *Historia utilis*.

Dans cette première leçon, suivant mon habitude, je vous exposerai un sujet spécial; j'ai choisi : Galien et son époque. Pendant vos études, vous entendrez souvent prononcer le nom du grand médecin de Pergame et citer son système, ou le galénisme, qui a régné et pesé sur la médecine pendant une longue série de siècles. Galien doit vous être parfaitement connu, il faut vous former une idée impartiale sur cet homme célèbre et sur l'influence qu'il a exercée. Il faut aussi que vous vous rendiez compte de la médecine à Rome, médecine grecque, apportée par les Grecs si redoutés de Caton le Censeur, romain du vieux parti. Un livre important de M. Maurice Albert, qui a paru il y a quelques mois à peine, me fournira l'occasion de vous soumettre et de discuter des documents fort intéressants.

Pendant la semaine, les mardis et jeudis, je vous exposerai l'histoire des maladies parasitaires. Le samedi sera réservé à l'histoire générale des sciences médicales, depuis l'antiquité jusqu'à nos jours. Je vous ferai parcourir les diverses époques de la médecine, en ayant soin de placer en pleine lumière, de faire ressortir en relief les grandes figures des maîtres ainsi que leurs œuvres. Vous apprendrez ainsi la biographie et la bibliographie médicales. Sans plus de préambules, je commence à vous parler de Galien.

HOPITAL SAINT-SAUVEUR DE LILLE

Des luxations subites se produisant dans le cours de certaines maladies aiguës (1).

Par le docteur Phocas,

Professeur agrégé à la Faculté de médecine de Lille.

II

Les luxations subites dans le cours du *rhumatisme articulaire* furent étudiées, de main de maître, par Verneuil. Voici comment elles se présentent. Un malade exempt de toute manifestation scrofuleuse est atteint de rhumatisme articulaire fébrile ou d'arthrite mono-articulaire aiguë, les douleurs sont violentes, le membre est dans une attitude vicieuse. Un jour, les douleurs cessent presque subitement. On examine l'articulation affectée et on y constate une déformation considérable tout à fait semblable à celle qui caractérise la luxation traumatique. Si on abandonne le mal à lui-même, l'inflammation se dissipe sans laisser à sa suite ni ostéite, ni suppuration, mais avec difformité persistante. Si l'on réduit, on rend instantanément au membre sa direction, sa longueur, sa forme, et, au bout d'un certain temps, la guérison est obtenue.

On voit par cet exposé que les luxations en question :

1° Se rapprochent des luxations traumatiques par leur

(1) 4e Série, t. II, 10 nov. 1894, p. 577-582.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1233.

production en quelque sorte secondaire, par l'absence de toute lésion osseuse, par la possibilité d'une réduction instantanée et permanente, par le retour intégral des fonctions; mais qu'elles en diffèrent par l'absence d'une violence extérieure capable d'exercer le déplacement.

2° Se relient aux luxations pathologiques par la persistance d'une affection articulaire rhumatismale ou arthrite aiguë.

En réunissant les observations contenues dans le mémoire de Forgue et Maubrac, dans la thèse de Didier et dans le mémoire de Verneuil, ainsi que l'observation de M. Hartmann, nous trouvons quinze observations de luxations subites de la hanche dans le cours du rhumatisme articulaire aigu. Ces luxations se décomposent ainsi :

Quatre faits se rapportent à des luxations du genou, un fait a trait à une luxation de l'épaule, et tout le reste concerne des luxations de la hanche.

La plupart des malades étaient jeunes (de cinq ans à trente ans, dix-huit ans en moyenne), une seule fois le malade avait cinquante ans. La cause prochaine a paru être soit une position vicieuse, soit une attitude maintenue par des coussins pour soulager la douleur, car dans aucun cas on n'a pratiqué, dès le début, l'immobilisation. Les attaques du rhumatisme étaient très douloureuses. La plupart du temps, il s'agissait de rhumatisme vrai. Dans deux observations seulement, nous trouvons noté le rhumatisme pendant les couches.

Dans un cas, il s'agissait d'une femme atteinte de rhumatisme au quatrième mois de la grossesse. Elle eut une luxation de la hanche et une arthrite suppurée de cette jointure, arthrite qui a entraîné la mort (Obs. de Bonnet).

Une autre jeune fille, âgée de vingt ans, fut atteinte d'une luxation du genou droit à la suite d'un accouchement, elle eut aussi une arthrite purulente (Obs. in Th. de Verdier due à Verneuil).

Dans un autre cas, également de Verneuil, il s'agissait d'un pseudo-rhumatisme infectieux; le patient était âgé de cinq ans.

Quand il s'agit de vrai rhumatisme, c'est au bout de six à dix semaines de maladie qu'on voit se produire, en général, la luxation. Ce n'est que dans un seul cas de luxation de l'épaule que le rhumatisme a précédé de quelques années la luxation.

Toutes les luxations de la hanche étaient identiques, sauf deux, où il s'agissait d'une luxation obturatrice. Ces deux observations sont dues à Stromeyer, cité par Forgue et Maubrac, et à Hartmann.

Les luxations du genou étaient toujours des luxations du tibia en arrière : l'une d'elles était récidivante et nécessita la résection du genou et l'amputation de la cuisse.

Aucun traumatisme apparent n'intervient dans la production de ces luxations. Leur début, en général, est instantané, subit, et quelquefois même ce début a été remarqué par le malade. Une jeune fille racontait à M. Verneuil qu'elle a senti la luxation se produire pendant la nuit. C'est, en effet, un début brusque, soudain, souvent nocturne, et présentant ceci de particulier, à savoir : qu'il est accompagné d'un soulagement brusque des douleurs.

On note cependant, dans certaines observations, un certain effort musculaire qui explique la production du déplacement.

L'arthrite précède toujours la luxation; cette arthrite devient parfois purulente. Dans quatre observations, nous notons cette terminaison, elle a toujours été suivie de mort. Nous rencontrons aussi quelques observations où la réduction sous le chloroforme a guéri la luxation (5 observations). Dans une autre catégorie de faits, la réduction n'a pas été faite et la déformation est devenue persistante.

En somme, la production de la luxation subite dans le cours du rhumatisme articulaire aigu est un accident sérieux qui peut compromettre gravement les fonctions et qui peut entraîner quelquefois la mort. Mais il est à noter que cet accident est susceptible d'un traitement préventif par l'immobilisation qui doit se faire dans la bonne position. Il est susceptible d'un traitement curatif quand il s'est produit. Il suffit alors de soumettre le malade à l'anesthésie chloroformique, de réduire la luxation et de la maintenir réduite.

Les luxations subites à la suite ou dans le cours de la *scarlatine* sont beaucoup plus rares.

Forgue et Maubrac rapportent deux observations dues à Dittel et à Gueterbock. M. Raymond Sainton a rapporté une observation de Kirmisson (1).

Dans une seule observation, celle de Kirmisson, on a pu réduire sous le chloroforme et guérir la luxation (enfant de dix ans).

III

Nous voyons, en somme, que dans le cours de certaines maladies infectieuses, rhumatisme, fièvre typhoïde, scarlatine, des articulations, parmi lesquelles il faut surtout noter la hanche, peuvent devenir le siège d'une localisation infectieuse qui se termine par une luxation subite, sans aucune violence extérieure apparente et sans lésion osseuse perceptible.

Avec Kirmisson, il est nécessaire de mettre de côté tous les faits où il y a eu suppuration et destruction de l'articulation; la luxation est alors bien compréhensible. C'est le cas de notre seconde observation où une coxite antérieure fut réveillée et exaspérée par le processus typhique et finit par amener la luxation et la suppuration.

Dans ces cas, de même que dans ceux où la suppuration fut nettement constatée, la luxation est facile à expliquer.

Mais la discussion est ouverte en ce qui concerne le mécanisme intime de production des autres luxations subites. C'est là un point controversé de l'histoire de ces luxations. Deux grandes théories se trouvent en présence. L'une de ces théories date d'Hippocrate. Admise par J.-L. Petit, Lesauvage, Parise et bien d'autres, elle attribue à l'hydarthrose le pouvoir d'expulser la tête du fémur et de produire la luxation.

L'autre théorie est récente, et c'est Verneuil qui l'a développée. Verneuil fait jouer à la parésie musculaire et à l'exagération du pouvoir des muscles antagonistes, le principal rôle dans la production de la luxation. C'est la même théorie qui a été invoquée par ce chirurgien pour expliquer les luxations dites congénitales de la hanche.

En faveur de l'une ou l'autre de ces deux théories, on peut invoquer quelques faits. Il est certain par exemple que l'hydarthrose existe, qu'elle ramollit les ligaments passifs et que si elle n'est pas capable par elle-même d'expulser la tête fémorale, il est bien difficile de ne pas lui attribuer un rôle dans la production de la luxation.

(1) R. Sainton. *Rev. d'orthop.*, loc. cit.

Il n'est pas moins démontré que les lésions musculaires sont constantes dans les arthrites. On connaît à cette heure très bien ces atrophies musculaires qui surviennent si rapidement dans le cours des arthrites et occupent certains groupes musculaires de préférence à d'autres. On sait aussi combien le système musculaire est en général touché dans la fièvre typhoïde. Ce sont là des considérations très plausibles à faire valoir en faveur de la théorie de Verneuil.

Mais il est bien difficile, en l'absence d'une démonstration directe, de se faire une opinion dans l'état actuel de la question, on pourrait sans doute disserter à perte de vue sans arriver à un résultat concluant.

Ce qui nous paraît plus intéressant, c'est d'observer avec soin les circonstances étiologiques des luxations et c'est pour cela que nous attirerons l'attention sur notre observation. Il s'agissait d'un enfant ayant de la paralysie infantile, le membre gauche était impotent, le membre droit était valide.

Surviennent une fièvre typhoïde et une luxation subite de la hanche, et c'est le *côté valide* qui est le siège de la luxation. Cette observation est-elle en faveur de la théorie musculaire? Vient-elle déposer contre cette théorie? Nous n'osons même pas nous prononcer.

Mais, ce qui nous paraît clair dans notre observation c'est le fait suivant : quand un des deux membres inférieurs est impotent primitivement et l'autre valide, la luxation subite survenant dans le cours d'une arthrite infectieuse occupe le membre valide. C'est l'énoncé de notre observation. Est-ce une loi générale? Nous n'en savons rien; mais une observation de M. Kirmisson, celle qui a trait à une luxation subite dans le cours d'une scarlatine, offre des analogies avec la nôtre. Le malade de M. Kirmisson avait eu une coxalgie gauche qui s'est terminée par ankylose. Il avait donc un membre gauche impotent. Au bout de quelque temps, l'enfant est atteint d'une scarlatine et, dans le cours de cette maladie, il a une luxation subite de la hanche qui se localise du côté opposé. On nous objectera que la hanche gauche étant ankylosée, elle ne pouvait se luxer. Mais nous répondrons que nous ne comprenons pas pourquoi la localisation infectieuse ne s'est pas cantonnée dans la hanche primitivement malade, comme cela est arrivé dans notre seconde observation, où la fièvre typhoïde a réveillé et exaspéré une coxalgie presque guérie.

Ce qui paraît démontré, en un mot, c'est que l'arthrite infectieuse ouvre la scène, car il serait difficile de concevoir l'une ou l'autre des théories, sans admettre une arthrite primitive. Mais pourquoi cette arthrite se cantonne-t-elle dans une articulation plutôt que dans une autre, pourquoi tantôt elle guérit, tantôt elle provoque une luxation? Nous croyons sincèrement que l'explication de ces phénomènes, si elle a été émise, n'est pas prouvée.

Je me permettrai aussi de faire observer qu'on a peut-être trop parlé d'absence des lésions osseuses dans ces articulations atteintes de luxations subites. En réalité, nous manquons d'une pièce anatomo-pathologique pour juger la question.

Notre première observation est typique comme luxation subite de la convalescence de la fièvre typhoïde, et j'ai constaté très nettement, et à plusieurs reprises, des craquements dans la jointure.

On a dit que la guérison de ces luxations après réduction prouvait l'absence des lésions osseuses. Je ne le pense pas, car nous connaissons à cette heure des coxalgies véritables avec lésions osseuses, par conséquent qui ont guéri avec conservation des mouvements. Les lésions ne sont peut-être pas bien étendues, ni trop profondes, mais rien ne prouve qu'elles fassent totalement défaut.

Quoi qu'il en soit de la pathogénie, qui est probablement très complexe et s'accommode difficilement d'une explication simple, une notion nous paraît très intéressante à mettre en relief, c'est la curabilité de ces luxations à la suite de la réduction.

MM. Kirmisson, Hartmann et d'autres ont obtenu des succès en réduisant les luxations de leurs malades.

Nous avons fait de même pour nos deux malades.

Celui de la première observation est encore en cours de traitement, mais sa luxation fut réduite sous le chloroforme.

L'enfant qui fait le sujet de la seconde observation est aussi guéri par une ankylose.

Il est donc absolument indiqué, toutes les fois qu'on se trouve en présence d'une luxation de ce genre, de recourir à la réduction.

Mais je ferai encore des réserves au point de vue du pronostic. Ces luxations, même réduites, ne guériront pas toujours d'une façon irréprochable.

Un de nos malades a suppuré, et sa hanche réduite s'est ankylosée, dans une bonne position il est vrai, mais il n'est pas moins vrai qu'il a, à cette heure, une ankylose.

L'autre est trop récent pour que je puisse en parler. Cependant son observation est devenue aussi intéressante, à ce point de vue. J'avais réduit la luxation sous le chloroforme, j'ai immobilisé et pratiqué l'extension continue. Au bout de vingt jours, j'ai enlevé l'extenseur et l'immobilisateur, et la luxation s'est reproduite. Il m'a fallu de nouveau recourir à la réduction sous le chloroforme.

On voit donc que le pronostic de ces luxations est souvent sérieux, même quand on a fait ce qu'on doit faire actuellement, c'est-à-dire quand on a réduit la luxation dès qu'elle a été constatée.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 20 novembre 1894. — Présidence de M. Rochard.

ÉLECTION

L'Académie procède à l'élection d'un membre titulaire dans la section de médecine opératoire.

Au premier tour de scrutin, le nombre des votants étant 74, majorité 38, M. J. Lucas-Championnière est élu par 66 voix, contre 3 données à M. Delorme, 2 à M. Delens, 2 à M. Pozzi et 1 bulletin blanc.

RAPPORTS

M. Cadet de Gassicourt lit, au nom de M. Kelsch, un rapport sur les travaux adressés pour le prix de l'Académie.

M. Vallin lit un rapport sur les mémoires envoyés pour le prix Vernois.

M. Landouzy lit un rapport sur les livres et mémoires adressés pour le prix Godard.

M. Straus lit un rapport sur les candidats au prix Portal.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Chirurgie abdominale (1), par J. Greig Smith, traduit par le docteur P. Vallin.

C'est une heureuse idée d'avoir réuni en un volume toutes les opérations de la chirurgie abdominale, éparses jusqu'ici dans les traités de pathologie, de gynécologie ou reléguées dans quelques monographies particulières.

Ce livre comprend quatorze chapitres. Les deux premiers sont consacrés au diagnostic des tumeurs de l'abdomen et aux opérations abdominales en général. Les trois suivants ont trait à la gynécologie, puis viennent la chirurgie de l'estomac, de l'intestin, du rein, du foie, de la rate, du pancréas, du péritoine, la description de certaines opérations non classées, les affections du mésentère, de la vessie, les lésions traumatiques.

M. Duret, dans une remarquable préface, qui est une véritable analyse du livre, met en relief les mérites de l'ouvrage et la traduction fidèle, correcte et élégante de M. Vallin, professeur à la Faculté libre de Lille.

Manuel des amputations du pied (2), par le docteur Roux de Brignoles.

Ce livre est plus un atlas qu'un manuel, étant donné le grand nombre de figures intercalées dans le texte. Les planches finales représentent les régions opératoires sous leurs aspects les plus divers.

A signaler le premier chapitre, où l'auteur pose et discute les règles qui doivent présider à la confection des moignons. M. Roux s'est attaché à adopter la méthode sous-périostée aux différents procédés jusqu'alors en usage.

Le livre est bien imprimé, les gravures sont nettes; malgré ces avantages, le style télégraphique du livre le rendra peu profitable aux étudiants, qui ne seraient pas déjà très familiarisés avec la médecine opératoire. Le manque de détails restreindra l'usage de ce livre à ceux qui se destinent à la pratique exclusive de la chirurgie, et qui trouveront dans le travail de M. Roux un memento commode à consulter.

De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus (3), par le docteur Baudron.

La thèse de M. Baudron est un volumineux travail, basé sur les 200 premières observations de M. Segond. M. Baudron a fait pour M. Segond ce que M. Richelot a fait pour lui-même. Nos lecteurs ont été tenus au courant des débats qui ont accueilli les premières opérations et la communication si brillante que M. Segond a faite à la Société de chirurgie. Le récent Congrès de Lyon a retenti encore de ces querelles qui divisent les hystérectomistes et les laparotomistes. En chirurgie, il faut être éclectique, et ne point se ranger dans le camp trop exclusif des intransigeants. Aussi tous les chirurgiens, à l'heure actuelle, acceptent-ils l'hystérectomie vaginale, pour lésions bilatérales des annexes, comme une conquête précieuse de la chirurgie moderne. Des divergences existent seulement dans l'appréciation des indications. Comme nous le disions à propos du traité de M. Richelot, l'hystérectomie a maintenant et définitivement droit de cité dans la thérapeutique chirurgicale.

La monographie de M. Baudron est une œuvre de grand labeur, qui apporte dans le procès des documents d'une incontestable valeur. C'est un chapitre de thérapeutique opératoire dans lequel on trouve successivement étudiés, l'historique, la technique, la valeur absolue et comparée et les indications de la castration utérine.

En résumé, le travail de M. Baudron est une étude complète et un exposé de la question fait par un assistant convaincu par ce qu'il a pu voir et observer.

L'intubation du larynx, chez l'enfant et chez l'adulte. Ses indications et sa valeur thérapeutique (1), par le docteur P. Ferroud.

L'auteur s'est efforcé d'établir, dans cette monographie, qu'au lieu de rejeter le tubage, on doit le prendre en considération, l'étudier sérieusement avant de se croire autorisé à le juger et à le condamner.

Il ne mérite pas, en effet, le discrédit qui le frappe dans son pays d'origine, et quand, sans aucune prévention, on lui aura confié le traitement de quelques malades, on ne tardera pas à se persuader que pour le croup il peut marcher de pair avec la trachéotomie, et que pour bien d'autres affections, il doit sur elle avoir la préséance.

M. Ferroud a foi en son avenir, il compte le voir un jour, chez nous, au premier rang des méthodes laryngologiques. Le tubage ne fera jamais disparaître son aînée des cadres thérapeutiques, toutefois il en réduira l'importance et le rôle et prendra sur elle le pas qu'elle avait sur lui.

Plus d'un motif confirme, d'ailleurs, dans cette prévision, c'est le bruit vague qui paraît s'élever autour du tubage, c'est l'intérêt ou plutôt la curiosité dont on l'environne, c'est notre littérature médicale, où l'on trouve parfois un écho affaibli des articles d'O'Dwyer, de Lefferts, de Masséi, d'Egidi, de Jacques, etc., c'est, enfin, le nombre de prosélytes que fait la méthode nouvelle.

L'auteur espère que l'intubation, malgré tous les obstacles, s'implantera en France, comme elle s'est implantée en Amérique, en Allemagne, en Suède, en Angleterre, en Italie, en Suisse, en Autriche, en Espagne, en Belgique et la trachéotomie, perdant chaque jour du terrain, n'aura pas d'autre champ opératoire que celui des contre-indications du tubage.

Alors nous verrons peut-être se réaliser la prophétie de Malgaigne et les membres de l'Académie de médecine, rendant à Bouchut un hommage posthume, accueilleront avec enthousiasme ce que répudièrent leurs aînés.

L'appareil urinaire chez l'adulte et chez le vieillard (2), par le docteur A. Miquet.

Voici le résumé de cette thèse :

« Si, en étudiant l'anatomie macroscopique, microscopique et animée de l'appareil urinaire chez l'adulte, nous avons constaté qu'il était dans son plein fonctionnement, dans toute son activité; chez le vieillard, au contraire, il subit la dégénérescence scléreuse, d'où toutes ces lésions qui ne sont que la conséquence de la grande loi de régression de l'organisme. »

De la résection du rectum par la méthode de Schelkly (3), par le docteur Depage.

Ce petit opuscule contient la relation d'un cas d'extirpation du cancer du rectum à siège élevé, par la méthode de Schelkly; méthode consistant à aborder le rectum par une incision transversale bi-ischiatique, la malade étant dans le décubitus dorsal. L'intestin sectionné au-dessus du néoplasme est suturé au bout inférieur, que, pour la commodité des sutures, on invagine préalablement par l'anus.

(1) In-8°. Prix : 18 francs. — Paris, Steinheil.
(2) Gr. in-8°. Prix : 10 francs. — Paris, G. Masson.
(3) In-8°. Prix : 10 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.

(1) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(2) In-8°. Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.
(3) In-8°. Prix : 1 franc. — Bruxelles, H. Lamertin.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 17 novembre 1894, un concours s'ouvrira le 20 mai 1895, devant l'École de médecine d'Amiens, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite École.

— Le concours de l'internat des hôpitaux d'Alger s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires : MM. Richardot, Bonnard, Patry, Cabanes et Bornet. — Internes provisoires : MM. Barillon, Murat, Bulliod, Monnet (John), Maquet, Brucker, Manoni et Krentz.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Sont nommés pour trois ans, à dater du 1er décembre 1894, chargés de cours annexes de clinique prévus au décret du 20 novembre 1893, les médecins et chirurgiens des hôpitaux dont les noms suivent :

Cliniques médicales : MM. Ferrand (Hôtel-Dieu), Robin (Pitié), Faisans (Pitié), Constantin Paul (Charité), Gouraud (Charité), Hanot (Saint-Antoine), Tapret (Saint-Antoine), Letulle (Saint-Antoine), Rendu (Necker), Huchard (Necker), Cuffer (Necker), Chauffard (Cochin), Fernet (Beaujon), Rigal (Beaujon), Duguet (Lariboisière), Troisier (Lariboisière), Dreyfus-Brisac (Lariboisière), Landouzy (Laënnec), Gingeot (Laënnec), Barth (Broussais).

Cliniques chirurgicales : MM. Polaillon (Hôtel-Dieu), Reclus (Pitié), Monod (Saint-Antoine), Blum (Saint-Antoine), Schwartz (Cochin), Quénu (Cochin), Peyrot (Lariboisière), Campenon (Broussais).

MM. Cornil, professeur d'anatomie pathologique à la Faculté, et Landouzy, professeur de matière médicale et thérapeutique, sont chargés en outre et sur leur demande, à titre de médecins des hôpitaux, de cours annexes de clinique, le premier à l'Hôtel-Dieu, le second à l'hôpital Laënnec.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Beylot (Élie-Marc), licencié ès sciences naturelles, est nommé préparateur du laboratoire d'histologie.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — M. Levrat (Albrice-Joseph-Gustave), docteur en médecine, est nommé moniteur de clinique médicale.

M. Salvador est nommé préparateur du laboratoire de physique à ladite Faculté, en remplacement de M. Meschinet de Richemond, dont les fonctions sont expirées.

M. Pittion est maintenu dans les fonctions de moniteur de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — Un congé, du 1er novembre 1894 au 30 avril 1895, est accordé, sur sa demande, à M. Lavergne, chef de clinique obstétricale.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Dubrueil, professeur de clinique chirurgicale.

M. Lapeyre, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique chirurgicale.

Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Paulet, professeur d'anatomie.

M. Gilis, agrégé, est chargé, pour l'année scolaire 1894-1895, d'un cours d'anatomie à ladite Faculté.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — Sont maintenus, pour l'année scolaire 1894-1895, dans les fonctions de préparateurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse :

MM. Campistrou (anatomie pathologique), Thévenin (thérapeutique), Iversenc (hygiène).

Sont nommés, pour l'année scolaire 1894-1895, préparateurs à la Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Toulouse :

MM. Guy (pathologie chirurgicale), Boyer (pathologie médicale), Verdun (pathologie et thérapeutique générale), Maraval (médecine légale), Ribaut (pharmacie), en remplacement de MM. Jammes, Baylac, Bonnet et Pierre, dont les fonctions expiraient le 31 octobre 1894.

— *École de médecine de Rouen.* — Ont été nommés lauréats :

Première année. — Concours de fin d'année : premier prix *ex æquo* MM. Girard et Lacassagne; deuxième prix M. Lesueur; mention honorable M. Beltzer. — Concours des travaux pratiques : prix M. Beltzer; mentions honorables MM. Robineau et Lacassagne.

Deuxième année. — Concours de fin d'année : prix M. Lance.

Troisième année. — Concours de fin d'année : prix M. Dufour.

Deuxième et troisième années. — Prix d'anatomie : M. Lance; mention honorable : M. Leduc; — Prix H. Pillore : M. Adolphe Hébert; — Prix des hospices : premier prix M. Spalikowski; deuxième prix M. Girard; troisième prix M. Beltzer; mention honorable MM. Lesueur, Lemonnier, Caussade et Châtel.

— *École de médecine de Caen.* — Prix de fin d'année (première année) : néant; (deuxième année) : premier prix, M. Henri Le Roux; deuxième prix, M. Pierre Marais; (troisième année) : premier prix, M. Georges Milon.

Concours de travaux chimiques : premier prix, M. Joseph Bidel; deuxième prix, M. Alfr. François; mentions honorables, MM. Louis Trolley, Thadée Napiéralski, Paul Chanteux.

Concours Lesauvage : premier prix, M. Le Roux; deuxième prix, M. Marais.

Concours Dax de la Vauterie : prix, M. Millon.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Georges Masson (d'Yvetot), de Guénin, médecin aide-major de première classe.

— *Conditions d'aptitude physique exigées pour les candidats aux écoles militaires.* — Nous avons étudié (*Gaz. des hôp.*, 1894, n° 51, pp. 469-472) la nouvelle instruction sur l'aptitude physique au service militaire, du 13 mars 1894. Il vient de paraître une annexe (*Bull. mil. off.*, 1894, pp. 166-168) qui expose d'une façon très détaillée les conditions d'acuité visuelle exigible des candidats aux différentes écoles militaires; cette lacune restait à combler dans l'instruction précédemment élaborée.

Il importe que nos confrères, qui sont si souvent consultés par les familles, connaissent exactement les conditions d'acuité visuelle que devront désormais remplir les jeunes gens. Nous donnons ci-après le tableau récapitulatif qui termine et résume l'annexe du 1er octobre 1894 :

École spéciale militaire (section de cavalerie, Saint-Cyr) et École de Saumur : minimum d'acuité visuelle : égale à 1 d'un œil, égale ou supérieure à 1/2 de l'autre; — maximum de la myopie : 3 dioptries.

École spéciale militaire (infanterie, Saint-Cyr), École militaire d'infanterie (Saint-Maixent), École du service de santé militaire (Lyon), docteurs en médecine admis directement à l'École d'application du service de santé (Val-de-Grâce) et vétérinaires stagiaires militaires : minimum d'acuité visuelle : égale à 1 d'un œil, égale ou supérieure à 1/4 de l'autre; — maximum de la myopie : 4 dioptries.

Élèves de l'École polytechnique affectés aux armes de l'artillerie et du génie, École de sous-officiers de l'artillerie et du génie (Versailles), École d'administration militaire (Vincennes), pharmaciens de 1re classe admis directement à l'École d'application du service de santé et élèves en pharmacie du service de santé : minimum d'acuité visuelle : égale ou supérieure à 1/2 d'un œil, égale ou supérieure à 1/10 de l'autre; — maximum de la myopie : 6 dioptries.

— *Bulgarie.* — Les effectifs de l'armée bulgare, prévus pour 1894, comprennent 97 médecins et vétérinaires et 1941 officiers. Les services auxiliaires (train et hôpitaux) comprennent 12 officiers, 12 médecins et vétérinaires, 6 employés et 618 hommes; l'effectif total de l'armée est de 36000 hommes environ.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 136. — SAMEDI 24 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 24 NOVEMBRE 1894. — N° 136.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** ». — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 20 novembre 1894, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin principal. — MM. Henry et Calmette, médecins de première classe des colonies.

— Par arrêté ministériel, en date du 20 novembre 1894, les étudiants en médecine bacheliers ès lettres ou bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), régulièrement inscrits en vue du grade d'officier de santé, sont autorisés à se présenter à l'examen du baccalauréat ès sciences restreint, pendant les sessions qui seront ouvertes à cet effet en mars-avril, et, une dernière fois, en juillet-août 1895.

— Le concours pour l'agrégation en médecine s'ouvrira le 17 décembre prochain. Le jury est composé provisoirement de MM. Brouardel, président; Jaccoud, Hayem, Joffroy, Fournier et Debove, pour Paris; Grasset, Pitres et Mayet pour la province.— Juges suppléants : MM. Dieulafoy, Brissaud.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Pour cause de réparations urgentes, l'ouverture du cours de clinique chirurgicale de la Pitié est momentanément retardée. Elle sera annoncée ultérieurement.

— *Hôtel-Dieu d'Orléans.* — Un concours pour deux places d'interne titulaire et deux places d'interne provisoire s'ouvrira à l'Hôtel-Dieu d'Orléans, le 14 décembre prochain.

— *École de médecine de Grenoble.* — M. Pionchon est chargé d'un cours de physique.

— *École de médecine de Reims.* — M. Pont est chargé des fonctions de suppléant de la chaire de chimie.

M. Baguères, agrégé, est institué suppléant de la chaire de physique (emploi nouveau).

— *École supérieure de pharmacie de Nancy.* — Prix universitaires. Première année : médaille d'argent et 30 francs de livres, M. Girardet; mention très honorable, M. Robin-Morhéry.

Deuxième année : médaille d'argent et 75 francs de livres, M. Gaboury; mention honorable, M. Demangeot.

Troisième année : médaille d'or d'une valeur de 300 francs, M. Geoffroy.

Prix de travaux pratiques. Première année (chimie) : médaille d'argent, M. Girardet; médailles de bronze, *ex æquo*, MM Fageot et Robin-Morhéry.

Deuxième année (chimie) : médaille d'argent, M. Demangeot; (botanique) : médaille d'argent, M. Demangeot.

Troisième année (chimie et toxicologie) : médaille d'argent, M. Geoffroy; (micrographie appliquée) : médaille d'argent, M. Geoffroy.

Prix du conseil général de Meurthe-et-Moselle : MM. Girardet, Robin-Morhery, Fageot et Cosson, 40 francs de livres chacun; MM. Demangeot et Gaboury, 60 francs de livres chacun; M. Geoffroy, 100 francs de livres.

— Nous recevons le premier numéro du journal « Le Nord médical », publié par MM. Doumer, Lemoine et Phocas. Tous nos vœux pour le succès de nos confrères de Lille.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Billière (de Cazillac); Bouchard (de Vitré); Boulland (de Étinehem); Compagnon (de Chasseneuil) et Deletang (de Bizerte).

— *Changement d'adresse.* — Notre confrère E. Duval, fondateur de l'Institut hydrothérapique de l'Arc-de-Triomphe, nous prie d'annoncer que son établissement, si avantageusement connu de nos confrères, est désormais transféré, 15, rue Châteaubriand (avenue des Champs-Élysées), salle de douches installée sur le dernier modèle, eau à toute température.

— Chemins de fer de Paris a Lyon et a la Méditerranée. — *Excursions en Égypte, Haute-Égypte, Syrie et Palestine* (organisées avec le concours de l'Agence française des voyages : « Indicateurs Duchemin »). — Trois itinéraires différents comprennent les frais de transport, le logement et la nourriture, les guides et interprètes :

Premier itinéraire (du 14 décembre 1894 au 18 janvier 1895) : l'Égypte et le Nil jusqu'à la première cataracte. Prix : 1re classe, **2050** fr. ; 2e classe, **1 900** fr.

Deuxième itinéraire (du 11 janvier 1895 au 15 février 1895) : la Syrie, la Palestine et l'Egypte. Prix : 1re classe, **2050** fr. ; 2e classe, **1 900** fr.

Troisième itinéraire (du 14 décembre 1894 au 15 février 1895) : l'Égypte, le Nil jusqu'à la première cataracte, la Syrie et la Palestine. Prix : 1re classe, **3 200** fr. ; 2e classe, **2 990** fr.

Le nombre des places est limité.

Les inscriptions pour chaque excursion devront être faites au moins dix jours avant la date du départ au Bureau central des « Indicateurs Duchemin » (Agence française des voyages), 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux de ville ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 48; rue Saint-Martin, 251; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Tiquetonne, 64; et au bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

REVUE GÉNÉRALE

L'albuminurie et les lésions du rein dans la goutte.

Par le docteur F. DE GRANDMAISON,
Ancien interne des hôpitaux.

I

De tout temps, on a reconnu que le rein pouvait être lésé dans la goutte. Sans remonter aux Pères de la médecine, nous trouvons dans la littérature médicale des notions et des descriptions très précises de la néphrite goutteuse : Sydenham, Garrod la connurent, et Todd nous a laissé du rein goutteux une étude macroscopique si parfaite que rien n'est à y ajouter. Ses recherches ont été complétées par des auteurs connus, tels que Johnson, Dickinson, Roberts, Grainger Stewart, en Angleterre; Charcot, Cornil, Lancereaux, en France. Aussi possédons-nous actuellement une étude complète des lésions rénales produites par la goutte. Toutefois, ces documents, si complets qu'ils puissent être, ne se rapportent qu'au petit rein contracté, c'est-à-dire à la forme la plus avancée de l'atrophie rénale, telle qu'on la rencontre encore dans l'intoxication saturnine; en somme, le rein goutteux de Todd représente comme le terme d'une néphrite qui doit débuter par des lésions minimes.

Dans leurs études sur les relations de la gravelle et de la goutte, Chomel, Civiale, Rayer, nous ont bien décrit des lésions moins avancées que l'atrophie rénale de Todd; mais c'est à des recherches toutes modernes que nous devons demander des notions plus exactes sur l'évolution de la néphrite goutteuse. Parmi ces travaux, nous devons citer ceux de M. Bouchard, et surtout ceux de MM. Lecorché et Talamon, qui se sont attachés d'une manière toute spéciale à l'étude de l'albuminurie et du mal de Bright; c'est à ces deux auteurs qu'on doit aujourd'hui de bien connaître les relations de l'albuminurie et de la goutte. Des travaux et des monographies ont encore été publiés sur la question qui nous intéresse : nous avons réuni les noms de leurs auteurs dans un index bibliographique placé à la fin de cette étude.

A l'aide de ces nombreuses publications, nous chercherons à établir dans cette Revue les relations de l'albuminurie et de la goutte. La question est, en réalité, plus difficile à résoudre qu'on ne pourrait le croire de prime abord : la goutte ne se manifeste pas toujours par des symptômes très précis, et, d'un autre côté, un malade albuminurique peut émettre en vingt-quatre heures des quantités si minimes d'albumine, qu'on paraît autorisé à les considérer comme négligeables, d'autant mieux qu'on peut se retrancher derrière l'albuminurie physiologique, défendue non sans éclat par Senator.

II

Un individu goutteux — ou de souche goutteuse — peut être albuminurique dans trois conditions différentes :

Ou bien chez un enfant de quatorze à quinze ans, ayant des goutteux parmi ses ascendants, sujet lui-même à des migraines, des épistaxis, de l'eczéma, on trouve, en examinant ses urines, des *quantités minimes d'albumine*, qui peuvent se déceler d'une manière *transitoire*, *intermittente*, sans paraître nuire à la santé générale;

Ou bien il s'agit d'un homme manifestement goutteux, qui a une *albuminurie permanente*, mais *très légère;*

Ou bien, enfin, l'albuminurie se rencontre chez un goutteux déjà âgé, qui présente tous les *symptômes du mal de Bright.*

Ces albuminuries, évoluant à des époques différentes de la vie chez un même sujet ou chez des sujets de constitution semblable, doivent-elles être considérées comme des faits cliniques indépendants? Il nous est permis aujourd'hui de répondre par la négative; ces malades sont des goutteux dont le rein a réagi différemment, suivant qu'il était atteint d'une façon plus ou moins violente, plus ou moins étendue surtout : ces albuminuries sont, toutes les trois, sous la dépendance d'une seule et même cause, *la goutte.*

Pour bien expliquer l'évolution de ces trois sortes d'albuminurie, il est nécessaire que nous rappelions en quelques lignes la marche évolutive de la goutte. Dans son remarquable *Traité de la goutte* et dans quelques autres publications se rapportant au même sujet, M. Lecorché enseigne que l'évolution de la goutte, *maladie générale*, peut se diviser en trois périodes :

1° La période prémonitoire de la goutte;
2° La période de goutte confirmée;
3° La période cachectique de la goutte.

A chacune de ces périodes correspondent des symptômes différents que nous allons rapidement passer en revue, parce que leur connaissance nous rendra de grands services dans l'étude de l'albuminurie goutteuse.

A la *période prémonitoire de la goutte*, on observe, chez les jeunes sujets, des symptômes très variables, qui n'ont rien de pathognomonique. Ce sont : des migraines, des épistaxis répétées, des dyspepsies, de l'apathie intellectuelle et musculaire, des éruptions cutanées, en un mot toute une série de manifestations dont aucune n'est particulière à la goutte. Mais les urines ont déjà les caractères des urines goutteuses, elles sont *sédimenteuses* et *riches en acide urique.*

A la *période de goutte confirmée*, les malades ont généralement des manifestations articulaires; ils ont des accès de goutte franche aiguë. Cependant, ces phénomènes articulaires peuvent manquer et être remplacés par des troubles viscéraux, conséquences de la localisation de la goutte dans les organes atteints.

Pendant ces deux premières périodes, la santé générale demeure habituellement satisfaisante : l'appétit est conservé, impérieux quelquefois; les malades ont de l'embonpoint, leurs échanges nutritifs s'accomplissent bien, trop bien même dans certains cas, où ils excrètent par vingt-quatre heures des quantités d'urée dépassant notablement la normale.

Il n'en est plus de même à la troisième période de la goutte; alors les forces décroissent progressivement, les malades maigrissent, le taux de l'urée qu'ils excrètent descend au-dessous de la normale, ils n'ont presque plus d'accès de goutte, et leurs petites articulations, déformées par d'énormes tophus, les rendent impotents, presque infirmes; aussi est-ce avec raison qu'on donne à ce stade le nom de *période de cachexie ou d'atonie.*

Nous ne devons pas perdre de vue cette marche évolutive de la diathèse urique dans l'étude de l'albuminurie goutteuse; à chacune des périodes d'évolution correspond, pour ainsi dire, une variété d'albuminurie.

A. A la période prémonitoire, on observe le plus souvent l'*albuminurie latente et intermittente.* Aucun signe extérieur ne

permet de la soupçonner; les nombreux malaises qu'on est habitué à considérer comme signes précurseurs de la goutte n'ont pas augmenté d'intensité; seules, les urines sont modifiées, et c'est à leurs modifications que MM. Lecorché et Talamon attribuent une grande importance. Dans les vingt-quatre heures, les sujets pissent environ 2 litres d'urine; celles-ci, claires et limpides à l'émission, ne tardent pas à se troubler; leur coloration devient plus foncée, elles dégagent une odeur aigrelette; enfin, elles laissent déposer d'abondants sédiments constitués par de l'acide urique, des oxalates et des phosphates. Leur densité s'élève un peu au-dessus de la normale; elle atteint 1025 à 1028. Les proportions de leurs produits excrémentitiels sont accrus; au lieu de 60 à 70 centigrammes d'acide urique (quantité normale), on en trouve 1gr50 à 1gr80; le taux de l'urée excrétée, de 20 à 22 grammes, s'élève à 30-35 grammes. La chaleur ou l'acide nitrique peuvent déceler de l'albumine dans de telles urines, mais ce ne sont que des traces : l'albumine est toujours discrète; souvent elle disparaît pendant plusieurs jours pour se reproduire plus tard; elle est donc *intermittente*. Nous avons dit aussi qu'elle était *latente*; en effet, malgré des recherches répétées, on peut ne pas voir apparaître le disque révélateur dans le liquide examiné; mais s'il survient un incident quelconque troublant la santé du malade, l'albuminurie peut apparaître. MM. Lecorché et Talamon ont rapporté, à l'appui de cette thèse, un fait très intéressant, que nous avons suivi de très près, quand nous étions l'interne du dernier des deux auteurs. A l'occasion d'une fluxion dentaire, ayant déterminé une inflammation de tout le plancher de la bouche, un étudiant en médecine, dont les urines étaient absolument saines quarante-huit heures avant sa maladie, présenta de l'albuminurie, consécutive à une excrétion considérable d'acide urique. Il semble que, dans ce cas particulier, la maladie aiguë a réveillé la diathèse endormie.

Dans les mêmes conditions, une albuminurie légère, existant avant l'éclosion d'une maladie aiguë, quelquefois très bénigne, pourra s'accroître brusquement, pour revenir à son taux habituel après la disparition de l'incident.

B. A la période de goutte confirmée, que le sujet ait eu ou non des manifestations articulaires, on peut observer de l'albuminurie : celle-ci, habituellement *permanente*, n'inspire pourtant le plus souvent aucune inquiétude au médecin, d'autant qu'elle n'est pas très considérable : il est rare qu'elle dépasse 50 centigrammes par vingt-quatre heures. C'est là ce que MM. Lecorché et Talamon appellent l'*albuminurie minima* et que nombre d'auteurs, avec Senator, désignent sous le nom d'*albuminurie physiologique*. Sans impiéter d'ores et déjà sur la pathogénie, nous avouons rejeter la seconde manière de voir et considérons la présence de l'albumine dans les urines comme un fait purement pathologique. Malgré la persistance du symptôme, le goutteux jouit de toutes les apparences d'une bonne santé; il n'est ni polyurique, ni oligurique; jamais il n'a d'œdème malléolaire, même fugace; l'oreille ne découvre pas de bruit de galop cardiaque. Ni les régimes alimentaires, ni même souvent les médicaments, ne modifient l'albuminurie; elle s'accroît quelquefois légèrement à la suite d'un accès de goutte aiguë.

Pour fréquente que puisse être l'albuminurie minima chez les goutteux, ce serait une erreur de penser qu'elle se rencontre toujours et chez tous. Grand est le nombre de ceux qui ne sont jamais albuminuriques; il en est d'autres qui ne le sont que d'une manière tout à fait transitoire, par exemple à la suite d'un accès qui détermine une trop forte décharge d'acide urique.

Quoi qu'il en soit, l'albuminurie goutteuse *légère* et *permanente* peut avoir une durée très longue; on la voit se prolonger dix, quinze, vingt ans et plus, sans que le sujet atteint paraisse incommodé. Cette apparente intégrité de la santé générale justifierait peut-être le qualificatif de *physiologique* donné à cette albuminurie, s'il n'était pas permis de voir ces états s'aggraver et comporter même assez rapidement, à un moment donné, un pronostic grave.

C. L'albuminurie qu'on observe à la troisième période ou période atonique de la goutte est déjà plus grave; à ce moment, où la résistance de l'organisme est presque négative, on a tous les symptômes du mal de Bright. Le malade, alors, peut avoir de la bouffissure, des œdèmes; ses urines abondantes, pauvres en sédiments, contiennent jusqu'à 2 grammes d'albumine par litre et l'urée n'est plus excrétée qu'en quantité insuffisante; ce n'est donc plus un goutteux qu'on a devant soi, mais un brightique; aussi n'insisterons-nous pas sur cette troisième albuminurie.

Quelle que soit la variété d'albuminurie à laquelle on a affaire, elle peut se compliquer d'urémie; ceci nous explique pourquoi toutes comportent un certain degré de gravité et exigent un pronostic réservé, tout en demandant à être solidement diagnostiquées, comme nous le verrons plus loin.

III

Les altérations anatomiques, dont le rein est le siège, permettent-elles de comprendre les manifestations cliniques que nous venons de passer en revue? C'est ce que nous allons nous efforcer de mettre en lumière.

La localisation de la goutte sur le rein produit dans cet organe des lésions aujourd'hui bien connues; il y a déjà près de quarante ans que Todd a décrit avec précision le rein goutteux. Ces altérations nous rendent compte de l'albuminurie qu'on observe à une période avancée, à la phase atonique de la goutte; mais l'albuminurie des premières périodes, nous devrons en chercher l'explication dans des désordres anatomiques moins prononcés et surtout moins étendus.

Le *rein goutteux* se présente à notre examen avec des caractères macroscopiques très précis : il est petit, rétracté, entouré d'une épaisse gangue cellulo-adipeuse; sous la capsule de Glisson, très épaissie, irrégulièrement bosselée, déprimée par places et se détachant assez mal du parenchyme, on trouve la surface rénale hérissée de granulations rougeâtres et semées de cicatrices plus ou moins profondes. Sur une coupe, passant par le bord convexe de l'organe, la substance corticale, amincie, n'a pas plus de 1 à 2 millimètres d'épaisseur; la substance médullaire est également réduite dans ses dimensions; le rein goutteux est toujours, en somme, plus ou moins atrophié. Ses caractères sont tellement tranchés, qu'il est considéré comme le type du petit rein granuleux.

De l'acide urique ou de l'urate de soude peuvent se déposer dans cet organe; Rayer appelle *rein graveleux* celui qui contient de l'acide urique. Cette dernière substance se présente sous forme de paillettes, de sables, de concrétions muriformes, accumulés surtout dans les portions excré-

tantes, c'est-à-dire les calices, les bassinets, les mamelons, les tubes droits et quelquefois les parties extrêmes des tubes contournés. Mais c'est surtout l'urate de soude qui s'accumule dans le rein des goutteux, il paraît s'y déposer comme dans les jointures, formant quelquefois des calculs assez volumineux pour donner naissance à des coliques néphrétiques, si bien que M. Lecorché a pu dire que la colique néphrétique était comme l'accès de goutte du rein. C'est encore dans les portions excrétantes que s'accumule l'urate de soude; on le rencontre surtout à l'intérieur des tubes urinifères, mais il peut encore se rencontrer dans le tissu conjonctif péri-tubaire, comme l'a avancé Garrod, et ainsi qu'ont pu le constater une fois M. Rendu et son élève, M. Boulay.

La présence de ces corps étrangers ne va pas sans s'accompagner de lésions histologiques; les tubes sont entourés de bandes scléreuses plus ou moins épaisses, les artères sont envahies par la sclérose et l'endartérite, les glomérules sont atrophiés et leurs épithéliums ont disparu. Nous reconnaissons, en somme, dans cette description, l'exposé des lésions classiques du petit rein contracté; il est des points où on peut reconnaître des foyers de nécrose de coagulation. Ebstein a bien étudié ce processus destructif qui conduit à la formation de lacunes plus ou moins étendues, se creusant dans la substance médullaire du rein et se comblant, à un moment donné, par des dépôts d'urate de soude, véritables *tophus rénaux* susceptibles de s'accroître par l'addition de nouvelles couches uratiques et déterminant enfin des ulcérations plus ou moins considérables du parenchyme rénal.

Les dépôts uriques et uratiques peuvent manquer et cependant les lésions dégénératives, que nous venons de passer en revue, se rencontrent encore. Dans tous les cas, les granulations, que nous avons signalées à la surface du rein, représentent les parties de l'organe demeurées intactes et le microscope, à leur intérieur, permet de reconnaître les éléments du rein avec leur structure normale.

Le rein goutteux de Todd, celui que nous venons de décrire, représente comme la forme terminale de la néphrite goutteuse et nous explique parfaitement l'albuminurie de la période terminale de la goutte; mais l'albuminurie des périodes pré-goutteuse et confirmée de la maladie demeure encore inexpliquée. On admet aujourd'hui que toute albuminurie légère, transitoire même, ne se produit pas sans une altération du filtre rénal; l'albuminurie physiologique, qui s'accompagnerait de l'intégrité absolue du glomérule de Malpighi, doit être considérée comme une erreur d'interprétation. L'irritation, produite par les décharges d'acide urique et d'urate de soude, altèrent d'abord le glomérule de Malpighi : tel est le point de départ anatomique de la néphrite goutteuse. C'est donc par une néphrite glomérulaire que le mal débute, mais elle est d'abord très disséminée et dans le rein d'un goutteux, atteint pour la première fois d'albuminurie, le nombre des glomérules malades est insignifiant quand on le compare à la quantité de ceux qui sont demeurés sains. Tout glomérule malade présente les altérations suivantes : l'épithélium de la capsule de Bowmann et celui qui tapisse les divisions de l'anse vasculaire sont dégénérés; les divisions artérielles du bouquet glomérulaire ont leurs parois épaissies; tout l'organe est infiltré par des cellules rondes très nombreuses et très vivantes, qui finissent par donner naissance à du tissu cicatriciel. Les cicatrices, qu'on observe sur le rein goutteux de Todd, ne sont pas autre chose que les traces des néphrites glomérulaires. Ces lésions évoluent toujours avec la plus grande lenteur, d'où la durée parfois très prolongée de l'albuminurie chez un goutteux. Elle est minime tant que le rein n'est touché que dans des points très restreints; mais quand, à force de se multiplier, les néphrites glomérulaires sont devenues trop nombreuses, l'atrophie du rein est imminente. Cette marche toute spéciale des altérations rénales a permis de dire que la néphrite goutteuse est caractérisée par une *atrophie rénale successive*.

IV

Deux théories contraires cherchent aujourd'hui à expliquer la pathogénie de la goutte.

L'une, jadis ébauchée par Scudamore et Gairdner, formulée de nos jours par Beneke et M. le professeur Bouchard et acceptée par M. Rendu, dans son remarquable article du *Dictionnaive de Dechambre*, fait de la goutte une *maladie par ralentissement de la nutrition*. Selon M. Bouchard, les goutteux brûlent mal les graisses, les sucres et les matières azotées; la conséquence de cette assimilation défectueuse, c'est la formation exagérée d'acide urique et de sels acides — urates, oxalates et phosphates — qui s'éliminent par la voie urinaire.

En regard de cette théorie s'en dresse une seconde, ralliant parmi ses partisans MM. Forbes, Cruveilhier, Rayer, Garrod, et dont M. Lecorché est actuellement le plus sérieux défenseur. La goutte serait une *maladie par hypernutrition*. C'est parce que les échanges nutritifs sont trop actifs et trop rapides chez les goutteux, que leurs urines contiennent en excès de l'acide urique, des urates, des phosphates et des oxalates.

Bien que dissemblables dans leur principe, ces deux théories reconnaissent d'un commun accord que, dans la goutte, il se fait une production exagérée de sels acides et que ces sels s'éliminent par les urines, en formant d'abondants sédiments, ou s'accumulent en diverses régions du corps pour y former des tophus.

L'élimination par le rein joue donc un rôle important dans la goutte, il suffit de jeter les yeux sur les urines d'un goutteux, pour constater qu'elles déposent d'abondants sédiments. C'est précisément le passage de ces produits excrémentitiels à travers le rein qui détermine la production de l'albuminurie. Nous allons chercher à en exposer le mécanisme de formation.

Dans son fonctionnement physiologique, le rein peut être réduit à trois parties : le glomérule, les tubes contournés, les tubes excréteurs. Tandis que les tubes contournés représentent la partie glandulaire de l'organe, le glomérule représente, en quelque sorte, le filtre au niveau duquel le sérum sanguin abandonne son albumine avant d'aller constituer la partie aqueuse de l'urine. Pour que la filtration s'accomplisse dans des conditions favorables, il faut que : le bouquet vasculaire soit intact; les épithéliums qui recouvrent la capsule de Bowman et les divisions du glomérule soient normaux; le sang apporté par les artères rénales soit chimiquement pur.

Dans la goutte toutes les conditions nécessaires au bon fonctionnement du rein se trouvent entravées. Le sang contient en excès de l'acide urique, qu'il apporte au rein soit à l'état de pureté, soit combiné avec la soude sous forme d'urate de soude; ces produits doivent traverser le glomé-

rule d'autant plus rapidement que, par le seul fait de la présence de l'acide urique dans le sang, la pression sanguine se trouve accrue, selon M. Haig. Les éléments glomérulaires et plus spécialement les épithéliums, brutalisés mécaniquement déjà par le passage des corps étrangers qu'ils ne sont pas destinés à filtrer, s'altèrent profondément en plus sous l'action chimique de l'acide urique. D'après MM. Ebstein, Lecorché et Talamon, l'acide urique agit sur les capillaires et les épithéliums du glomérule à la manière du phosphore et surtout des chromates; on trouve même par place des foyers envahis par la nécrose de coagulation; en tout cas la portion sécrétante du rein devient incapable de retenir l'albumine du sérum sanguin et celle-ci passe dans les urines : d'un autre côté la sclérose même légère des artérioles glomérulaires empêche le sérum de transsuder d'une manière normale.

C'est à l'acide urique qu'on attribue le rôle prépondérant dans le développement des altérations rénales chez les goutteux; mais il est permis d'admettre que les sels acides, urates, phosphates, oxalates, qui doivent traverser le rein, ne le font pas sans altérer, eux aussi, les éléments du glomérule. C'est vraisemblablement dans la classe des albuminuries goutteuses que doivent rentrer les albuminuries phosphaturiques, sur lesquelles M. Albert Robin a appelé l'attention de l'Académie de médecine en 1893.

Il est donc certain que la goutte crée dans le rein des altérations glomérulaires, qu'elle donne lieu à des décharges passagères d'acide urique, ou qu'elle en détermine l'excrétion continue; du coup, nous l'avons dit, l'albuminurie goutteuse se trouve créée. Mais pourquoi peut-elle persister longtemps sans s'aggraver? pourquoi peut-elle même disparaître momentanément? C'est ce qu'il nous faut maintenant exposer.

Les premières altérations des glomérules ne sont pas irréparables, il arrive même souvent que les épithéliums se régénèrent; dans ces conditions, le filtre rénal recouvre son intégrité et la sécrétion urinaire redevenant normale, l'albuminurie disparaît. D'un autre côté, la néphrite glomérulaire n'atteignant que des points très disséminés du rein, les parties saines suppléent largement les parties malades et la fonction urinaire peut s'accomplir longtemps dans de bonnes conditions, malgré l'albuminurie minima.

Nous avons dit que des attaques d'urémie pouvaient s'observer au cours de la goutte; la chose se comprend facilement pour le rein goutteux arrivé à une période avancée d'atrophie; mais quand l'urémie éclate à la phase prébrightique de la goutte, il est permis de l'attribuer à une poussée congestive intense, à un œdème aigu du rein, prenant naissance autour des points lésés, à l'occasion d'influences nocives très diverses.

V

L'apparition de l'albuminurie au cours de la goutte constitue cliniquement un fait, dont il faut tenir le plus grand compte; aussi ne faut-il pas négliger le conseil de M. Lecorché qui veut que, chez tout goutteux, le médecin exerce une surveillance active de la fonction urinaire et pratique au besoin un examen méthodique et régulier des urines. Le conseil est d'autant plus à suivre que tout albuminurique goutteux n'a pas eu nécessairement des manifestations articulaires et que sa diathèse se révèle seulement par des accidents viscéraux ou par une hérédité manifeste.

La découverte de l'albumine dans les urines est donc grave, parce qu'elle indique le développement d'une néphrite, qui conduit souvent au mal de Bright; d'un autre côté, l'urémie peut apparaître pour une cause futile en apparence; ces deux raisons prouvent suffisamment l'importance du pronostic. Il n'est pas le même d'ailleurs pour tous les cas.

L'albuminurie *intermittente* est la moins grave; un accès de goutte la fait souvent disparaître d'une manière définitive, mais elle peut toujours se reproduire à un moment donné et alors devenir permanente. Il ne faudra donc pas se hâter de rassurer le malade ni son entourage, de lui affirmer sa guérison; bien au contraire on surveillera ses urines, on le mettra en garde contre les accidents possibles; ces précautions éviteront des surprises pénibles au patient et bien désagréables pour le médecin.

L'albuminurie *légère* et *permanente*, malgré qu'elle puisse se prolonger dix, quinze, vingt ans sans s'accroître, comporte un pronostic déjà plus sérieux. Elle atteste une lésion définitive du rein, lésion susceptible d'aggravation à l'occasion d'un accès de goutte ou d'un incident aigu quelconque. Là encore c'est à l'étude de la sécrétion urinaire, qu'il faut s'adresser pour avoir les bases d'un pronostic raisonné. Tant que les urines émises dans les vingt-quatre heures ne dépassent pas sensiblement deux litres; tant qu'elles contiennent en abondance de l'acide urique, des urates et de l'urée, l'albuminurie peut ne pas inspirer trop d'alarmes. Dans ces conditions, la néphrite est très disséminée et le malade, dont les échanges nutritifs sont très actifs, est doué d'une grande résistance; mais le jour où les urines deviennent claires, quand la polyurie s'établit et le taux des produits excrémentitiels s'abaisse, si le malade a perdu l'appétit et se cachectise, le pronostic s'aggrave; l'atrophie rénale est inévitable et le mal de Bright chronique, avec toutes ses conséquences possibles, se confirme. C'est dans ces conditions qu'il faut redouter constamment l'apparition d'accidents urémiques.

Si les urines contiennent non seulement de l'albumine, mais aussi du pus, la gravité du mal s'accroît parce que la néphrite goutteuse s'est compliquée d'urétérite ou de pyélite, occasionnées par la présence de tophus rénaux.

Le *diagnostic* de l'albuminurie goutteuse mérite aussi d'arrêter notre attention. Nous ne faisons pas allusion aux cas, où le symptôme éclate chez des individus, goutteux avérés, porteurs de tophus et de déformations articulaires, syndromes qui d'eux-mêmes entraînent un diagnostic sûr; mais à ces cas où la nature goutteuse de l'albuminurie, ne s'étayant pas sur des signes précis, a besoin d'être dépistée. On ne saurait alors trop interroger le malade sur ses antécédents pathologiques personnels, héréditaires et familiaux. Chez ses ascendants on retrouvera : des goutteux ayant eu des accès franchement caractérisés, des graveleux, des gens ayant souffert de coliques néphrétiques; parmi ses collatéraux on trouvera toute la variation des manifestations de la diathèse urique; lui-même, étant enfant, avait des dyspepsies, des migraines, des épistaxis à répétition; aujourd'hui il est obèse, ses digestions sont laborieuses, il a des décharges uriques fréquentes et des urines sédimenteuses. La réunion de tous ces renseignements, qu'il faut demander avec insistance, finit par donner un point d'appui suffisamment solide pour reconnaître la nature goutteuse d'une albuminurie, en l'absence même d'accès franchement articulaires.

Le diagnostic est surtout important et difficile à poser dans les cas où l'albuminurie est minime ou intermittente; quand elle s'observe à la période cachectique de la goutte, elle appartient manifestement au mal de Bright et le plus souvent chez les malades on trouve des signes indiscutables de la diathèse urique.

VI

Traitement. — Pendant longtemps le *régime lacté* a été considéré comme le corollaire thérapeutique indispensable de toute *albuminurie*, quelle que fût son origine. C'est toujours un excès condamnable que de prescrire ainsi sans raisonnement l'usage du lait, mais c'est une faute encore plus grave quand il s'agit de soigner une albuminurie goutteuse. Deux raisons principales militent en faveur de la thèse que nous défendons : 1° le lait ne fait ni diminuer, ni disparaître l'albumine contenue dans les urines d'un goutteux; 2° le régime lacté fournit une alimentation insuffisante.

1° Le fait que l'albuminurie goutteuse ne disparaît pas par le régime lacté est un fait d'expérience et d'observation que MM. Lecorché et Talamon ont souvent constaté et que nous-même avons vérifié chez trois malades suivis depuis déjà plusieurs années. N'ayant qu'à nous incliner devant les faits acquis, nous ne nous étendrons pas plus longtemps sur ce premier point.

2° Le régime lacté constitue une alimentation insuffisante; MM. Lecorché et Talamon insistent encore beaucoup sur ce deuxième point pour bannir le régime lacté du traitement de l'albuminurie goutteuse. S'il est vrai que le lait soit un aliment complet, il ne s'ensuit pas qu'il puisse fournir une alimentation complète.

Dans un litre de lait, on trouve :

Matières albuminoïdes .	37 à 40 grammes.
Graisses	40 grammes.
Hydrates de carbone. .	50 —

A un adulte il faut par vingt-quatre heures :

Matières albuminoïdes .	125 à 130 grammes.
Graisses	100 grammes.
Hydrates de carbone. .	300 —

Pour absorber la quantité de matières albuminoïdes et de graisses suffisantes à son entretien, un albuminurique devrait donc absorber trois litres de lait; et s'il veut prendre ses 300 grammes d'hydrates de carbone, cinq litres ne lui suffiraient pas. Quel sera le malade assez docile pour se soumettre à pareil régime, alors qu'il a toutes les apparences de la santé?

Le régime lacté ne doit donc pas être institué dans l'albuminurie goutteuse, surtout si elle est légère; il ne faut cependant pas de parti pris en condamner l'usage, le lait est encore le procédé de choix, quand des accidents de petite ou de grande urémie viennent troubler la santé du malade.

Puisque le lait, auquel on a cru pouvoir tout demander, est insuffisant contre l'albuminurie goutteuse, quelle est la thérapeutique que nous devons instituer?

Nous admettrons donc avec M. Lecorché qu'il existe, au point de vue thérapeutique, deux périodes dans l'évolution de la goutte : 1° une période d'hypernutrition; 2° une période d'atonie.

Pendant la période d'hypernutrition, où il se produit une sécrétion exagérée d'acide urique et d'urée, le médecin devra surtout s'attacher à enrayer la trop grande activité de la nutrition. Les *alcalins* paraissent bien remplir ce but; en effet, ils modèrent la nutrition cellulaire, alcalinisent le sang et favorisent l'élimination de l'acide urique. Les Anglais préconisent surtout l'usage des sels de potasse; ils sont plus actifs, il est vrai, mais aussi plus toxiques que les sels de soude, auxquels M. Lecorché donne la préférence. Il utilise surtout le bicarbonate de soude, tout en reconnaissant que le benzoate de soude et certains autres sels, comme le benzoate ou le carbonate de lithine, sont justiciables des mêmes résultats. L'un de ces différents sels peut être prescrit chaque jour au commencement des deux principaux repas, à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, leur usage peut d'ailleurs être continué pendant un certain temps : il faut surveiller les urines et suspendre la médication, dès qu'elles indiquent une amélioration réelle. Au lieu de prescrire les sels en nature, on peut recommander aux malades des eaux minérales alcalines naturelles : ou des bicarbonatées sodiques comme Vichy, Vals, Royat, Saint-Nectaire; ou des bicarbonatées calcaires, comme Pougues et Evian; ou enfin des sulfatées sodiques, comme Contrexéville, Vittel, Capvern. Ces différentes eaux peuvent être prescrites, soit le matin à jeun, à la dose de un à deux verres, soit aux repas, elles servent à couper le vin ou les autres boissons; mais il est souvent préférable de les faire prendre aux malades à leurs sources mêmes. Les goutteux albuminuriques devront donc chaque année faire une cure thermale dans une des stations énumérées plus haut; mais c'est peut-être à Contrexéville, Evian et Vittel qu'il faut donner la préférence, parce qu'elles sont diurétiques.

Les sels de strontium jouissent, depuis quelque temps, d'une grande faveur dans le traitement de l'albuminurie, on pourra, chez les goutteux, prescrire le lactate de strontium à la dose quotidienne de 5 à 6 grammes pendant quatre ou cinq jours par mois.

Il faut encore ne pas oublier que l'appareil circulatoire joue un rôle considérable dans la sécrétion urinaire. A la période initiale de la goutte, si l'artério-sclérose n'existe pas encore, il se produit déjà une légère paresse dans la contractilité des parois vasculaires : pour parer à cet inconvénient, on peut prescrire l'arséniate de strychnine, formulé de la manière suivante :

Arséniate de strychnine. . .	3 centigrammes.
Sirop d'écorces d'oranges . .	15 grammes.
Eau distillée.	150 —

(Une cuillerée à soupe tous les jours, pendant les dix premiers jours du mois.)

Autant que possible, il ne faut pas accumuler les procédés thérapeutiques; aussi paraît-il préférable de prescrire successivement les alcalins et la strychnine.

Le désir de médicamenter le malade ne doit pas faire oublier l'*hygiène*, c'est encore elle qui, dans le cas particulier, fournit les meilleurs résultats. Le malade devra prendre un exercice modéré, mais quotidien et régulier, qu'il marche, qu'il fasse de l'escrime, ou enfin qu'il s'adonne au sport du jour, la bicyclette (1). L'hygiène alimentaire est surtout impor-

(1) Encore ne devra-t-il user de ce dernier exercice qu'avec modération; M. A. Robin, dans un article récent (*Méd. moderne*), a montré que l'abus de la bicyclette pouvait déterminer une augmentation rapide de l'albuminurie.

tante. Nous n'avons pas l'intention d'établir ici une formule alimentaire, tout régime est déplorable; nous nous bornerons à proscrire l'usage des aliments qui favorisent l'uricémie. Le malade s'abstiendra donc d'une manière absolue des mets suivants : oseille, épinards, asperges, tomates, fruits trop acides, gibier, surtout faisandé, épices et condiments; à part ces exceptions, il pourra suivre tel ou tel régime qui lui plaira, pourvu qu'il use de tout avec modération. Comme boissons, le vin rouge ou blanc coupé d'une eau minérale, convient parfaitement; la bière et le cidre doivent être proscrits; le thé et le café n'ont pas de raisons d'être défendus.

Jusqu'ici nous avons supposé que le malade n'avait pas franchi la phase d'hypernutrition; mais dès qu'il est arrivé à la période d'atonie, le but du médecin change et ses efforts doivent tendre non pas à ralentir, mais à activer la nutrition de son malade. C'est alors que les eaux chlorurées comme Hambourg, Kissingen, Creusnach, Salies de Béarn pourront être utilisées parce qu'elles activent les combustions organiques; aux stations de Forges et de Spa, les malades trouveront des sources ferrugineuses dont l'usage, sagement réglé, contribuera à soutenir et à relever leurs forces. Les préparations ferrugineuses peuvent être prescrites, sans recourir à une cure thermale; on utilise alors les eaux de Bussang et d'Orezza; on ordonne x à xv gouttes de teinture de Mars tartarisée, à prendre au commencement des deux principaux repas, une cuillerée à café de liqueur de Laprade, du sirop de citrate de fer, etc.

A cette période de la goutte, l'artério-sclérose est un fait accompli, il faut la combattre. M. Huchard préconise divers médicaments, entre lesquels on peut choisir : soit l'iodure de sodium ou de lithium à la dose de 15 à 25 centigrammes par jour; soit la teinture d'iode, IV à VIII gouttes dans les vingt-quatre heures; soit encore 3 à 6 cuillerées à café de la solution suivante :

Eau distillée	300 grammes.
Solution alcoolique à 1 p. 100 de trinitrine.	xxx gouttes.

Le régime alimentaire ne devra pas être négligé : aux estomacs capricieux et paresseux, on prescrira v à x gouttes amères de Beaumé, ou quelques gouttes de teinture de gentiane au commencement des repas; enfin, il faudra surveiller attentivement le foie et, en cas de congestion hépatique, donner de petites doses de calomel : 15 à 25 centigrammes par jour.

Un tel traitement, scrupuleusement observé, permet très souvent une survie sur laquelle l'abondance de l'albumine ne permettait pas de compter au premier abord. Survient-il des crises d'urémie, il faut revenir de suite au régime lacté, sans s'inquiéter de l'origine de l'albuminurie; dans ces conditions, la complication domine la scène, et la goutte se trouve reléguée au second plan.

INDICATIONS BIBLIOGRAPHIQUES. — BRAULT. *Traité de médecine;* — BOUCHARD. *Maladies par ralentissement de la nutrition;* Acad. de méd., 1892; — CHARCOT. *Leçons sur les maladies du foie et des reins;* — CHARCOT et CORNIL. Soc. de biol., 1863; — CORNIL et RANVIER. *Traité d'anatomie pathologique;* — CHARRIN. *Sem. médic.*, 1893; — EBSTEIN. IIe Congrès de médecine interne, tenu à Wiesbaden, 1889; — FURSTENHEIM. Soc. de méd. de Berlin, 1884; — GASTOU. *Arch. de méd.*, 1892; — DE GRANDMAISON. *Méd. mod.*, 1894. — GRAINGER STEWART. *Pract treatise on Bright's diseases*, 1868; — HAIG. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 1891; — HUCHARD. *Sem. méd.*, 1886; — LEGENDRE. *Traité de médecine;* — LANCEREAUX. *Dict. de Dechambre*, art. REIN; *Arch. gén. de méd.*, 1881; — LECORCHÉ. *Traité pratique et théorique de la goutte*, 1884; *Traitement de la goutte*, in Biblioth. Charcot-Debove, 1893; — LECORCHÉ et TALAMON. *Mal de Bright et albuminurie; Études médicales; Notes cliniques sur l'albuminurie; Médecine moderne*, 1893; — LEVEN. Soc. de biol., 1888; — PICK. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 1886; — PRIOR. *Zeitsch. f. Klin. Med.*, 1890; — ROBERTS. *A pract treatise on renal diseases*, 1865; — RENDU. *Dict. de Dechambre*, art. GOUTTE; — William ROBERTS. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 1890; — ROBIN (Albert). Acad. de méd., 1893; — RÆFE. Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres, 1893; *Bull. de la Soc. roy. de méd. et de chir. de Londres*, 1889; — TODD. *Clinical lectures on diseases of the urinary organs*, 1857; — VIRCHOW. Soc. de méd. de Berlin, 1883-1884.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 20 novembre. — Présidence de M. CHAMPIONNIÈRE.

COMMUNICATIONS

Le bouton de Murphy. — M. QUENU s'est servi, dans trois cas, du bouton de Murphy et il en a obtenu de très bons résultats. Dans un de ces cas, la malade ayant succombé à une urémie, on put constater à l'autopsie que la réunion intestinale obtenue à l'aide de bouton de Murphy était absolument parfaite. Contrairement à ce qu'a dit M. Chaput, le bouton de Murphy bien appliqué ne permet, dans les cas de gastro-entérostomie, aucune effusion du liquide de l'estomac ou de l'intestin. Il a en outre l'avantage de rendre inutile le lavage préalable de l'estomac. M. Quénu fait connaître en détails les quelques modifications qu'il a apportées dans l'application du bouton de Murphy. Il se sert du petit bouton de 21 millimètres de diamètre. Il n'a fait subir aucune modification à l'instrument lui-même et c'est bien du bouton de Murphy qu'il se sert. Il trouve donc inutile d'en supprimer la bague ainsi que le propose M. Chaput.

M. CHAPUT rappelle que, sur six expériences chez les animaux, il a eu trois succès et trois insuccès. Ces trois insuccès il les a eus dans les cas où il s'est servi du bouton de Murphy avec bague. Les trois succès appartiennent aux cas dans lesquels il s'est servi du bouton du Murphy sans bague. La conclusion à tirer de ces faits paraît bien simple et bien en faveur de la modification apportée au bouton de Murphy par M. Chaput.

RAPPORT

Manuel opératoire de la gastrostomie. — M. PICQUÉ fait un rapport sur un travail adressé par M. Villard (de Bordeaux) et relatif à une modification dans le manuel opératoire de la gastrostomie. Le but que l'on doit surtout chercher à atteindre, dans cette opération, est d'éviter l'écoulement du suc gastrique par la bouche stomacale. Dans ce but, M. Villard a eu recours au procédé de Franck (de Vienne), procédé qui consiste à créer un canal stomacal sous-cutané de façon à fixer la bouche stomacale en haut, au niveau d'une seconde incision cutanée parallèle à la première. M. Picqué n'a pas eu recours à ce procédé. Il rappelle les procédés de Terrier et de Périer. C'est à ces derniers seulement qu'il a eu recours.

M. ROUTIER fait un reproche capital au procédé de Franck, c'est d'être long et compliqué, alors qu'il s'agit d'une opéra-

tion qu'il y a tout avantage à pratiquer rapidement. On évite très bien l'écoulement du suc gastrique en ouvrant la bouche stomacale seulement deux jours après sa constitution par une simple ponction avec le bistouri, en y plaçant une sonde nº 18 qu'on laisse seulement à demeure pendant trois ou quatre jours; on la retire après ce temps et le malade l'introduit lui-même chaque fois qu'il veut s'alimenter. En résumé, il faut établir une très petite fistule.

M. SCHWARTZ appuie l'opinion de M. Routier : le procédé de Franck ne doit être considéré que comme un procédé d'exception. Quand on a affaire à des malades cachectiques, mourant de faim, exposés à succomber au cours d'une opération de quelque durée, il faut avoir recours à un procédé simple et rapide. Depuis trois ans, M. Schwartz a pratiqué trois gastrostomies, selon le procédé de Perier, c'est-à-dire qu'il a fait d'abord la gastropexie, puis deux jours après il a fait une petite ouverture dans laquelle il a introduit une petite sonde laissée seulement trois ou quatre jours en place. Il n'y a pas eu d'écoulement du suc gastrique et les résultats ont été satisfaisants.

M. SEGOND a fait une gastrostomie qui remonte actuellement à onze ans. Il a fait l'opération en un seul temps. La malade va très bien, vit heureuse et tranquille en province, sans écoulement de son suc gastrique, et ne se soucie même pas d'essayer de se faire débarrasser de son rétrécissement fibreux de l'œsophage, ce qui serait possible maintenant!

M. MONOD rappelle avoir présenté à la Société un homme auquel il a pratiqué une gastrostomie, il y a trois ans, par le simple procédé de Perier, gastropexie, simple ponction de l'estomac deux jours après, etc. Le résultat est resté très satisfaisant, le malade ne perd pas son suc gastrique.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE emploie depuis longtemps le procédé dit de Terrier. Il insiste sur ce fait que l'une des causes d'écoulement du suc gastrique est l'introduction, dans la plaie, d'un corps étranger. C'est pourquoi M. Lucas-Championnière n'a jamais mis de sonde à demeure. Jamais il n'a constaté, dans ses cas, l'écoulement du suc gastrique.

M. PICQUÉ insiste sur ce fait qu'il faut surtout s'appliquer à éviter l'écoulement du suc gastrique; c'est dans ce but qu'a été imaginé le procédé de Franck, mis en pratique par M. Villard (de Bordeaux). Mais il est certain qu'on peut arriver au même but par des procédés beaucoup plus simples.

LECTURE

Culture du sang sarcomateux. — M. MOTY fait une communication sur ce sujet. (Sera publié.)

PRÉSENTATIONS

Appareil de transport des blessés. — M. DESPREZ (de Saint-Quentin) a présenté un brancard pour transporter des blessés, qui offre une transformation très importante du brancard ordinaire.

Un dispositif qui consiste à diviser en deux parties égales, sur toute sa longueur, la toile du brancard et d'en refaire, en quelques minutes, une toile unique par un moyen de jonction extrêmement simple et solide, permet, lorsqu'un malade atteint, soit de brûlures étendues, soit de fractures graves, est transporté sur un lit où il doit séjourner, de faire disparaître instantanément le cordon central de jonction de la toile qui s'écarte; cette disposition permet de soulever le brancard sans la moindre souffrance pour le blessé et supprime ainsi les déplacements dangereux et les douleurs vives occasionnées par le transport d'un blessé, de son brancard sur le lit, comme on était obligé de le faire jusqu'à présent.

Cette transformation du brancard rendra de grands services dans les hôpitaux, qui reçoivent souvent des malades gravement atteints.

Ce brancard a été présenté suspendu sur quatre appareils compensateurs (système Desprez) qui sont très en honneur dans l'armée française.

La combinaison de ce brancard perfectionné avec une suspension qui ne laisse rien à désirer en fait un ensemble d'appareils de grand avenir pour le transport de malades ou de blessés de la campagne à la ville et de la ville à la campagne; elle permet ainsi de recueillir un blessé dans un chantier ou dans les champs, de l'installer dans une grosse voiture où il n'aura à supporter aucune douleur pendant son transport, si long qu'il soit, jusqu'au lit qui lui est destiné et sur lequel il sera installé sans la moindre souffrance.

Fracture et suture de la rotule. — M. DELORME présente un malade auquel il a fait une suture de la rotule qui était fracturée en trois fragments, deux supérieurs et un inférieur. Au cours de l'opération il a pu retirer un corps étranger.

Résection du maxillaire supérieur. — M. TUFFIER présente un malade chez lequel il a fait une résection du maxillaire supérieur, le 5 janvier dernier. Il a fait une restauration immédiate et le malade ne présente actuellement aucune déformation apparente. Il s'agissait de l'ablation d'un polype naso-pharyngien.

M. BERGER fait observer que ces restaurations immédiates ne sont guère possibles que dans les cas de polypes naso-pharyngiens. Dans les autres cas, on est obligé de sacrifier trop de muqueuse, trop de parties molles, pour qu'on puisse obtenir une restauration immédiate.

M. DELORME fait observer que les déplacements consécutifs sont à craindre après ces restaurations immédiates, et qu'il faudrait revoir les opérés à une époque plus éloignée de leur opération.

M. KIRMISSON dit qu'il faut toujours, après ces opérations, conserver une brèche ouverte pour pouvoir surveiller la récidive du polype naso-pharyngien, quelle que soit la voie par laquelle on l'ait abordé.

M. QUÉNU pense qu'il suffit de pouvoir passer le doigt derrière la voûte du palais pour surveiller la récidive.

M. KIRMISSON ne partage pas cet avis et croit qu'il y a grand intérêt à laisser une brèche ouverte qui permette, à l'occasion, de traiter par la cure lente certaines récidives.

M. TUFFIER répond à M. Delorme que son opéré l'est depuis plus de dix mois. Ce laps de temps est suffisant pour être assuré qu'il n'y aura pas de déformation consécutive. Quant à la récidive, s'il y en a une, M. Tuffier en sera quitte pour fendre de nouveau la voûte du palais. La situation de la malade, depuis sa guérison, n'est pas comparable à la situation qui lui serait faite par la conservation d'une brèche laissée ouverte pour surveiller la récidive.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Manuel pratique des maladies des fosses nasales et la cavité naso-pharyngienne (1), par J. MOURE.

Ce livre dû à un spécialiste aussi compétent que l'est M. Mouré, dont le nom fait autorité en ces matières, est nécessairement un livre bon et utile. C'est, d'ailleurs, une deuxième édition, qui, suivant la formule, a été considérablement augmentée, car elle a doublé de volume et contient 600 pages au lieu de 300; 4 planches, 125 figures en facilitent la lecture. Ce n'est pas seulement le nombre des pages qui est augmenté, mais il y a de nouveaux chapitres, et des adjonctions importantes en rapport avec les grands progrès que ce point spécial de la pathologie a faits depuis ces dernières années.

(1) In-8º, 2e édit. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.

A signaler un chapitre de thérapeutique, où les différents modes de traitement usités sont étudiés et discutés.

Malgré toutes les additions, le livre a su conserver les allures d'un simple manuel véritablement pratique, où l'auteur a su écarter les détails et les théories ayant peu ou pas d'importance clinique.

La trépanation du crâne (1), par le docteur Léon GALLEZ.

Le travail de notre confrère belge est des plus documentés et des plus instructifs; aussi est-ce avec juste raison que l'Académie de médecine de Belgique lui a décerné la récompense qu'il méritait si justement. L'histoire de la trépanation, depuis les temps préhistoriques, est suivie pas à pas, à travers les siècles jusqu'à nous. Ce chapitre particulièrement intéressant comprend plus de 140 pages.

La deuxième partie comprend la technique opératoire. Elle étudie 14 procédés connus de topographie cranio-cérébrale, l'appareil instrumental, la technique proprement dite, les soins immédiats et consécutifs, les accidents et les complications possibles. Avec la troisième partie, nous abordons l'étude des indications et des contre-indications, dans les traumatismes, les vices de conformation, les troubles nerveux de différents ordres.

La quatrième partie est intitulée : Résultats. Elle comprend quelques statistiques particulières, et ne saurait évidemment s'étendre à tous les cas connus; mais, telle qu'elle est, elle permet à un chirurgien de voir ce qu'il peut demander à la trépanation et attendre d'elle.

Guide de diagnostic gynécologique à l'usage des praticiens (2), par le docteur BERLIN.

Il convient de prendre le livre du docteur Berlin comme il le présente lui-même, c'est-à-dire comme un livre qui n'a pas la prétention d'apprendre la pathologie féminine à ceux qui l'ignorent. L'auteur s'est étudié à tout simplifier, à tout schématiser, à se maintenir de parti pris dans le ton de la clinique terre à terre. Il serait facile de dire qu'il y a peut-être un peu trop réussi. C'est une affaire d'appréciation et le praticien, pour lequel le livre est écrit, ne serait peut-être pas de notre avis.

Du traitement mécanique de la constipation chronique (3), par le docteur MARINEL.

Voici les conclusions de ce travail, où l'auteur étudie, sous le nom de traitement mécanique, les effets combinés du massage et de la gymnastique médicale.

Le traitement mécanique peut être rangé parmi les agents thérapeutiques dont l'action est la plus énergique sur la circulation, la respiration et la nutrition générale. Il permet de modifier la circulation abdominale et de faire disparaître certaines congestions passives, notamment celles qui se rencontrent dans la pléthore abdominale. Sous son action, les muscles obtiennent un accroissement de volume et de force.

Il est le meilleur agent curatif de la constipation par parésie ou paralysie musculaires, lorsque celles-ci n'ont pas une origine nerveuse centrale.

Il est le meilleur agent curatif de la constipation par hypo-esthésie ou anesthésie de la muqueuse, lorsque celles-ci sont dues à des causes locales.

Mais il est formellement contre-indiqué lorsque la constipation est due à des lésions inflammatoires aiguës ou à des tumeurs.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Bruxelles, H. Lamertin.
(2) In-8°. Prix : 6 francs. — Paris, Société d'éditions scientifiques.
(3) In-8°. Prix : 4 francs. — Bruxelles, H. Lamertin.

Actinomycose (1), par MM. GUERMONPREZ et BÉCUE.

L'actinomycose est une maladie rare en France, exceptionnelle même; mais peut-être que certains cas ont échappé aux observateurs parce que, en réalité, l'affection est mal connue chez nous. Le petit livre de MM. Guermonprez et Bécue, en attirant l'attention sur cette affection, rendra donc un réel service.

Leur ouvrage comprend sept chapitres : le premier contient la biologie des actinomycoses, les six suivants sont consacrés à l'étude clinique : symptômes, diagnostic, pronostic, étiologie et traitement. C'est un fort bon travail qui étudie complètement ce point spécial de la pathologie chirurgicale.

Étude sur les corps étrangers intra-oculaires et sur l'ophtalmie sympathique consécutive (2), par le docteur H. JEULIN.

Voici les conclusions de ce travail :

Les corps étrangers sont dangereux et par leurs qualités propres : volume, aspérités, nature, etc., et par leurs propriétés septiques.

Dans la chambre antérieure de l'œil, il faut les extraire par la paracentèse, en évitant les mydriatiques qui, par la dilatation pupillaire, peuvent faire tomber les corps étrangers dans la chambre postérieure.

Les corps étrangers de l'iris sont extraits par l'iridectomie. Ceux du cristallin doivent être retirés avec la cataracte arrivée à maturité, ce sont les moins dangereux de tous.

Les plus redoutables sont ceux de la chambre postérieure et du corps ciliaire. On doit tenter leur extraction et se tenir prêt pour des symptômes menaçants.

Les corps étrangers de l'humeur vitrée de la choroïde et de la rétine produisent presque toujours la perte de l'organe blessé.

L'ophtalmie sympathique, migratrice, de nature microbienne, ne paraît pas démontrée à l'auteur; pour lui, elle résulte de l'irritation des nerfs ciliaires transmise de l'œil blessé aux nerfs ciliaires de l'œil sain : le traitement de choix est l'énucléation, même tardive, mais qui doit être pratiquée d'aussi bonne heure que possible pour être tout à fait efficace.

Petit précis de thérapeutique oculaire usuelle (3), par le docteur A. BOURGEOIS.

Cet opuscule a été rédigé pour les praticiens, afin de les guider dans le traitement des maladies oculaires qui se rencontrent pour ainsi dire tous les jours. Il expose les moyens de traiter ces affections oculaires communes, lorsqu'elles sont exemptes de complications, et indique le moment où l'intervention du spécialiste devient nécessaire. Un chapitre est réservé aux premiers soins à donner dans les traumatismes de l'œil.

Le succès rapide de la première édition a nécessité cette seconde édition, d'un format très portatif et comprenant quelques additions nouvelles.

(1) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(2) In-8°. Prix : 2 fr. 50. — Paris, Henri Jouve.
(3) In-8°. Prix : 1 fr. 50. — Paris, O. Doin.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 137. — MARDI 27 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 27 NOVEMBRE 1894. — N° 137.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le jury du concours pour l'agrégation en médecine est définitivement constitué de la manière suivante :

Président : M. Brouardel. — Juges titulaires : MM. Jaccoud, Hayem, Fournier, Joffroy, Grasset, Mayet, Pitres et Hermann. — Juges suppléants : MM. Dieulafoy, Landouzy, Brissaud et Ballet.

— *École de médecine de Limoges.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Laroulandie, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale.

— *École de médecine de Nantes.* — M. Aubineau (Ernest) est institué aide de chimie ophtalmologique.

— Le service municipal de sérumthérapie de Bordeaux vient d'établir dans tous les commissariats de police un dépôt de tubes de sérum pour le diagnostic bactériologique de la diphtérie. Ces appareils sont délivrés aux médecins, soit sur une demande verbale personnelle, soit sur une lettre tenant lieu de récépissé. Les tubes de sérum, contenus dans un petit nécessaire, sont accompagnés de toutes les instructions utiles.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bonafond (de Salindres); Gallois (de la Verpillière); Gingibre (de Balaruc); Haulin (de Ramillies); Salmon (de Chartres); Seché (de Le-May-sur-Eure); de MM. Ducrot, interne des hôpitaux de Lyon et Henri Grosjean, externe des hôpitaux de Paris.

— *Nature, qualité et mode de livraison des denrées à l'autorité militaire.* — Le *Bull. off. du ministère de la Guerre* (part. suppl., 1894, pp. 30-37), dans une annexe n° 1, publie toutes les conditions que doivent présenter les denrées (farines, pain, pain biscuité, biscuit, sel, riz, sucre, café, légumes secs, lard salé, conserves de viande et potages condensés) pour être acceptées par l'État. Cette annexe doit être connue de toutes les personnes ayant qualité pour vérifier les livraisons dans l'intérêt du bon emploi des deniers de l'État et de l'hygiène des troupes appelées à consommer ces denrées.

— *Désinfection des stations de voitures publiques.* — Au Conseil d'hygiène, M. Nocard a appelé l'attention de l'Administration sur l'odeur nauséabonde qui se dégage pendant l'été de l'emplacement des stations de voitures dans les quartiers centraux de Paris. L'Administration a rappelé qu'elle prescrit, pendant l'été, de fréquents lavages. Il importe en tout cas que les mesures d'hygiène, indispensables, soient exécutées, et que cette exécution soit l'objet d'un contrôle sérieux.

— *Les dangers du transport et du maniement de la mélinite.* — Il résulte d'expériences faites par la Commission des substances explosives, que le transport des mélinites et crésylites est sans danger, quand ces matières sont enfermées dans des enveloppes de la nature des barils à pétrole et des caisses réglementaires de la guerre, à l'exclusion des obus ou récipients métalliques de résistance équivalente. Il importe surtout que le plomb se trouve exclu soit des emballages, soit du matériel de transport.

— *Microbes et planchers.* — D'un long travail de Maxinowitsch paru dans le *Wratsch*, 1894, p. 457, il y a lieu de retenir ce fait que les planchers des salles et des cabinets d'aisance sont 45 fois moins infectés par les microbes que les planchers des corridors, ce qui s'explique d'ailleurs par le plus grand nombre de personnes qui y passent et les souillent. Parmi les microbes pathogènes, celui de la tuberculose serait le plus fréquent, 42 p. 100.

— *Salubrité des boulangeries.* — M. Waldo a consacré une étude détaillée (*Journ. of the sanit. Instit. Lond.*) à la salubrité des locaux où se préparent les aliments et en particulier les boulangeries. L'auteur conclut à la nécessité : 1° d'inspecter complètement et fréquemment les boulangeries ; 2° d'imposer aux boulangers d'obtenir chaque année une nouvelle autorisation; 3° d'interdire aux boulangers de fabriquer le pain dans les caves.

— *Le pavage des rues.* — Tous les pavages, même celui en bois, sont considérés comme présentant de sérieux inconvénients. Nussbaüm (*Gesundheits-Ingénieur*, 1894, p. 149) conseille un pavage fait de briquettes d'un aggloméré constitué par de la serpentine broyée et par un agglutinatif. Ce pavage (système Hess, de Wurlitz), peu coûteux, aurait été expérimenté à Munich, Nuremberg et Hambourg avec succès.

— *Les latrines en Orient.* — M. Marse a étudié soigneusement, dans *The American Architect*, la question des latrines. Il fait remarquer avec raison qu'elles ne sont employées que par une infime partie du genre humain. Cependant il ne faudrait pas considérer exclusivement l'usage des latrines comme un résultat de la civilisation, puisque des voyageurs ont pu constater que les indigènes des îles Marquises enterraient leurs excréments et que les Néo-Zélandais avaient des cabinets d'aisance pour chaque groupe de trois ou quatre habitations (Burke, d'après Cook).

— *Allemagne.* — Tous les corps de troupe ont reçu l'ordre d'acheter des ustensiles de cuisine en aluminium. Ces ustensiles auront les surfaces extérieures noircies, pour que leur éclat ne les rende pas visibles à une longue distance.





Paris, le 26 novembre 1894.

M. Millard vient de faire, à la Société médicale des hôpitaux (23 novembre), une communication qui appellera très probablement une discussion sur le traitement de l'appendicite et de la pérityphlite. Il rapporte, en effet, onze observations dans lesquelles cette affection s'est terminée par la guérison, sans autre traitement que le traitement médical, sans aucune intervention chirurgicale. Dans sa longue carrière, si bien remplie, comme on le sait, à l'exception de quelques enfants qui auraient pu être sauvés par une opération, si on eût opéré à cette époque, M. Millard n'a perdu aucun malade d'appendicite, ou, comme il préfère dire encore, de pérityphlite. Ce n'est pas, du reste, qu'il n'attribue à la lésion de l'appendice l'importance très grande qu'il est actuellement impossible de lui refuser. Ces résultats indiquent bien que, sous l'influence des succès obtenus tout d'abord par les chirurgiens américains, on a eu trop de tendance à mettre le bistouri en avant dans la thérapeutique de cette maladie.

La plupart des chirurgiens — tous ne sont pas de cet avis — réclament purement et simplement la direction du traitement, les plus modérés pour être à portée d'intervenir s'il y a lieu, les plus enthousiastes pour opérer presque à tout coup, et rapidement, dès le diagnostic posé.

A cela, les médecins répondent volontiers, comme M. Millard, en disant qu'autrefois la pérityphlite guérissait dans la grande majorité des cas, par le seul traitement médical; ils ne voient pas de raison pour qu'elle ne guérisse pas encore par les mêmes procédés de douceur alors qu'elle est devenue l'appendicite. Sans doute, on connaît mieux sa nature, mais cela ne doit pas changer grand'chose à son évolution.

Si cependant, cela doit rendre les médecins plus prudents à certains points de vue et le traitement doit, dans une certaine mesure, se ressentir de la façon plus précise dont on connaît maintenant le siège et la nature des lésions. Autrefois, avec la théorie de l'engorgement cæcal primitif, la première indication paraissait être de faire disparaître l'obstruction : on donnait donc d'emblée des purgations énergiques, et on les répétait. Actuellement, on sait que la lésion primitive résulte d'une inflammation, d'une ulcération, avec menace de rupture de l'appendice; on sait que le plus grand danger est celui d'une péritonite par perforation, et on fait tout son possible pour l'arrêter. M. Millard fait remarquer, avec beaucoup de raison, que la percussion donne ordinairement de la sonorité au niveau du prétendu boudin cæcal, ce qui indique bien sa vacuité.

Il faut avant tout immobiliser le malade et le maintenir immobilisé pendant longtemps. Il faut combattre la douleur et immobiliser l'intestin par de la morphine ou de l'opium. Quelques auteurs appliquent volontiers des sangsues. M. Millard leur préfère des ventouses scarifiées, dont on modère l'action plus facilement.

La purgation ne vient plus qu'au second rang, elle doit être prudente. Nous préférons, pour notre part, l'huile de ricin donnée, comme le conseille M. Talamon, à petites doses, par cuillerées à café espacées d'heure en heure, jusqu'à effet produit. Nous nous contentons même souvent d'en donner tout d'abord une seule cuillerée à café, deux le lendemain à une heure d'intervalle si cela n'a pas suffi, trois le surlendemain s'il y a lieu. On a aussi recommandé le calomel. M. Millard emploie plus volontiers le citrate de magnésie.

Il met assez souvent un vésicatoire et fait des applications émollientes. Nous avouons leur préférer la glace mise à demeure en permanence. Elle a au moins l'avantage de ne pas entamer la peau et de ne pas devenir une gêne et une cause d'infection en cas d'intervention sanglante.

Dans l'étude séméiologique faite par M. Millard, d'après les onze cas rapportés, nous ne signalerons que quelques points. Une seule fois, il a vu la maladie débuter par des frissons violents; la fièvre a été, en général, modérée (38 à 39 degrés); il ne l'a cependant jamais vue manquer. Les vomissements sont la règle, ils apparaissent dès le début.

Il ne faut pas se laisser émotionner outre mesure par l'apparence dramatique du début; il faut savoir tenir compte du nervosisme des sujets.

M. Millard n'a vu qu'un seul cas présenter le point douloureux signalé par Mac Burney et considéré comme caractéristique par plusieurs auteurs. Ce point siège à quatre travers de doigt de l'épine iliaque antérieure et supérieure, sur une ligne allant de cette apophyse à l'ombilic.

Nous aurons certainement à revenir sur cette question la semaine prochaine : plusieurs membres de la Société sont, en effet, inscrits pour prendre la parole sur cette intéressante question.

Dans la même séance, M. Huchard a montré le cœur d'une femme morte subitement au cours d'une crise d'angine de poitrine à forme pseudo-gastralgique. Elle présentait un rétrécissement marqué de l'orifice de ses deux artères coronaires. C'est donc un nouveau fait à l'appui de la théorie coronarienne de l'angine de poitrine, soutenue, comme on le sait, depuis longtemps, par MM. G. Sée et Huchard.

M. Ausset (de Limoges) lit une note sur la modification que subit la toxicité urinaire sous l'influence des bains froids dans les pyrexies graves. Ce qu'il a relevé d'essentiel dans ce sens, c'est que la quantité des substances toxiques, très faible avant l'emploi des bains froids, augmente notablement après qu'on les a mis en œuvre. Cela indique l'élimination plus grande des toxines sous l'influence de la balnéation froide.

HOPITAL RICORD. — M. Charles Mauriac.

Balnéation dans le traitement de la syphilis (1).

III

Quels sont les résultats de la cure thermale simple, quand on y a recours en dehors des manifestations syphilitiques, pour attaquer uniquement la diathèse devenue latente et inactive, du moins en apparence? Quelle que soit la nature des eaux, on peut dire que leur action est reconstituante, tonique, stimulante, et, en somme, très salutaire pour les organismes un peu délabrés, si on a soin de profiter, avec mesure et discernement, de toutes les bonnes conditions hygiéniques que réunissent aujourd'hui presque toutes nos stations balnéaires.

Mais il y a un autre effet qu'on a attribué à la cure simple et qu'on lui a demandé. Il est propre aux thermes sulfureux, ou du moins ils le possèdent à un bien plus haut degré que tous les autres. C'est de réveiller la diathèse assoupie, de la

(1) Fin. — Voir *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 1149.

faire sortir des repaires où elle se tapissait sournoisement, de l'exhiber au grand jour et même de l'exciter au point de lui faire produire de nouvelles manifestations. Un pareil résultat est-il possible? On l'a contesté, mais il est certain qu'il n'est pas tout à fait chimérique.

Le grand point, c'était d'employer systématiquement ce mode d'action et de l'utiliser dans la cure de la syphilis.

Anglada eut le premier cette idée et sans doute on la trouva bonne, puisqu'elle se répandit très vite et fut le point de départ d'une nouvelle méthode de traitement, dit *traitement d'épreuve et de contrôle*. On l'employa bientôt dans toutes les stations françaises et étrangères où se rendaient les syphilitiques. Chez nous, elle fut prônée surtout par Lambron (de Luchon). Si elle eut de tous côtés beaucoup de partisans, elle ne rallia cependant pas tous les suffrages. Dès 1857, dans une séance de la Société d'hydrologie, où on discutait l'application des eaux minérales au traitement de la syphilis, Ricord émettait des doutes sur leurs résultats révélateurs et en contestait la nécessité.

Depuis cette époque, bien qu'on ait continué un peu partout à mettre en usage, dans les stations balnéaires, le traitement d'épreuve, une réaction bien marquée s'est produite contre lui. Ainsi, le docteur Rieumont (d'Aix-la-Chapelle), qui en avait été un très chaud partisan, n'a pas maintenu son enthousiasme au même diapason et l'a laissé peu à peu se calmer et s'éteindre. Un de nos hydrologistes les plus distingués, M. le docteur de Lavarenne, médecin à Luchon, dans son « Étude critique sur le traitement d'épreuve », lui reproche non seulement d'être mensonger dans ses oracles, mais aussi de produire quelquefois des conséquences très dangereuses.

On a vu, en effet, des malades que cette méthode avait laissés indemnes, pendant qu'on l'appliquait, subir plus tard des manifestations imprévues. Il n'y avait eu pour eux qu'une fausse sécurité.

Beaucoup sont tourmentés du désir de savoir s'ils en ont fini avec leur maladie, surtout lorsqu'ils veulent se marier. Ils nous demandent de leur faire subir l'épreuve des eaux excitantes, qu'ils considèrent comme une pierre de touche. Faut-il leur conseiller la balnéation sulfureuse? — Assurément, quand elle ne répond à aucune autre indication, elle est inutile chez les sujets bien portants, qui se sont méthodiquement traités pendant plusieurs années et sont débarrassés depuis longtemps des dernières manifestations progressivement atténuées de leur syphilis. Quand même leurs téguments et tous leurs autres organes seraient restés impassibles sous les coups répétés des hyperstimulations les plus intensives de la thermothérapie sulfureuse, il n'y aurait pas, dans ce résultat négatif, une garantie absolue pour l'avenir.

Mais s'il survenait une poussée quelconque d'une spécificité indéniable, n'y aurait-il pas eu quelque avantage à la forcer de se produire? C'est fort contestable. N'est-il pas étrange, du reste, que, sous prétexte de guérir une maladie, on s'évertue tout d'abord à la provoquer? — *Quieta non movere*; ce vieil adage trouve ici son application. Qui vous dit que si, au lieu de tourmenter vos patients par le traitement révélateur, vous les aviez laissés tranquillement chez eux dans toute la plénitude de leur santé, leur virus ne serait pas resté jusqu'à la fin de leurs jours dans cet état d'inertie qui équivaut à sa non-existence? Toujours est-il que les accidents plus ou moins graves suscités par l'épreuve sulfureuse, à supposer qu'ils eussent dû survenir, ne l'auraient fait que plus tard, et c'eût été autant de gagné. Et comme quelques-uns ont été parfois aussi mauvais et aussi dangereux que possible, ils n'auraient pas pu être pires s'ils s'étaient développés spontanément.

Un hydrologiste d'un grand mérite, mon savant confrère et ami M. le docteur Royer, médecin-inspecteur des eaux de Challes, croit que les eaux sulfureuses et autres n'ont aucune action manifestante et que le retour des accidents syphilitiques à la suite d'une cure d'épreuve, qui est toujours très intensive, doit être attribué, s'il se produit, non pas à l'action directe de l'eau employée, mais à la fatigue, au surmenage, à la débilitation occasionnés par des sudations excessives, des bains prolongés, des douches hyperthermiques répétées à outrance, etc.

Les conclusions à tirer de ce que je viens de dire au sujet de la cure balnéaire simple sont les suivantes :

1° Cette cure, quelle que soit la nature des eaux thermales, est insuffisante, sans le secours des spécifiques, pour guérir les manifestations de la syphilis. Elle les aggrave même quelquefois au lieu de les amender;

2° On ne doit l'employer que quand il existe un état général morbide composé d'éléments diathésiques divers, antérieurs à la syphilis ou suscités par elle. Cet état général donnant lieu à des cachexies complexes, très variables comme degré, comme forme, comme prédominance d'empreintes constitutionnelles ou dyscrasiques, fournit des indications qui embrassent tout le domaine de la thermothérapie;

3° Quand la syphilis a été guérie par le traitement spécifique et qu'elle ne donne plus depuis longtemps aucun signe d'activité, il est inutile et dangereux de la tirer de sa latence et de son inertie par le traitement d'épreuve, qui est toujours intensif et perturbe violemment l'organisme sans aucun profit. Il n'offre, en effet, qu'une très médiocre garantie pour l'avenir et provoque quelquefois, à brève échéance, des accidents redoutables, qui peut-être sans lui ne se seraient jamais produits;

4° La balnéation thermale, en dehors de ses résultats curatifs, reconstituants, et de son influence hygiénique, n'est réellement efficace dans la syphilis, que quand il y a des indications spécifiques actuelles et urgentes. Mais alors elle ne peut pas se passer du traitement spécifique. Son rôle, si puissant qu'il soit, n'est jamais qu'auxiliaire.

IV

Cette dernière conclusion nous conduit à l'étude de la *cure mixte*. C'est celle que nous sommes le plus souvent appelés à prescrire.

Les conditions morbides qui la rendent utile, nécessaire, et à plus forte raison indispensable, sont beaucoup moins communes aujourd'hui qu'autrefois. Elles sont au nombre de trois.

A. La première, qui est la moins spéciale, est constituée par une situation morbide vague, indéterminée, sans localisation précise, résidant un peu partout, mais ne remontant pas au delà de la syphilis, ne relevant que d'elle, exempte par conséquent de toute hérédité constitutionnelle qu'on puisse qualifier, et ne présentant d'autres indications fondamentales que son origine spécifique indéniable. Ces sortes de cachexies, dont il serait souvent impossible de découvrir la source sans les commémoratifs et qu'on ne doit, par exclusion et en l'absence de toute autre tare constitution-

nelle, attribuer qu'à la syphilis, sont parfois très réfractaires à la médication spécifique, même quand on fait appel aux ressources que nous offrent, pour la reconstitution organique, l'hygiène ordinaire et les médications spécifiques auxiliaires. Tout est inutile, rien n'a de prise sur ces apathies vitales, où les réactions salutaires curatives et spontanées languissent, s'étiolent, s'éteignent ou ne se réveillent qu'à de longs intervalles, sans autre résultat que de démontrer leur impuissance. Une secousse énergique est de rigueur, et, pour l'obtenir, il faut que les malades prennent le parti d'un changement radical dans leur mode d'existence et qu'ils se soumettent à tout ce qu'exige, pour être efficace, une balnéation thermale sérieuse, qui n'est pas une simple affaire de promenade et de villégiature sportique.

Par leur thermalité seule et par tout ce qu'elles contiennent de forces curatives occultes, au moment et au point précis de leur émergence, les eaux minérales, quelle que soit leur composition, peuvent être d'une grande efficacité contre de pareils états morbides. Elles ne vont pas directement attaquer le principe virulent, mais elles nous permettent de le faire. A elles seules, elles seraient insuffisantes pour guérir; mais si nous les aidons avec le mercure et l'iodure, aussitôt la scène change et nous venons à bout de ce mal mystérieux qui disparaît comme il s'était produit, sans donner aucun signe palpable et visible de son existence. Pour de pareilles cures, les eaux sulfureuses ne sont pas indispensables, quoiqu'elles aient, en tout ce qui concerne la syphilis, une prédominance réelle sur les autres.

B. Mais leur supériorité éclate surtout dans les autres conditions plus précises et plus accentuées qu'exige la cure de certaines syphilis. Parmi ces conditions, une des moins rares, ce sont les récidives incessantes que les médications spécifiques les plus savamment combinées ne peuvent ni conjurer ni guérir. Ne croyez pas qu'il s'agisse toujours, en pareil cas, de déterminations graves menaçant l'intégrité des tissus ou compromettant la santé générale. Non, les malades en question se portent très bien, mais ils ne peuvent pas parvenir à dompter leur infection et à la stériliser définitivement. Çà et là, à des intervalles plus ou moins éloignés, poussent sans cesse quelques mauvais rejetons qui, pour être étiolés et peu envahissants, n'en sont pas moins fort désagréables. Ne contre-indiquent-ils pas, par exemple, absolument le mariage?

Lorsque, maintes fois, il nous a été péremptoirement démontré que nos traitements mercuriels et iodurés, continus, successifs, intermittents, faibles, modérés, intensifs, ne mordent plus sur ces infections réfractaires, les thermes sulfureux ne seront-ils pas le salut? Si, assurément, et rien n'est plus apte qu'eux à remettre l'organisme dans une suractivité de fonctionnement qui l'aide à se débarrasser de toutes ces poussées à formes torpides, à évolutions lentes, qui la souillent depuis des années. Mais encore ici faut-il que la médication spécifique intervienne. Et voyez combien précieuses sont ces eaux. Outre leur action stimulante et modificatrice sur l'organisme, ne lui confèrent-elles pas encore la faculté de ressentir et de développer beaucoup mieux qu'il ne le faisait auparavant l'action curative du mercure, aux mêmes doses, ou bien d'en tolérer de plus considérables sans éprouver aucun dommage? Ce qu'il y a de plus singulier, c'est qu'elles mettent quelquefois en œuvre le traitement antérieur et rendent à la circulation les stocks d'hydrargyre inutilement emmagasinés dans les tissus. Aussi, il n'est pas nécessaire d'organiser contre ces syphilis une stratégie violente et compliquée de médication spécifique, pendant une saison balnéaire. La cure se fait à peu de frais, du moins comme médicaments.

C. Il n'en est pas de même dans d'autres conditions infectieuses qui réclament, elles aussi, encore plus impérieusement que les précédentes, la balnéation thermale sulfureuse. Je veux parler des syphilis à déterminations passées ou actuelles, graves, dangereuses, qui frappent à coups redoublés, sont subintrantes ou toujours en imminence de retours offensifs. Celles-là, comme les précédentes, mais avec une puissance nocive infiniment plus grande à tous les points de vue, se placent pour ainsi dire hors des atteintes de la médication spécifique ou ne les subissent que pour un moment et rentrent vite dans le courant presque ininterrompu de leur irrésistible malignité.

Là il faut une secousse encore plus puissante pour modifier l'organisme et lui rendre tout le ressort de réaction dont il a besoin. Qu'on ne craigne pas de mettre en œuvre les nombreuses ressources de la balnéation sulfureuse, mais qu'on profite de la rénovation qu'elle apporte pour faire rendre à la médication mercurielle le maximum des intensités curatives.

Ce jeu n'est-il pas dangereux? Faut-il s'aventurer à la légère dans d'aussi violentes entreprises de cure mixte à haute pression? Assurément non. Il faut toujour agir avec une grande circonspection. De grandes témérités dans ces deux sens ont souvent trouvé leur justification dans l'excellence des résultats. Je conseille cependant de ne pas trop s'y fier. J'ai parlé plus haut des effets néfastes qu'avaient produits dans bien des cas les excès de la balnéation thermale. Qu'on se tienne donc sur ses gardes.

D. D'autres conditions, dans lesquelles nous n'avons pas à observer tant de ménagements, sont celles où il s'agit moins de la syphilis elle-même que de son traitement. Il y a des sujets qui ne sont malades que par l'hypermercurialisation qu'on leur a infligée, ou qu'ils se sont infligée à eux-mêmes pendant des années. Les thermes sulfureux sont souverains pour les guérir. Le fait a été mis hors de doute par de nombreuses observations.

D'après ce qui précède, on voit que la cure mixte dans laquelle la balnéation thermale, quelle qu'elle soit, occupe une si grande place, ne trouve son opportunité que dans des syphilides arrivées à une période avancée de leur processus. Ce n'est ordinairement qu'après la deuxième ou la troisième année qu'on a besoin d'y recourir. Les guérisons qu'on obtient par elles dans ces cas, qui deviennent de plus en plus exceptionnels, ont fait supposer que le traitement thermal en avait tous les honneurs. On a même été jusqu'à dire qu'il était réellement spécifique et que le mercure n'était que son auxiliaire. Un pareil paradoxe a été soutenu pour les eaux sulfureuses. Mais ce qui le réduit à néant, c'est que beaucoup d'autres thermes que les sulfureux collaborent efficacement avec l'hydrargyre et l'iodure à la guérison, sans qu'il vienne à l'esprit de personne que les principes minéraux si variés qui les constituent soient, eux aussi, des spécifiques. A ce compte, les spécifiques seraient innombrables, tandis que nous ne sommes parvenus jusqu'à présent à en découvrir que deux, et le dernier, l'iodure, bien tardivement, après quatre siècles de syphilis en Europe.

Il n'y a pas longtemps qu'on commence à ne plus voir dans les eaux thermales une panacée possédant des vertus curatives précises, directes, immédiates, contre cette infec-

tion. C'est un préjugé dont on finira par se débarrasser. Retranchez du traitement thermal, chez les malades en puissance de syphilis active, les mercuriaux et l'iodure de potassium, et vous verrez s'ils feront long séjour dans n'importe quelles stations, même dans celles qui sont les plus renommées pour leurs cures antisyphilitiques.

Un autre préjugé, qui expose à bien des désillusions, est celui qui accordait aux eaux minérales une influence préservatrice de très longue portée contre les atteintes futures de la maladie. Il n'y a, dans la part qu'elles prennent à la guérison, rien qui soit plus radical, plus définitif qu'avec les autres moyens adjuvants. Les malades qui en ont retiré quelque bénéfice auraient tort de s'endormir dans une sécurité trompeuse. La plupart apprennent à leurs dépens, quand ils renoncent à tout traitement spécifique ultérieur, qu'il ne suffit pas, pour sauvegarder l'avenir, de s'en remettre à la chimie mystérieuse de la nature ni aux puissances curatives inimitables et hors de notre portée, qu'une sorte de superstition attribue à toute source qui jaillit des profondeurs inexplorées de l'écorce terrestre.

Dans les syphilis invétérées, il est rare qu'une seule saison thermale suffise. Il faut, comme pour le traitement spécifique, plusieurs cures successives. Les conditions climatériques ne permettent guère de faire plus d'une saison par année dans nos pays tempérés. C'est dommage. L'intervalle est trop long. Deux ou trois quelquefois ne seraient pas de trop.

UN SIGNE NOUVEAU

DE CERTAINES FRACTURES GRAVES DE LA BASE DU CRANE (OTORRHAGIE CROISÉE)

Par le docteur René Le Fort, médecin aide-major de l'armée.

I

Les fractures de la base du crâne par irradiation des fractures de la voûte sont aujourd'hui bien connues et leur mécanisme a été élucidé par Aran, Trélat, Félizet, Baum, Hermann Nicolaï, Otto Messerer, Wahl, etc.

Malgré leur fréquence et la quantité considérable de faits publiés, nous en rapporterons trois observations au sujet desquelles nous avons fait quelques remarques :

Observation I. — Le 12 janvier 1892, à cinq heures du soir, entrait à l'hôpital militaire de Vincennes, dans le service de M. le médecin-major Darricarrère, le nommé Bar... (Louis), ouvrier civil employé à la direction du génie. Cet homme, âgé de vingt-neuf ans, venait de faire une chute de 13 mètres de haut.

Il présentait une fracture compliquée de la cuisse gauche, avec issue du fragment supérieur à la partie antéro-interne, à l'union du tiers inférieur et des deux tiers supérieurs du membre, une fracture simple du fémur droit au niveau du tiers supérieur et quelques écorchures sans importance aux deux mains.

Au niveau du temporal droit, une énorme bosse sanguine soulevait toute la région, avançant en avant jusqu'à l'orbite, en arrière jusqu'à l'oreille; le centre de l'hématome était à un niveau plus élevé que ces deux points.

Chute complète de la paupière supérieure droite. Du côté de l'œil gauche, ecchymose sous-conjonctivale fort nette en dedans.

En outre, il y avait sur la partie supérieure du crâne, à droite, une large déchirure du cuir chevelu, dont un lambeau, triangulaire, mesurant environ 10 centimètres à sa base, pendait sur la région temporale tuméfiée.

Du côté de l'oreille gauche, on constate un écoulement sanguin assez abondant. La connaissance est complète, les fonctions intellectuelles peu altérées. Les deux jours suivants, aggravation de l'état du malade; l'écoulement sanguin par l'oreille gauche continue. Puis l'état général s'aggrave encore et le 1er février, à une heure de l'après-midi, le malade meurt avec tous les signes de la méningo-encéphalite.

L'*autopsie* est pratiquée le 3 février à huit heures.

Du côté des membres inférieurs, on trouve à droite une fracture simple du fémur au tiers supérieur; les fragments très obliques forment un angle aigu à la région externe.

A gauche, fracture compliquée du fémur, chevauchement de 4 centimètres, fragment supérieur en avant. Fusées purulentes entre les chefs du triceps, s'étendant presque jusqu'à la racine du membre.

Du côté de la tête, la chute de la paupière supérieure droite est complète, le globe oculaire est tourné en haut et en dehors. La commissure droite de la lèvre est abaissée.

On trouve au cuir chevelu, dans la région pariétale droite, la cicatrice de la plaie triangulaire mentionnée plus haut et réunie par première intention.

L'œil gauche est toujours le siège d'une large ecchymose interne.

Vaste ecchymose également sur les frontal, temporal et pariétal droits.

A l'ouverture du crâne, on trouve les méninges fortement congestionnées, épaissies en certains points; il en sort un liquide abondant séro-sanguin, elles se laissent décortiquer assez facilement. La substance cérébrale ne paraît pas contusionnée. Méningo-encéphalite évidente.

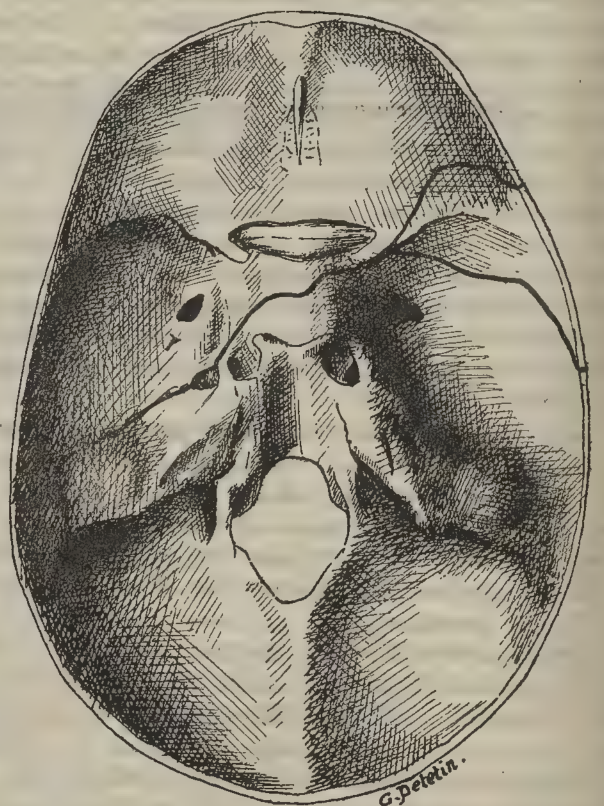


Fig. 1.

Il y a dans la région frontale une fracture par enfoncement, comprenant la partie supérieure de la grande aile du sphénoïde, l'angle antéro-inférieur du pariétal, la partie antérieure de l'écaille temporale et la partie postérieure de l'écaille frontale; en somme, la région péri-ptérique sur une hauteur de 6 à 7 centimètres et une longueur de 7 à 8.

Cette portion d'os enfoncée présentait des dimensions plus petites en dehors qu'en dedans, c'est-à-dire qu'elle était taillée en biseau aux dépens de la table externe. Le fragment n'était pas absolument circulaire, mais en raquette.

Sa partie antéro-inférieure se continuait avec un prolongement complétant la raquette. La queue de celle-ci passait d'abord au-dessus de l'orbite et la voûte orbitaire était entamée dans sa portion frontale, un peu en avant des petites ailes du sphénoïde (fig. 1). De là, le trait de fracture retournait en arrière, coupant les apophyses d'Ingrassias et tombant dans la fente sphénoïdale où aboutissait également le bord postérieur de la raquette en traversant la grande aile du sphénoïde. De la fente sphénoïdale où se jetaient les deux fissures, la fracture se dirigeait vers la selle turcique, la traversant complètement après avoir passé entre les apophyses clinoïdes antérieures et postérieures, puis retombait dans le trou déchiré antérieur gauche, pour suivre la suture pétro-sphénoïdale jusqu'au niveau de la voûte du crâne. Arrivée à ce niveau, elle tournait brusquement en arrière, coupant le rocher un peu obliquement d'avant en arrière et de dedans en dehors, pour revenir se terminer dans le trou déchiré postérieur. Le rocher était sectionné de telle façon que toute l'oreille interne restait dans le fragment interne, mais que la plus grande partie de l'oreille moyenne, ouverte par la fracture, se trouvait en dehors. C'était là l'explication de l'écoulement sanguin par l'oreille gauche. Du grand trait de fracture principal partaient quelques fissures sans importance et de peu d'étendue.

Obs. II. — A quelque temps de là, un soldat du 130ᵉ régiment d'infanterie, nommé Ev... (Mathurin-Marie), âgé de vingt-trois ans et demi, était trouvé sans connaissance dans des latrines et amené à l'hôpital de Vincennes. Cet homme était mort en arrivant à l'hôpital; il avait eu des hémorragies par l'oreille droite et par le nez, constatées avant le décès.

L'autopsie est pratiquée le lendemain, 20 avril 1892.

On relève quelques contusions des genoux, de l'épaule droite, sans lésions articulaires, et une fracture de la cuisse gauche à la partie moyenne.

Du côté de la tête : écoulement manifeste de sang par l'oreille droite, rien à l'oreille gauche. Les narines portent des traces irrécusables d'épistaxis. Ecchymose de la paupière inférieure droite et sous-conjonctivale de l'œil gauche.

Au niveau de la bosse frontale gauche, plaie contuse à bords déchiquetés, de 4 centimètres de long, dirigée horizontalement de dedans en dehors, mettant l'os à nu.

Le doigt introduit dans la plaie sent manifestement une fracture du frontal. Il y a une petite plaie cutanée, située en dehors de l'angle externe de l'œil gauche; elle décrit une courbe légère et se dirige vers l'os malaire.

Les os propres du nez sont fracturés et enfoncés en arrière; l'apophyse orbitaire du maxillaire supérieur du côté gauche est fracturée au-dessous du sac lacrymal, ainsi que l'os unguis.

Les parties molles de l'orbite sont complètement infiltrées de sang et la voûte orbitaire est fracturée.

Examen du crâne : ecchymose à la partie postérieure de la région temporale gauche. L'apophyse zygomatique est brisée et l'os malaire, complètement mobile sous le doigt, est détaché de tous ses rapports osseux.

Au niveau de la bosse frontale gauche, et à sa partie supérieure, nous trouvons une fracture étoilée, se dirigeant vers l'orbite et intéressant, comme nous l'avons vu déjà, la partie frontale de cette cavité. Un autre trait se dirige transversalement vers la partie médiane du crâne, où il semble s'arrêter. Un autre, partant toujours de la bosse frontale, se dirige vers le temporal et suit la suture écailleuse. Sous la bosse frontale droite, petite fêlure de peu d'importance.

Enfin, fracture de toute la partie postérieure de l'écaille temporale gauche. A l'ouverture du crâne, légères adhérences du cerveau et des méninges (anciennes); épanchement sanguin considérable dans la cavité arachnoïdienne, au niveau de la fosse temporale gauche surtout, gagnant la base du crâne. La pointe du lobe sphénoïdal gauche présente un foyer de contusion de la grosseur d'une noisette.

Au moment de l'extraction du cerveau, la lame criblée de l'ethmoïde a suivi et reste encore adhérente à un lambeau de dure-mère. Toute la partie inférieure et médiane du cerveau, depuis la pointe des lobes frontaux jusqu'à la protubérance, est dilacérée sur la largeur d'un doigt environ. Les lésions sont celles de la contusion au deuxième et au troisième degré. Quelques caillots sanguins dans le quatrième ventricule, dans la substance du cervelet du côté droit, dans le ventricule latéral droit.

Base du crâne. — Le trait de fracture principal part de la bosse frontale gauche, au niveau de la fracture étoilée déjà décrite, intéresse la partie orbitaire du frontal, pour gagner le milieu du corps du sphénoïde qui est fracturé transversalement.

La petite aile du sphénoïde du côté droit est détachée de l'os frontal à sa partie interne, puis le trait de fracture se dirige vers le temporal droit, et, retournant en arrière, fracture le rocher en intéressant à la fois l'oreille moyenne et l'oreille interne.

Les lésions de la base du crâne ne se bornent pas à celles-ci : la fracture de l'écaille temporale gauche descend vers le bord antérieur du rocher qu'elle suit en le séparant largement du sphénoïde, pour rejoindre la selle turcique fracturée. De celle-ci part un dernier trait de fracture, longeant le bord postérieur du rocher pour gagner la fosse cérébelleuse gauche.

En somme, fracture étoilée de la bosse frontale gauche, fracture du temporal gauche, et enfoncement des os propres du nez, ayant amené, par transmission osseuse, une fracture comminutive de l'ethmoïde. Des traits fissuriques partis de ces fractures aboutissent à la selle turcique, longent le sphénoïde et le rocher du côté opposé et fracturent celui-ci.

Obs. III. — Cette observation nous a été communiquée par notre ami le docteur Colle (de Lille), et relevée dans le service de M. le professeur Folet. Il s'agit d'un homme de trente ans, nommé Ph... (Julien), entré à l'hôpital de Lille le 29 août 1893, à la suite d'une chute de 1ᵐ50 sur le crâne. Examiné douze heures après son entrée à l'hôpital, il est dans le coma. On constate une ecchymose cervicale et mastoïdienne droite. La région cervico-occipitale paraît très douloureuse à la pression. La tête peut être tournée facilement à droite et à gauche. Pas d'écoulement de sang par les oreilles ni par le nez ou la bouche.

Mort trente-six heures après, le 31 août.

Autopsie. — A la partie interne de la suture occipito-pariétale droite existe une fracture sans enfoncement, triangulaire, régulière, équilatérale (fig. 2). Ce triangle présente un bord supérieur presque horizontal et un sommet inférieur. De l'angle externe part une petite fissure montant directement en haut et longue de 1 centimètre et demi à peine. De l'angle interne part une longue fissure se dirigeant à gauche et en bas, et se terminant à 3 centimètres environ du trou occipital, en arrière et à gauche. De l'angle inférieur part une troisième fissure directement en avant, arrivée à 2 centimètres environ du trou occipital, elle se divise en deux : l'une continue la marche en avant et va se perdre dans le trou déchiré postérieur, l'autre se recourbe vers le trou occipital dont elle atteint le bord droit, puis se retrouve sur le bord gauche pour se recourber en avant; cotoyer la suture occipito-temporale, traverser le rocher perpendicu-

lairement à son axe, un peu en arrière du trou auditif interne, et se perdre enfin vers le trou petit rond gauche.

Dans la fosse occipitale droite, on trouve environ 150 à 200 grammes de sang demi-coagulé sous la dure-mère.

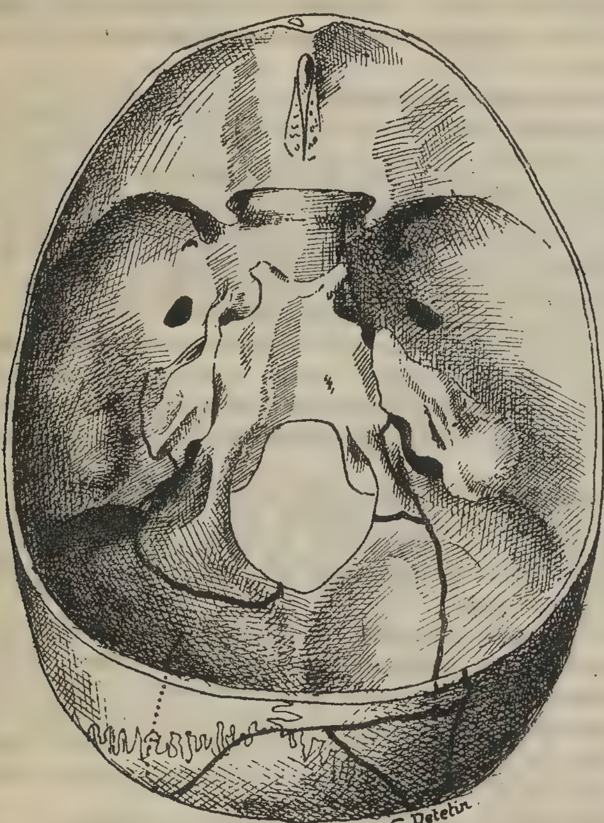


FIG. 2.

Celle-ci a été arrachée au niveau du sinus latéral gauche, et il s'est produit à ce niveau une déchirure de 1 centimètre environ de longueur dans le sens du sinus. Le cerveau est congestionné. Aucune trace de contusion du cerveau au point où le traumatisme a porté ; en revanche, au point diamétralement opposé, c'est-à-dire vers la partie inféro-antérieure du lobe frontal gauche, sur les circonvolutions de la face inférieure, on trouve un point très contusionné. A ce niveau, les tissus sont ramollis et l'on peut limiter une caverne du volume d'une noix. Rien dans les ventricules ni dans les noyaux.

II

Ces trois observations présentent une particularité commune : la fracture de la voûte a produit du côté opposé de la base une fracture *complète* du rocher. Nous insistons sur le mot complète, car les fractures incomplètes, parallèles à l'axe du rocher, sont très communes à la suite d'une fracture de la voûte du côté opposé, propagée par la fosse moyenne et la selle turcique ; aux observations nombreuses qui ont été publiées, nous pourrions ajouter trois faits inédits ; mais il s'agit là de fissures sans importance ni intérêt clinique. Revenons donc à nos observations.

Dans la première, la fracture de la voûte siégeait à la région temporale ; dans la seconde, à la région fronto-temporale ; dans la troisième, à la région occipitale.

Dans l'observation I, le trait de fracture, irradié de la région temporale, gagne la fente sphénoïdale (v. fig. 1), à la fois par l'étage antérieur et par l'étage moyen, traverse la selle turcique et arrive au rocher du côté opposé ; la violence du traumatisme n'étant pas épuisée, il se poursuit en produisant une disjonction du rocher et de la grande aile du sphénoïde, ayant ainsi traversé entièrement la base du crâne. Mais, arrivé à la limite de la base, quelle route va suivre ce trait de fracture ? Si les fractures de la voûte irradient fréquemment à la base, on ne peut pas retourner la proposition, et les fractures de la base n'ont guère de tendance à irradier à la voûte, plus résistante. Aussi, la fissure prend-elle la route la plus facile, celle qui dévie le moins sa direction première en lui offrant le moins de résistance : elle traverse le rocher, dans cette portion éminemment fragile, creusée par la caisse du tympan. La membrane du tympan s'étant rompue, le blessé présenta une hémorragie assez abondante et persistante par l'oreille, du côté opposé à la fracture de la voûte.

La deuxième observation est très analogue : la bosse frontale gauche est le siège d'une fracture étoilée, le temporal gauche est fracturé, l'ethmoïde et l'étage antérieur du crâne sont atteints de fracture par transmission osseuse (par les os du nez) ; ces fractures multiples envoient des traits fissuriques vers le sphénoïde, et la selle turcique est brisée ; puis, comme dans l'observation précédente et pour les mêmes raisons, la fissure arrivant à la voûte se dirige en arrière et fracture le rocher au niveau de l'oreille moyenne, en empiétant un peu sur l'oreille interne. Ici encore, on pouvait constater une otorragie du côté opposé à la lésion de la voûte.

Instruit par l'expérience du cas précédent, nous avions porté avant l'autopsie le diagnostic exact de la cause de cette *otorragie croisée*, comme nous l'appellerions volontiers, et deviné que la fracture de la base traversait de part en part les étages antérieur et moyen du crâne, pour se terminer dans l'étage postérieur après fracture du rocher.

L'importance de ce nouveau signe, au point de vue du pronostic, se comprend d'elle-même, puisque sa production nécessite des délabrements étendus et suppose, par conséquent, une violence considérable du traumatisme. Il faut néanmoins, ici comme dans tous les cas d'otorragie, s'assurer que la source d'hémorragie n'est pas de cause externe banale, et rechercher tous les signes de l'hémorragie due à la fracture du rocher.

Si la fracture complète d'un rocher par propagation d'une fracture des régions frontale et pariétale de la voûte du côté opposé amène et doit amener le plus souvent une hémorragie par l'oreille (en raison du mécanisme que nous venons d'exposer), il n'en est pas nécessairement de même quand cette fracture du rocher est due à une fracture de la région occipitale du côté opposé.

Notre observation III montre une fracture de cette catégorie (fig. 2). Le trait de fracture, nettement transversal, passe en dedans de l'oreille interne, au niveau ou un peu en arrière du trou auditif interne ; il aurait sans doute pu passer encore plus en dedans (mais aussi plus en dehors), et il n'était pas forcé de détacher le rocher, pour ainsi dire, à son insertion à la voûte, comme lorsque la fissure a suivi longitudinalement l'os pour se trouver en présence de la voûte qu'elle ne peut remonter.

Aussi, croyons-nous que l'otorragie croisée se rencontrera surtout dans les fractures de la base consécutive aux fractures des régions frontale ou temporale de la voûte du crâne.

Dans ce cas, elle constitue, nous l'avons vu, un signe im-

portant pour le diagnostic précis de la direction du trait de fracture et un élément à ne pas négliger pour le *pronostic*.

RECHERCHES SUR LE SANG DES SARCOMATEUX

Par M. le docteur MOTY.

Sur douze cas de sarcome, l'auteur a trouvé onze fois le sang fertile. Les cultures obtenues renfermaient un microcoque très petit, simple ou double, se colorant très difficilement et anaérobie facultatif.

Les inoculations aux animaux n'ont pas donné de résultats concluants. Cependant, en rapprochant entre eux les faits suivants : propagation du sarcome par le sang, développement du sarcome dans les régions riches en sang veineux ou à circulation lente, étiologie traumatique du sarcome se vérifiant pour les traumatismes fermés à l'exclusion des traumatismes ouverts, et, enfin, présence dans le sang d'un microcoque à tendances anaérobies, on est frappé de leur concordance et l'on est amené à considérer le sarcome comme une infection du sang se localisant dans les parois veineuses ou capillaires et entraînant la thrombose des vaisseaux atteints.

Cette infection du sang peut servir de moyen de diagnostic pour les sarcomes douteux. Dans les phlegmons profonds de cause banale, le sang est également fertile, mais la végétation est plus rapide ; dans l'épithélioma le sang reste stérile.

Comme conclusion, le traitement général s'impose dans le sarcome : de nouvelles recherches sont d'ailleurs nécessaires pour confirmer celles-ci et établir s'il existe, oui ou non, des variétés de microcoques correspondant aux variétés cliniques du sarcome.

REVUE DE LA PRESSE

Méningocèle traumatique. — M. Alexandroff communique sous ce titre l'observation d'une petite malade de onze mois qui, il y a deux mois, est tombée dans un escalier. A la suite sont survenus une perte de connaissance et des vomissements durant trois jours. Le cinquième jour on s'est aperçu d'une hémiplégie droite complète. Quinze jours plus tard sont survenues des attaques de convulsions généralisées, apparaissant toutes les heures et accompagnées de perte de connaissance. Ces attaques ont duré trois semaines, puis elles ont disparu. Actuellement, il ne reste qu'une parésie de la jambe droite.

L'enfant est bien développée, le crâne est régulier. La fontanelle antérieure n'est pas encore complètement fermée. Dans la région gauche de la voûte du crâne on trouve une tumeur allongée, molle, nettement fluctuante, s'étendant depuis la bosse frontale correspondante jusqu'à la terminaison de la suture lambdoïde. Elle commence par une partie effilée, s'élargit vers le milieu de son trajet de 5 à 6 centimètres, se rétrécit de nouveau à sa terminaison. A la base de la tumeur on sent un bourrelet dur, tranchant par place, se continuant en dehors avec les os du crâne. La partie de l'os qui forme la base de la tumeur semble enfoncée dans la cavité cranienne. Cette base est inégale, présente des saillies. A l'angle antérieur, on sent dans la profondeur un orifice admettant la phalangette du petit doigt. La tumeur est indolore, réductible par pression, sans qu'on provoque pendant la réduction des manifestations cérébrales. Pas de battements de la tumeur. Elle est transparente, se gonfle notablement pendant les cris.

Les membres droits sont un peu plus faibles que les gauches, mais les mouvements n'en sont nullement gênés. Pas de troubles sensitifs marqués. Les téguments des extrémités droites sont un peu plus rouges et plus froids qu'à gauche, la température locale y est abaissée de 1 degré.

Les pupilles sont normales, réagissent bien à la lumière. Rien d'anormal du côté des viscères.

Le diagnostic était facile : une tumeur survenue à la suite d'un traumatisme, sa communication avec la cavité cranienne, sa transparence, l'existence d'un bourrelet osseux, indiquent la lésion des enveloppes cérébrales et l'issue du liquide céphalo-rachidien sous l'épicrâne.

Cette affection a été décrite, pour la première fois, par Billroth sous le nom de méningocèle « spuria cum fistula ventriculi. »

Dans le cas de Billroth il y avait communication de la poche avec la cavité du ventricule latéral.

Dans le cas de M. Alexandroff on pourrait croire à une lésion cérébrale par suite de la présence de l'hémiplégie.

Dans la littérature étrangère on trouve décrits quelques cas pareils. En Russie c'est le second cas décrit. La première observation appartient aussi à M. Alexandroff (*Medicinskoë Obozrênie*, 1886). Se basant sur les cas précédents, on doit supposer qu'une blessure du cerveau et une communication avec la cavité ventriculaire sont nécessaires pour la production de ces tumeurs. Le pronostic du cas présent est très incertain. Les essais thérapeutiques restent jusqu'à présent peu efficaces. (Société de pédiatrie de Moscou, mars 1894.)

Galactocèle bilatéral. — M. Popper signale à la Société des médecins de Cherson un cas de galactocèle double qu'il a observé chez une jeune femme bien portante, accouchée depuis trois mois ; dans chacun des deux seins on sentait une tumeur fluctuante recouverte de téguments absolument normaux, sans aucune trace de processus inflammatoire. Le diagnostic de galactocèle fut confirmé par la ponction qui permit de retirer trois onces (125 grammes) de lait. (*Gaz. hebdom. méd. de la Russie Mérid.*, nº 13, 1894.)

Résection du cæcum. — M. Veliaminoff est partisan de la résection du cæcum en cas de néoplasme ou d'inflammation chronique de ce diverticule intestinal. Pour lui, le diagnostic entre une inflammation chronique et un néoplasme est très épineux, parfois même impossible. Quant à l'intervention, il préfère une résection d'emblée à un anus contre nature artificiel. Le traitement consécutif doit consister en tamponnement dont Billroth et Jalzer sont aussi partisans. M. Véliaminoff a eu à intervenir chirurgicalement sur le cæcum dans deux cas. Dans l'un d'eux, il s'agissait d'un cancer cæcal. Il fit la résection de l'intestin sur une longueur de 22 centimètres. Sa malade mourut au septième jour de septicémie, par infection de la plaie par des matières fécales. La seconde malade avait une typhlite tuberculeuse opérée une première fois pour évacuer le foyer ; elle est rentrée deux ans plus tard avec un anus contre nature. Résection du cæcum. Tamponnement, guérison. (Vᵉ Congr. des méd. russes, sect. de chir.)

Anurie par oblitération calculeuse des deux uretères. — M. Kæfer a observé, à l'hôpital évangélique d'Odessa, un cas intéressant d'anurie. Le malade, de soixante-huit ans, avait de l'anurie pendant cinq jours, le cathétérisme n'avait rien donné ; le malade ne sentait pas de besoins d'uriner, n'éprouvait aucune douleur ; anorexie ; légère constipation ; vomissements ; et avant l'entrée à l'hôpital, douleur obtuse dans la fosse iliaque gauche. La vessie n'est pas dilatée.

1 cœur ni aux poumons. Pouls et température normale. Il y a quelques années le malade aurait eu de l'hématurie pendant quelques jours. On fit le diagnostic d'oblitération d'un uretère, probablement par calculs, et de spasme de l'autre. Par l'administration de piperazine et d'eau de Vichy, on obtint des selles diarrhéiques et environ 250 grammes d'urine; le malade a vomi plusieurs fois. Douleurs assez fortes dans la fosse iliaque. Le lendemain, 2300 grammes d'urine avec traces d'albumine. Les jours suivants, somnolence, respiration de Cheyne-Stokes par moments et mouvements convulsifs des membres; de nouveau anurie absolue. Mort par œdème pulmonaire, dix jours après l'entrée. A l'autopsie, on constata que la lumière de l'uretère droit, à 1 centimètre de son embouchure, et l'embouchure de l'uretère gauche dans la vessie, étaient complètement bouchées par des calculs durs, rouge brun. Reins petits, rouge pâle. Calices et bassinets dilatés, remplis d'urine sanguinolente. (*Berlin. Klin. Woch.*, 1893.)

Splénectomie. — M. Chalite montre à la Société des médecins de Kieff une malade à laquelle il a fait, il y a deux mois, une splénectomie pour une tumeur.

La malade, trente-six ans, est entrée à l'hôpital avec dyspnée, pesanteur et douleurs abdominales. Il y a deux ans, à la suite d'un accouchement, elle s'est aperçue de l'augmentation du volume du ventre et de l'œdème des jambes.

A l'entrée à l'hôpital, la malade est très émaciée. Le ventre est énorme, sa partie gauche est plus saillante que la droite et on y constate à la palpation une tumeur dure, indolore, plus ou moins mobile, remontant sous les fosses côtes gauches où son bord supérieur ne peut être délimité. Pas d'ascite. Diagnostic; tumeur kystique ou kyste hydatique de la rate. Laparotomie exploratrice. On tombe sur une tumeur de couleur brune, adhérente au grand épiploon et aux anses intestinales, de consistance mollasse. Ponction et évacuation de 8 litres de liquide brunâtre où nageaient des lambeaux de tissu splénique. La tumeur, de volume d'une tête d'adulte, était formée d'une capsule remplie de lambeaux dégénérés de tissu splénique. Seule la partie supérieure de la rate était composée de tissu normal. Section des adhérences, section du pédicule entre deux ligatures, extraction de la rate. Excellentes suites opératoires. (*Wratsch*, n° 9, 1894.)

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Des résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur (1), par le docteur Claude Martin.

Les travaux du docteur Martin sont aujourd'hui connus de tous, grâce aux succès remarquables qui ont couronné ses tentatives, succès qui ont été consacrés devant les différentes sociétés savantes et aux derniers Congrès de chirurgie. Au moment de ses premiers travaux, M. Martin n'était que dentiste, médecin de la Faculté de Lyon. Aujourd'hui docteur, il a étudié, dans sa thèse inaugurale, les résultats éloignés fournis par l'application de sa méthode de prothèse immédiate dans les résections de la mâchoire inférieure.

Voici les conclusions de l'auteur :

Les résultats éloignés de la prothèse immédiate dans les résections du maxillaire inférieur, sont bien supérieurs encore à ceux que l'on observe au début de l'intervention : la mastication, la phonation, vont en s'améliorant à mesure que l'on s'éloigne du moment où la première pièce a été posée.

(1) In-8°. — Paris, G. Masson; Lyon, A. Storck.

Chez les enfants, si l'on veut obtenir des résultats satisfaisants, il faut souvent modifier ou changer leur appareil, ce qui est en rapport avec la croissance du maxillaire et avec l'évolution de la deuxième dentition.

Le caoutchouc vulcanisé est la substance qui réunit toutes les qualités nécessaires pour la prothèse en question. Il n'irrite pas les tissus, il est facile à désinfecter, il n'est pas trop lourd, ce qui permet d'employer des pièces volumineuses.

Ostéomyélites de la croissance (1), par le docteur Mauclaire.

Élève de M. Lannelongue, à qui l'on doit une grande part de nos connaissances actuelles sur l'ostéomyélite, ancien interne de l'hôpital des Enfants, M. Mauclaire était tout désigné pour écrire ce petit volume de la collection Charcot-Debove. Il s'en est acquitté avec une grande compétence; les différentes formes microbiennes de l'ostéomyélite y sont décrites avec précision; il a insisté sur les variétés cliniques si variables, et parfois si trompeuses. L'étude détaillée du traitement termine son travail.

Recherches anthropologiques sur le plan horizontal de la tête (2), par le docteur E. Hirtz.

Les recherches de M. Hirtz lui permettent de formuler les conclusions suivantes :

Il existe, sur l'homme vivant, une *position normale* de l'œil, régie par des dispositions anatomiques, et réalisée lors de l'inactivité des troubles moteurs. La situation du globe oculaire sur le cadavre est exactement, pour ainsi dire par définition, celle qui convient à l'équilibre naturel; c'est la position normale. Les *axes visuels* après la mort sont les droites directrices, facilement définissables, du plan horizontal de la tête.

L'axe orbitaire de Broca est presque parallèle à ce plan, avec une approximation très grande pour une moyenne; *largement suffisante en pratique*, pour tel crâne particulier.

On peut déterminer dans l'orbite un axe qui satisfait mieux l'esprit que l'axe classique, et qui représente très bien la direction générale de la cavité, en projection horizontale. L'auteur propose pour lui le nom d'axe rationnel. L'axe orbitaire de Broca indique, avec une précision plus que suffisante, son orientation.

Pus et suppuration (3), par le docteur Letulle.

Ce petit livre fait partie de la collection des aide-mémoire, publiée sous la direction de M. Léauté. Dans la première partie, l'auteur étudie le pus et ses caractères microscopiques. La deuxième partie traite de la suppuration, son étiologie, sa pathogénie, son mécanisme, enfin de la pathologie générale de la suppuration. Écrit par un anatomo-pathologiste de grande valeur, ce livre est, malgré son cadre restreint, un traité complet de la suppuration. Ajoutons qu'il renferme 47 figures, des plus utiles, puisqu'elles représentent les différentes formes des microbes pyogènes.

(1) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.

(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

(3) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 138. — JEUDI 29 NOVEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 29 NOVEMBRE 1894. — N° 138.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris.— L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laborde a présenté à l'Académie trois jeunes idiots microcéphales, frères et sœur, âgés de huit, dix et douze ans, dont l'aspect, l'attitude, les gestes absolument simiesques ont vivement impressionné les assistants. Ces trois êtres, nés de parents grecs, intelligents, ayant eu d'autres enfants bien constitués, ne diffèrent du singe qu'en ce que celui-ci est certainement plus intelligent et plus éducable.

Dans une courte discussion qui a suivi, la question s'est posée de savoir si la syphilis ne devait pas être invoquée dans ces cas. L'explication déjà fournie par M. Guéniot dans un cas analogue paraît plus vraisemblable. Ces malformations seraient dues à des épaississements et à des soudures prématurées des os du crâne.

Après cette intéressante présentation, la parole a été donnée à M. Laveran pour la lecture d'un travail sur le coup de chaleur. On trouvera plus loin les conclusions de ce travail.

M. Folet (de Lille) a fait une communication sur l'action curative de l'insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux. Se basant sur les nombreux exemples de guérison par la simple laparotomie, M. Folet s'est demandé s'il ne suffirait pas d'évacuer l'ascite par une ponction et d'insuffler dans la cavité abdominale une certaine quantité d'air. C'est ce qu'il a fait avec succès dans un cas.

Sont venus ensuite les rapports officiels, celui de M. Moissan pour le prix Buignet et le rapport sur les épidémies par M. Kelsch.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LANDOUZY.

Les caractères du sérum antidiphtéritique; la technique des injections; leur valeur curative et préventive.

Nous avons, dans le sérum de Behring-Roux, un agent biologique à la fois prophylactique et curateur, mais les notions acquises à l'heure actuelle sur ce liquide ne sont pas complètes et définitives; je ne pourrais, notamment, vous en tracer les caractères propres, les caractères *organoleptiques*, puisque les chimistes ne nous ont encore rien appris de ce côté.

Quand je vous aurai dit que c'est un liquide transparent, d'une couleur jaune rappelant assez bien la teinte de l'urine normale, de réaction neutre au tournesol, de saveur salée et d'odeur camphrée (si on se sert du camphre comme antifermentescible), vous saurez tout ce qu'on peut dire sur les caractères physiques de ce médicament. Jusqu'ici, je le répète, la vraie et la seule caractéristique de l'antitoxine, c'est l'acte biologique par lequel elle impressionne l'organisme vivant, de manière à empêcher le développement du bacille de Klebs-Lœffler.

Si j'avais à prendre, vis-à-vis de ce merveilleux produit, un terme de comparaison dans la médecine de nos pères, je choisirais, parmi les fameux électuaires de l'ancienne pharmacopée, l'exemple de la thériaque. Vous savez que dans la composition de cette drogue célèbre il n'entrait pas moins d'une soixantaine de substances. Pendant plusieurs siècles, la thériaque a rendu de très grands services comme antiputrescible. Mais jamais il n'est venu à l'idée d'un pharmacope de décrire les caractères chimiques et organoleptiques d'un médicament aussi complexe. D'ailleurs, aujourd'hui on s'intéresse à la préparation de l'antitoxine avec le même enthousiasme qu'on apportait autrefois à la fabrication de la thériaque. Cette solennité avait lieu une fois l'an, à Venise, et le doge ne dédaignait pas d'illustrer de sa présence la fabrication du médicament, qui se faisait devant le corps des pharmaciens assemblés; l'hermine des professeurs de l'École de médecine de Venise rehaussait encore l'éclat de la cérémonie. Je n'ai pas besoin d'ajouter que tous ces personnages n'assistaient qu'aux débuts de l'opération, car il fallait trois mois pour préparer la thériaque, à peu près le même laps de temps que pour le sérum antidiphtéritique.

Cette digression n'est pas un hors-d'œuvre, comme vous pourriez le croire : elle m'amène à toucher, en passant, un point de la question qui a son importance; ce n'est pas seulement pour une vaine parade qu'on entourait d'une telle pompe la fabrication de la thériaque, mais plutôt dans le but de garantir la bonne préparation et l'authenticité du médicament. Eh bien, il importe que les mêmes garanties nous soient offertes quant à la fabrication du liquide antidiphtéritique; en un mot, j'ai besoin de savoir que le sérum que je vais injecter à un malade dont j'ai la responsabilité, à mon fils peut-être, j'ai besoin de savoir que ce sérum sort du laboratoire de M. Roux, qu'il a été préparé dans des con-

ditions irréprochables, et que c'est bien un remède que je vais injecter, non un poison. De même, en ce qui concerne les alcaloïdes, nous nous montrons soucieux de telle ou telle marque de fabrique.

La technique des injections de sérum comprend une série de petites opérations auxquelles il faut apporter autant de soin qu'à une grande opération chirurgicale. Il n'y a pas deux asepsies, une pour les chirurgiens et une pour les médecins; l'asepsie doit être égale pour les uns et pour les autres. C'est dans l'intérêt de votre pratique que j'insiste sur ce point, car, à l'heure présente, dans le public extra-médical, la cause de l'asepsie est gagnée, à tel point que certains clients témoignent parfois plus de souci de ses préceptes que... leurs médecins eux-mêmes. Permettez-moi de placer, à ce sujet, une anecdote qui se gravera dans votre esprit comme une « leçon de choses ». J'assistais dernièrement un chirurgien pour une petite intervention, auprès d'une de mes clientes, fort au courant des doctrines médicales les plus récentes. Ayant préparé différents objets sur une table, elle demanda s'il ne manquait rien. « Une cuvette, dit le chirurgien, pour me laver les mains après. » Et la dame de répliquer : « Voudriez-vous vous les laver avant? »

Lors donc que vous aurez à faire une injection de sérum, vous commencerez par vous laver au savon et à la brosse, selon les règles habituelles, les mains et les ongles, faute de quoi vous risqueriez d'apporter vous-même, au niveau de la piqûre, une streptococcie, dont vous pourriez ensuite rendre coupable l'antitoxine. Vous ferez aussi l'antisepsie de la paroi abdominale, par un savonnage, suivi de lotions avec un tampon d'ouate hydrophile et une solution de sublimé, sans tenir aucun compte des protestations de la famille. Une mère ne me disait-elle pas ces jours-ci : « L'enfant est très propre, il a pris un bain avant-hier! »

Puis, vous vous assurerez du bon fonctionnement de la seringue, que vous ferez bouillir si elle n'est pas rigoureusement aseptique — je me sers de celle de M. Debove, facile à démonter et à porter à l'ébullition, avec quelques précautions — vous vérifierez la perméabilité de la canule; vous rendrez aseptique l'aiguille dont vous allez vous servir, en la passant dans la flamme de la lampe à alcool, et vous la poserez, en attendant le moment précis de l'opération, sur de l'ouate antiseptique. Vous remarquerez que la canule que je vous présente ici est portée sur un petit tube de caoutchouc, intermédiaire entre elle et la seringue; l'avantage de cette disposition est le suivant : l'enfant à qui on va faire une injection est toujours un peu terrorisé, il est disposé à se défendre, et, s'il fait un mouvement brusque, on court fort le risque de casser l'aiguille dans la peau du petit malade; cet accident est évité par ce petit tube de caoutchouc, laissant un certain jeu entre l'aiguille et le corps de la seringue.

Toutes ces précautions étant prises, et l'instrument étant monté, vous prenez la seringue entre l'annulaire et l'auriculaire et la canule entre le pouce et l'index, vous soulevez la peau de l'abdomen avec les doigts de la main gauche et vous faites l'injection à 3 ou 4 centimètres de l'ombilic, vers le milieu d'une ligne allant de l'ombilic à l'épine iliaque antérieure et supérieure. L'expérience a démontré qu'une injection de 20 centimètres cubes suffisait pour la première injection; le plus souvent, on en refait une autre le lendemain. Il s'agit là des injections faites sur des sujets en puissance de diphtérie, car, au point de vue préventif, 5 centimètres cubes de sérum sont suffisants.

Le sérum peut procurer à la fois la curation et la prévention de la diphtérie : il semble donc que la question du diagnostic de cette maladie manque maintenant d'intérêt et que l'examen bactérioscopique lui-même devient inutile, si on guérit à coup sûr tout sujet porteur de fausses membranes, en lui faisant une injection de sérum. Je tiens à vous mettre en garde contre une pareille erreur et j'y reviendrai au cours de ces leçons : il n'y a pas de médecin, aussi expérimenté soit-il, qui ait aujourd'hui le droit de s'en tenir au diagnostic clinique de la diphtérie; les plus malins s'y sont trompés et ont eu de cruels déboires pour avoir affirmé, au jugé, qu'ils avaient ou n'avaient pas affaire à de la diphtérie. M. Roux a toujours fait le diagnostic bactérioscopique : c'était un élément nécessaire à la valeur de sa démonstration. Mais nous devons tous le faire, puisque, ainsi que je vous le montrerai dans la prochaine leçon, cet examen doit nous donner non seulement le diagnostic, mais encore le pronostic de la diphtérie : en général, la diphtérie est simple ou compliquée, bénigne ou grave, suivant qu'il n'y a pas ou qu'il y a des associations microbiennes.

Il n'en reste pas moins vrai que, lorsque vous voyez « du blanc dans la gorge » d'un malade et que vous avez un doute sur la nature de cette angine et sur la possibilité d'une diphtérie, votre premier devoir, à l'heure actuelle, est de faire l'injection de sérum. On a pu, en effet, s'en servir avec plein succès dans des cas qui ont été prouvés n'être pas diphtéritiques. Et même au point de vue préventif, la valeur du liquide de Behring-Roux paraît indiscutable, de telle sorte que, demain, quand un cas de diphtérie se présentera dans une famille, il sera tout indiqué de faire une injection antidiphtéritique aux autres enfants. Pour ma part, dans une épidémie de collège, par exemple, je n'hésiterais pas à injecter l'antitoxine à titre prophylactique.

HOSPICE DE BICÊTRE. — M. Bazy.

Les faux urinaires glycosuriques.

J'ai autrefois appelé l'attention (1) sur un certain nombre de malades venant consulter pour des troubles plus ou moins nets de la miction, et chez lesquels l'examen le plus approfondi des voies urinaires, soit dans le présent, soit dans le passé, ne permettait de reconnaître aucune lésion.

J'ai montré que ces malades ne pouvaient être rangés dans la catégorie des myéliques, ni des tabétiques, ni dans celle des neurasthéniques ou des hystériques purs, qu'un certain nombre d'entre eux étaient des candidats à la glycosurie ou bien des *glycosuriques*. Et ces glycosuriques étaient ou des glycosuriques intermittents ou des glycosuriques permanents. J'ai montré toute la valeur que pouvaient avoir ces troubles urinaires pour diagnostiquer la glycosurie.

Je me sers à dessein de ce mot glycosurie ne voulant préjuger en rien de la dénomination qu'il faut imposer aux malades dont les urines contiennent du sucre, à savoir s'il faut les appeler ou non des diabétiques.

Je veux aujourd'hui montrer l'importance qu'il y a à bien connaître ces états, parce que j'ai souvent l'occasion de constater qu'on n'en tient pas assez compte, parce que la méconnaissance de ce fait expose à des erreurs de diagnostic,

(1) Voir *Congrès français de chirurgie*, 1889, p. 229; *Arch. gén. de méd.*, 1890, t. II, p. 418, et *Gaz. des hôpit.*, 1892, p. 237.

ce qui est préjudiciable au malade, et aussi, peut-être, au médecin.

Je ne reprendrai pas la question en entier : je me contenterai de dire que les troubles, présentés par ces malades, sont très variables et n'ont aucune signification précise, comme peuvent en avoir ceux qui se rapportent à la lithiase urinaire, au rétrécissement, à la cystite, etc., etc. Or, ces troubles auront d'autant plus d'importance, au point de vue du diagnostic qui nous intéresse, qu'ils s'observeront chez des individus n'ayant aucun passé urinaire.

Ce sont tantôt des picotements dans le périnée, des cuissons en urinant, quelquefois en finissant d'uriner, un jet d'urine mou, des crises de polyurie surtout après le repas, d'autres fois des difficultés de miction, une miction d'autant plus douloureuse que les malades se seront davantage retenus d'uriner, au point que quelques-uns refusent de sortir et d'aller dîner en ville, parce qu'ils craignent ces crises de polyurie qui les obligent à s'absenter. La nécessité de retenir le besoin est suivie d'un malaise plus grand que quand ils peuvent le satisfaire à la première injonction. Cette crainte augmente quand, ce qui, à la vérité, est rare, les malades ont eu de la *rétention d'urine*, ainsi qu'on peut l'observer, comme on le verra, dans les deux cas que je relaterai plus loin.

La marche, les mouvements, les secousses n'ont pas d'influence sur les symptômes : tantôt les longues marches, les courses prolongées en voiture sont suivies de douleurs, tantôt, au contraire, il ne se produit rien. Les changements barométriques ont une tout autre influence, et quelques malades l'accusent formellement : la fatigue, quelle qu'elle soit, est mauvaise.

L'émission en plus grande abondance d'acide urique réveille les sensations de chaleur et picotement. Les troubles digestifs ont une influence non moins nette. En somme, comme on le voit, rien de net, rien de bien précis : il y a là une symptomatologie qui est commune à toutes les maladies et qui n'appartient en propre à aucune d'elles : ces symptômes peuvent aller depuis le plus bénin, le plus insignifiant, la démangeaison plus ou moins désagréable dans le canal, jusqu'à la rétention d'urine qui est, en somme, un symptôme sinon grave, du moins pénible, ennuyeux.

On comprend qu'en présence de cette complexité de symptômes, l'esprit erre, cherche de tous côtés, et finit, après n'avoir rien trouvé, par prononcer le mot de névropathie, neurasthénie, hystérie. Je ne nie pas, tant s'en faut, les troubles urinaires liés à ces états-là : mais, je l'avoue franchement, je n'accepte et je ne formule jamais ce diagnostic sans avoir une arrière-pensée, et ce n'est, le plus souvent, pour moi, qu'un diagnostic provisoire. Je ne l'accepte que sous bénéfice d'inventaire, d'autant qu'il conduit à une thérapeutique nulle ou peu s'en faut.

C'est dans ce cas que la constatation d'un symptôme m'a conduit, ainsi que je l'ai indiqué, à la découverte d'un état plus compréhensible, plus accessible aux moyens thérapeutiques, par conséquent, très important à connaître.

Ce symptôme est la perte des réflexes rotuliens et cet état est la glycosurie.

En présence de malades se plaignant de troubles vagues, indéterminés, dont les urines ont un aspect normal, on songe au tabes et un des signes du début est la perte des réflexes rotuliens : d'autre part, ce signe n'a pas une valeur absolue, une signification univoque; il peut s'observer dans beaucoup d'autres conditions, et, en particulier, dans la glycosurie, où il est loin d'avoir la signification pronostique grave qu'on lui a attribuée. C'est ainsi qu'en l'absence d'autres signes du tabes, j'ai été amené à rechercher le sucre dans l'urine, c'est ainsi que je l'ai découvert dans l'urine de malades *qui ne s'en doutaient pas* et chez lesquels aucun autre symptôme ne pouvait le faire soupçonner. On avouera que la constatation a une certaine importance.

La connaissance de ces faits, après leur publication dans les *Archives de médecine*, a conduit quelques-uns de nos confrères au même diagnostic, et, parmi eux, je citerai le docteur Pousson (de Bordeaux), bien connu pour ses travaux sur les maladies des voies urinaires, et le docteur Plicque. En revanche leur méconnaissance est l'origine de tourments et d'ennuis pour le malade; il peut conduire à une intervention intempestive, à faire inutilement un cathétérisme, douloureux souvent, et quelquefois fort dangereux. J'aurai, en effet, l'occasion de publier *un cas de mort à la suite d'un cathétérisme* explorateur fait par *un chirurgien théoriquement aseptique* à *un malade glycosurique*, et atteint de ces troubles vagues dont je parlais tout à l'heure. Il est certain que, si ce chirurgien n'eût pas méconnu les faits, eût voulu tenir compte de la valeur diagnostique de ces symptômes, il se fût enquis de l'état de l'urine et, ayant appris que le malade était glycosurique, ayant, d'autre part, dû savoir que ces troubles vagues pouvaient être et étaient dus à la glycosurie, il se serait abstenu d'un cathétérisme métallique intempestif (car il aurait eu l'explication des symptômes, et n'aurait pas eu besoin de la chercher avec des instruments) et le malade ne serait pas mort, *mort d'accidents infectieux qui ont suivi le cathétérisme*.

On voit donc combien il est important de connaître ces faits. Les connaissant, on évite d'être nuisible et on est très utile : on a tout bénéfice.

Ceci dit, revenons sur les signes considérés en eux-mêmes.

La perte des réflexes rotuliens n'est pas constante; quelques malades les conservent, d'autres fois leur disparition est intermittente, mais leur conservation ne doit pas dispenser de l'analyse des urines.

Cette analyse doit être faite dans certaines conditions : en effet, la glycosurie, et c'est là un fait important, intéressant, n'est pas toujours une glycosurie permanente : on peut, en effet, se trouver en présence de malades atteints de glycosurie intermittente.

Aussi faut-il examiner l'urine des malades après le repas, et surtout après le repas de midi, qui paraît, plus que celui du soir, donner lieu à la glycosurie : en effet, quelquefois trois, quatre, cinq heures après le repas le sucre a disparu de l'urine. Quelquefois même il sera bon de faire donner un repas d'épreuve ou des aliments sucrés et féculents, ou simplement féculents, mais en assez grande quantité : d'autres fois cette glycosurie disparaît pour plusieurs jours et fait place à l'émission d'une quantité anormale d'acide urique et même de phosphate de chaux. Dans quelques cas, au lieu de la réaction du sucre, on a une réaction toute particulière : sous l'influence de la liqueur de Fehling, il se fait un précipité jaunâtre qui n'est pas caractéristique du sucre, mais qui, suivant M. Leidié, pharmacien très distingué de nos hôpitaux, ne s'observe que chez les individus ou antérieurement glycosuriques ou candidats à la glycosurie.

Cette réaction aurait, par conséquent, même valeur que la réaction du glycose et, pour mon compte, je la considère

comme équivalente : je considère aussi ces malades comme glycosuriques et des candidats au diabète.

Le premier fait remonte déjà à plusieurs années. Il s'agit d'un M. C..., alors âgé de quarante-neuf ans, qui alla voir le professeur Guyon, se plaignant de troubles bizarres du côté de la vessie, d'envies fréquentes d'uriner, de sensations de chaleur, de picotements, de brûlures au périnée, tous ces symptômes augmentant quelquefois par la fatigue, sans que cependant la marche, les mouvements eussent une influence manifeste : jamais d'hématurie, mais en revanche, de temps en temps, de vraies décharges d'acide urique, qui coïncidaient avec une augmentation dans les souffrances. M. Guyon explora sa vessie, pensant probablement y trouver l'explication de ces douleurs : il n'y avait pas de pierre. Le traitement se borna donc à être purement diététique. A cette époque-là, il y a de cela sept ans, les faits de troubles urinaires liés à la glycosurie n'étaient pas connus. Au reste, il se produisit une amélioration spontanée. Il y a trois ans, ce malade vint me consulter, se plaignant des mêmes troubles, et très frappé de leur retour. L'examen de l'urine, au point de vue du sucre, fut négatif : mais je fus frappé de la quantité d'acide urique que le malade expulsait; en outre, à deux reprises différentes, j'obtins avec la liqueur de Fehling un précipité jaunâtre qui éveilla mon attention.

Je prescrivis un régime en conséquence : il ne fut pas suivi très exactement; j'envoyai cependant le malade à Evian et de là à Aix, et il se trouva très bien à la suite de ce traitement.

L'an dernier, obligé d'aller à Rome, il partit en avril, après s'être un peu fatigué, et l'esprit assez préoccupé. En arrivant à Rome, et même pendant le voyage, il fut pris d'une polydypsie intense, tellement intense, accompagnée d'une telle fatigue, qu'il fit appeler un médecin qui demanda à faire analyser ses urines, où on trouva 250 grammes de sucre. Il fut très affecté de cette découverte et, ses affaires rapidement terminées, rentra à Lyon, où une nouvelle analyse confirma la précédente.

Très tourmenté, très effrayé même, il m'écrivit; je puis dire que je n'eus pas les mêmes craintes, et je n'hésitai pas à lui affirmer qu'avec un régime un tant soit peu sévère et de l'antipyrine, le sucre disparaîtrait complètement; c'est, effectivement, ce qui est arrivé. Le sucre a diminué graduellement et quinze jours après on n'en trouvait plus. Je le revois de temps en temps et, quoiqu'il mange du pain et des pommes de terre, le sucre ne reparaît pas.

Je dois dire que, chez ce malade, cette glycosurie était prévue, et j'avais institué un traitement en conséquence : il ne fut pas suivi ponctuellement; d'autres conditions entrèrent aussi en jeu, c'est pourquoi cette glycosurie se montra aussi intense.

L'autre cas est plus récent et remonte à quelques jours : il est aussi topique. M. de G... est âgé de quarante-cinq ans; il vient me voir, n'ayant aucun antécédent urinaire dans sa génération, se plaignant de sensations de picotement sur le périnée, de douleurs de reins intermittentes, de mollesse dans le jet d'urine, de pollakiurie après le repos; ajoutons qu'il est obligé de satisfaire au besoin dès qu'il se présente, sous peine, s'il attend, d'éprouver de la difficulté et même, quelquefois, un peu de douleur. Il ajoute qu'il est assez préoccupé par cet état, parce que, il y a deux ans, il eut un accès de rétention d'urine, pour avoir voulu se retenir. On dut pratiquer le cathétérisme. Il craint toujours le retour de cette rétention; il alla consulter l'an dernier M. Guyon, qui ne lui trouva rien, et qui lui prédit même une longue existence.

Je lui demandai immédiatement s'il avait fait faire l'analyse de l'urine : il me répondit qu'il l'avait fait et qu'il n'y avait ni sucre ni albumine. Je lui demandai, néanmoins, de vouloir bien uriner : il émit environ 50 grammes d'urine parfaitement limpide. J'y recherchai immédiatement le sucre au moyen de la liqueur de Fehling, j'obtins un précipité jaunâtre qui, par le refroidissement, devint brun verdâtre. Je mis le reste de l'urine dans un petit flacon, et je le priai d'aller le porter immédiatement chez MM. Yvon et Berlioz.

L'urine envoyée était l'urine d'après le déjeuner, celui-ci remontait à une heure environ au moment où elle avait été émise.

En attendant, j'indiquai au malade un régime absolument semblable à celui que j'aurais prescrit à un glycosurique, tellement j'étais convaincu que je me trouvais en présence d'un glycosurique.

Voici la note que me faisait parvenir M. Berlioz :

« Le petit échantillon d'urine qui m'a été remis par le « comte de C... renferme bien du sucre, mais en très petite « quantité, 3gr50 par litre. La réduction que l'on obtient avec « la liqueur de Fehling n'est pas fréquente, et c'est proba- « blement ce qui vous a fait hésiter. Dans ces cas-là, il est « indispensable de traiter ces urines par de l'acétate de « plomb : on obtient alors une réduction plus nette.

« Ce monsieur m'a envoyé de l'urine émise vers cinq « heures de l'après-midi, la quantité de sucre n'y était plus « pondérable.

» C'est donc bien une légère glycosurie purement alimen- « taire, comme on en rencontre très souvent.

« Dans une analyse complète de l'urine de vingt-quatre » heures, on trouvait 3gr50 de sucre avec proportion un peu « forte de chlorure. »

Voilà donc deux malades qui, explorés dans leur appareil urinaire, n'ont rien; on le leur dit et on les laisse sans traitement. Or, il se trouve que ces deux malades sont des glycosuriques. On avouera avec moi, je l'espère, que le diagnostic de glycosurie actuelle ou future, si je peux m'exprimer ainsi, a bien son importance : il me semble indispensable de s'en préoccuper.

Ces cas sont infiniment plus fréquents qu'on ne le suppose : j'en ai, pour mon compte, réuni un assez grand nombre; si j'ai cité ces deux seuls et si j'ai fait allusion à un troisième suivi de mort, c'est parce que les trois malades qui font les sujets de ces observations, ont été vus à la fois par M. Guyon et par moi, et quoique j'évite, qu'on me pardonne l'expression, d'enfourcher des dadas, si j'ai cité ces deux seuls cas, c'est parce qu'il m'a semblé que l'examen des malades, fait par deux chirurgiens, pouvait offrir moins de prise à la critique, et que je ne pouvais être accusé de méprise sur l'absence de toute lésion, puisque le résultat négatif de l'examen concordait avec un autre fait antérieurement : c'était donner plus de valeur à mes remarques et confirmer et corroborer la thèse que je défends.

C'est afin d'attirer encore l'attention sur ces faits et d'appeler le contrôle que je publie cette note.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 27 novembre 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

CORRESPONDANCE

Constipation opiniâtre. — Parmi les pièces de la correspondance, nous relevons une assez curieuse observation de guérison d'une constipation opiniâtre par un procédé aussi nouveau qu'original. M. Simon (de Lorient) raconte l'histoire d'une jeune artiste dramatique qui était affligée d'une de ces constipations que rien n'arrive à combattre. Elle vient à Paris, consulte un chirurgien qui reconnaît une rétroversion utérine et propose l'hystéropexie ou l'hystérectomie, nous ne savons plus au juste. La jeune personne, après avoir hésité, retourne en province sans se faire opérer et y trouve, sur une scène quelconque, un engagement pour danser la danse du ventre. Dès la première représentation, elle s'aperçoit qu'elle va très facilement à la selle. Depuis, elle se livre quatre fois par jour à cet exercice, et ses intestins fonctionnent avec une régularité et une facilité qu'ils n'avaient jamais connues. On trouve donc dans la danse du ventre une précieuse ressource thérapeutique que les constipés peuvent mettre à profit.

PRÉSENTATIONS

Idiots microcéphales. — M. LABORDE présente trois enfants nés à Xérophos, dans une des Cyclades, et atteints d'idiotie complète avec microcéphalie. L'aîné de ces enfants, une fille, est âgée de douze ans ; le second de dix ans et le troisième de huit ans. Celui-ci est seul capable d'attention ; il serait peut-être susceptible d'une amélioration par un traitement médico-pédagogique approprié. Tous trois sont gâteux et réduits à la vie végétative ; ils présentent une agitation incessante et ne profèrent que des cris inarticulés. Il existe chez eux une diminution notable des différentes sensibilités ; leur attitude rappelle celle des singes.

Les trois enfants sont nés de parents qui seraient absolument sains, bien portants et non entachés d'alcoolisme. Du reste, depuis la naissance de ces trois premiers enfants, ils en ont eu deux autres, dont le développement est normal.

M. LANCEREAUX fait observer que cette dernière particularité porterait à croire que la syphilis doit être incriminée pour expliquer l'arrêt de développement physique et intellectuel de ces trois enfants. On voit, en effet, souvent dans les familles de syphilitiques, plusieurs enfants bien constitués succéder à une série d'enfants mort-nés ou mal conformés.

M. ERNEST BESNIER ne croit pas que la syphilis puisse être incriminée ici. On voit à Paris un grand nombre de syphilitiques et les microcéphales y sont exceptionnellement rares.

M. LABORDE ne sait si les ascendants de ces enfants ont eu ou non la syphilis ; il sait seulement que cette affection est considérée comme rare aux Cyclades.

M. GUÉNIOT dit que la microcéphalie est souvent sous la dépendance d'épaississements et de soudures prématurées des os du crâne, lésions qui ne rentrent pas dans le cas de la syphilis héréditaire. Il rappelle, à ce propos, qu'il a présenté, il y a quelques années, à l'Académie, un enfant microcéphale, de quelques semaines, et qu'il a communiqué quelque temps après le résultat de l'autopsie. Le cerveau était atrophié en entier, le cervelet était au contraire bien conservé. Il a émis à ce sujet l'idée que la microcéphalie était due à la réunion prématurée des sutures et que la désunion chirurgicale de ces sutures pouvait être indiquée. C'est cette idée que M. Lannelongue a mise en exécution avec le succès que l'on sait.

COMMUNICATIONS

Le coup de chaleur. — M. LAVERAN fait, en son nom et au nom de M. Regnard, une communication sur ce sujet. Il a fait une série d'expériences sur les animaux, d'où il tire les conclusions suivantes :

« L'exercice favorise puissamment la production des accidents causés par la chaleur.

L'exercice élève par lui-même la température du corps et son influence vient s'ajouter à celle de la chaleur extérieure pour faire monter la température du corps.

Lorsque la température de 45 degrés a été atteinte par le milieu intérieur, l'homme et les animaux supérieurs meurent, comme l'avait vu Claude Bernard.

Dans les conditions ordinaires où se produit le coup de chaleur, la mort ne s'explique ni par la coagulation de la myosine, ni par l'asphyxie, ni par une auto-inoculation. Elle paraît être le résultat d'une action directe, excitante d'abord, puis paralysante, de la chaleur sur le système nerveux. »

Insufflation d'air dans le péritoine tuberculeux. — M. H. FOLET (de Lille). Dans les laparotomies pour péritonite tuberculeuse, qui ont été partout faites depuis dix ans et ont donné lieu à de très nombreuses guérisons, les chirurgiens se sont comportés de façons si diverses, on a lavé ou touché le péritoine avec tant de substances variées, que l'on peut se demander si le véritable facteur curatif de l'intervention n'est pas l'ouverture pure et simple de la séreuse et l'action même de l'air sur le processus tuberculeux, sur l'évolution du bacille.

De là à essayer l'évacuation de la sérosité suivie de l'injection d'air dans la cavité péritonéale, il n'y avait qu'un pas. Dans un cas de péritonite tuberculeuse à forme liquide, où la malade avait obstinément refusé la laparotomie, M. Folet, pratiqua, après ponction et évacuation de 6 litres de sérosité, une insufflation de 3 litres d'air dans la séreuse. Le liquide ne s'est pas reproduit, l'état général s'est fort amélioré et cette guérison se maintient après huit mois écoulés.

Une tentative analogue avait été faite, en 1892, par Mosetig Moorhof (de Vienne) qui, opérant un enfant de quatre ans pour lésions tuberculeuses de l'épididyme, fit pénétrer par le canal inguinal une canule dans le péritoine, et, après issue de 1700 grammes de liquide, insuffla aussi de l'air dans la séreuse. La guérison eut lieu. Elle se maintenait après cinq mois.

La conclusion à tirer de ces deux observations, c'est que, dans les cas où, pour une raison quelconque, la laparotomie ne pourra être faite, on sera autorisé à recourir à cette pratique anodine et pourtant efficace de l'insufflation d'air dans le péritoine.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

De l'hystéro-neurasthénie traumatique (1), par le docteur BLUM.

Le docteur Blum, médecin en chef de la Compagnie de Paris à Lyon et à la Méditerranée, était placé mieux que tout autre pour étudier et décrire le railway-spine. Il a groupé tous les documents qu'il a pu recueillir depuis une quinzaine d'années dans les archives de la Compagnie et a cherché quelles étaient l'évolution et la terminaison des troubles nerveux si fréquemment signalés. Son travail comprend la

(1) In-8°. Prix : 5 francs. — Paris, Asselin et Houzeau.

publication d'un grand nombre d'observations et de rapports d'experts ou de médecins de la Compagnie.

La lecture de ce livre est instructive pour le médecin que les hasards d'une expertise peuvent mettre aux prises avec certaines difficultés de diagnostic. En général, par l'analyse minutieuse de certains symptômes, par la constatation des troubles visuels et cardiaques difficiles à simuler, le médecin doit, dans la majorité des cas, établir presque à coup sûr son diagnostic.

Toutefois il ne faut pas, dit M. Blum, oublier que, le plus habituellement, le malade exagère dans l'espoir d'obtenir une grosse indemnité.

De l'intervention chirurgicale dans la splanchnoptose (1), par le docteur Depage.

Après une étude historique et clinique de la splanchnoptose, l'auteur conclut que les différentes « pexies » viscérales, hépatopexie, néphropexies, sont inutiles, si elles ne sont pas accompagnées de la résection de la paroi abdominale. L'auteur donne un tracé particulier de cette résection; il reconstitue la paroi en formant jusqu'à sept plans de suture. Malgré les deux observations communiquées par l'auteur, nous doutons que son traitement soit adopté par la majorité des chirurgiens.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le Conseil académique de Paris a ouvert hier matin sa seconde session sous la présidence de M. Gréard, vice-recteur de l'Académie.

M. Brouardel, doyen de la Faculté de médecine, a fourni des renseignements sur la situation de la Faculté française de médecine à Beyrouth, qui est très prospère. Des difficultés se sont produites quant à la collation des grades; il y a lieu d'espérer qu'elles seront prochainement aplanies.

Le nombre des étudiants étrangers est considérable à la Faculté de médecine de Paris. Sur une population totale de 5144 étudiants, l'effectif des étrangers est de 1002, dont 833 hommes et 169 femmes. Les étudiantes françaises ne sont que 24.

M. Brouardel remarque à cette occasion que le nombre des étudiants a doublé depuis huit ans. Les locaux de la Faculté de médecine seront trop petits avant d'avoir été terminés. De nouveaux sacrifices seront nécessaires. Les études médicales prennent une forme qui obligera la Faculté à faire un appel constant au Parlement. Les grandes découvertes actuelles, faites par M. Roux, exigent que tous les candidats au doctorat en médecine possèdent une instruction très complète. Elle ne peut leur être donnée qu'en les réunissant en groupes peu nombreux, où se donne, autant que possible, l'enseignement pratique individuel. Ces mêmes préoccupations existent en Allemagne.

M. Henrot, maire de Reims, fait connaître que les grandes villes de France apporteront leur concours à la réorganisation qui est de toute nécessité. Reims aura prochainement une école de bactériologie où les étudiants et les médecins praticiens seront admis à faire les recherches scientifiques que l'état actuel de la science exige.

Il y a lieu d'espérer que cet exemple sera imité et qu'ainsi les étudiants qui n'ont pas à Paris, en raison de l'encombrement, toutes les ressources d'étude qu'il leur faudrait, pourront les trouver dans les grands centres des départements.

Une des préoccupations de M. le doyen de la Faculté de médecine est de reporter sur la province les jeunes docteurs qui, en trop grand nombre à Paris, y vivent péniblement. La mortalité à Paris, d'après les renseignements fournis par la statistique municipale, décroît notablement depuis un an. Il faudrait que les bourgs des départements fissent quelques sacrifices pour attirer les médecins. Un subside de 1000 francs serait suffisant pour commencer. Dans la Seine-Inférieure, grâce à l'initiative de M. le préfet, 45 docteurs ont fait élection de domicile l'an dernier. Si un traitement, pourtant bien minime, n'est pas assuré, on pourrait revenir à l'une des pratiques du siècle dernier, qui consistait à donner des maisons aux docteurs.

La première année des études médicales aura lieu désormais à la Faculté des sciences.

L'organisation des études préparatoires au certificat des sciences physiques, chimiques et naturelles est faite dans les anciens locaux du Collège Rollin.

— Sur la demande du ministre de l'Instruction publique, M. le ministre de la Guerre a décidé que les bacheliers de l'enseignement secondaire classique (lettres-philosophie), candidats au certificat d'études physiques, chimiques et naturelles, seront admis à bénéficier de l'article 23 de la loi du 15 juillet 1889, comme se préparant au doctorat en médecine.

Ces jeunes gens devront, à cet effet, produire un certificat, modèle G, délivré par le doyen de la Faculté des sciences, ou par le directeur de l'École de médecine où cet enseignement est organisé, et portant la mention : « est actuellement inscrit à la Faculté des sciences de ..... et à l'École de médecine de ..... comme aspirant au doctorat en médecine (année préparatoire d'études physiques, chimiques et naturelles). » Si l'étudiant commence ses études, cette mention sera suivie des mots : « et que la première inscription prise le ..... n'est pas périmée. » Si l'étudiant a plusieurs inscriptions, la mention sera complétée par l'indication suivante : « et que ses inscriptions prises, la première, le ....., la deuxième le ....., etc., ne sont pas périmées. »

— Un certain nombre d'aspirantes élèves sages-femmes ont formé des demandes à l'effet d'obtenir l'autorisation de se faire inscrire, soit dans des Maternités, soit dans des Facultés ou Écoles de médecine avant l'âge de dix-neuf ans, fixé par le décret du 14 février 1894.

Toutes ces demandes ont reçu une solution négative. Ces décisions sont motivées par ce fait qu'en limitant à dix-neuf ans l'âge auquel les élèves peuvent commencer des études dont la durée est de deux années, le Conseil d'État a voulu faire coïncider la fin de ces études avec l'âge de la majorité des postulantes, estimant qu'il doit être interdit d'exercer la profession de sage-femme avant d'être majeure.

Cependant, plusieurs aspirantes ont été admises, cette année, à concourir avant dix-neuf ans, pour l'obtention de bourses dans des Maternités, et ont réussi à ces concours.

Toutes les Maternités n'étant pas encore organisées pour donner l'enseignement tel qu'il est prévu par le décret du 25 juillet 1893, et ces établissements ressortissant au département de l'Intérieur, le décret du 14 février 1894 peut n'être pas encore appliqué aux aspirantes dont il s'agit, pour l'entrée dans ces établissements, mais il est entendu que si elles entrent à la Maternité avant l'âge légal, leur scolarité régulière ne commencera que du jour où elles auront dix-neuf ans.

— *Muséum d'histoire naturelle.* — M. le professeur Ph. Van Tieghem, membre de l'Institut, commencera son cours de botanique, le samedi 1er décembre, à huit heures et demie du matin, dans l'amphithéâtre de la galerie de minéralogie, et le continuera les mardis, jeudis et samedis suivants, à la même heure.

M. le professeur Gréhant commencera le cours de physiologie générale, le lundi 3 décembre 1894, à trois heures, dans l'amphithéâtre d'anatomie comparée, et le continuera les lundis, mercredis et vendredis suivants, à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

(1) In-8°. Prix : 1 franc. — Bruxelles, H. Lamertin.

N° 139. — SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 1er DÉCEMBRE 1894. — N° 139.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement des malformations ano-rectales.

Par Marius DURAND,

Ancien aide d'anatomie, moniteur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Lyon.

La thérapeutique des vices de conformation de la région ano-rectale compte un grand nombre de procédés. Les auteurs qui les ont préconisés se sont proposé deux buts : d'abord faire disparaître les accidents immédiats de rétention stercorale, puis établir dans les meilleures conditions possible un anus définitif.

Celui-ci doit offrir un certain nombre de qualités. Il doit donner un passage facile aux matières, quelle que puisse être leur consistance. Il faut que ses lèvres aient le pouvoir de fermer hermétiquement l'orifice en dehors de la défécation. Il doit occuper la place la plus propice, et il ne semble pas qu'il y en ait de meilleure que celle choisie par la nature. Enfin, toutes ces qualités de l'appareil doivent être persistantes et ne pas disparaître dans un avenir plus ou moins éloigné.

Les interventions proposées par les chirurgiens sont très nombreuses. Chacune d'elles demande à être étudiée séparément; mais on doit les grouper d'après la classe des malformations à laquelle elles s'adressent. Au point de vue thérapeutique on peut les diviser en deux grands groupes (1) :

Le premier comprend : 1° les rétrécissements, 2° les malformations.

Le second, les abouchements anormaux, qu'on peut également séparer en deux classes : 1° abouchements cutanés; 2° abouchements viscéraux.

I

RÉTRÉCISSEMENTS. — On a dirigé contre eux trois sortes d'interventions :

1° *Dilatation.* — Le moyen le plus simple consiste à passer dans le conduit rétréci une série de bougies de volume croissant. Ces instruments peuvent être en gomme, en ébonite, etc. On peut leur substituer des dilatateurs, divulseurs, employés généralement en chirurgie pour le calibrage des cavités trop étroites. Cette méthode, préconisée par Amussat, Demarquay, Trélat, a donné des accidents très fréquents.

On peut encore se servir de laminaire, d'éponges préparées. Le grand avantage de cette méthode, c'est qu'elle dispense d'une intervention sanglante, mais elle présente des inconvénients multiples.

Le premier et le principal c'est la longueur de ce traitement. Le petit malade est, en somme, constamment entre les mains du chirurgien, car il ne faut pas croire que la dilatation en une ou même quelques séances soit suffisante. Plus encore peut-être que les rétrécissements uréthraux, elle demande des cathétérismes journaliers. Or, ces manœuvres sont douloureuses, font souffrir les enfants et doivent, la plupart du temps, être continuées, en quelque sorte, toute la vie, ou du moins toute la période de croissance. Leur bénignité n'est qu'apparente, et on a signalé non seulement des accidents locaux de rectite, des ulcérations, des ruptures, mais encore des phénomènes plus graves : péritonisme, abcès péri-rectaux, péritonite mortelle même. Sans doute elles ont quelque indication, il n'est pas d'opération, si mauvaise soit-elle, qui parfois ne devienne bonne; mais elles ne paraissent applicables qu'à certains cas où le revêtement muqueux est complet, le rétrécissement peu marqué. Dans ces cas, il serait vraiment exagéré d'avoir recours à une intervention, et avec des précautions on peut espérer triompher de la sténose et en prévenir la récidive. Il ne faut jamais perdre de vue cette dernière, qui peut se produire parfois à une très longue échéance. On a publié l'observation d'un homme mort dans la vieillesse, d'accidents d'occlusion ayant pour cause un rétrécissement traité dans son enfance par la dilatation.

2° *Incision.* — Les partisans de la dilatation ont souvent conseillé de la faire précéder de l'incision, quand le rétré-

(1) Signalons pour mémoire un groupe de malformations anales extrêmement rares, dont nous n'avons trouvé dans la science que deux observations, la duplicité de l'anus :

DELENS (*Gaz. hebd.*, 1875). — Il y avait deux anus placés chacun d'un côté d'une languette de peau de 5 millimètres située sur la ligne médiane. L'anus droit était seul perforé. M. Delens excisa la cloison avec des ciseaux. La cloison, examinée au laboratoire de Ranvier, offrit beaucoup de fibres striées appartenant au sphincter externe.

PICCOLI (*Progresso medico*, 20 fév. 1892). — Les malformations étaient nombreuses, il y avait exstrophie vésicale, anus double, gros intestin double.

cissement est trop serré pour être dilatable. Cette pratique est très séduisante à première vue, et il paraît très simple d'assimiler le rectum à l'urèthre et de faire précéder sa dilatation d'une section. En réalité, elle doit être rejetée. Elle ne paraît convenir qu'aux rétrécissements par bride ou par diaphragme. Dès que la sténose est un peu étendue, la rectotomie interne est non seulement impuissante, mais dangereuse. On agit, en somme, assez aveuglément, et on peut parfois avoir des hémorragies qui, vu l'âge du malade, ont une énorme gravité. On court le risque de dépasser largement la muqueuse, parfois très mince, d'ouvrir la fosse ischio-rectale et de l'infecter. Enfin, pour être suffisante, la section devrait parfois être multiple.

Quant au résultat, il est bien entendu qu'il ne sera atteint que par une dilatation longtemps continuée, de sorte que nous retombons dans les inconvénients de la dilatation simple. Ceux-ci sont même exagérés par ce fait que, ici, le cathéter n'agit plus sur une surface entièrement muqueuse. Il doit modeler un canal créé en partie dans les tissus sous-muqueux. Les incisions vont donc jouir du privilège de toutes les cicatrices et avoir la plus grande tendance à se rétracter.

On a quelquefois à intervenir chez l'adulte pour des rétrécissements congénitaux assez larges pour avoir permis la vie pendant de longues années. Ils sont constitués, comme le montrent les observations de la thèse de Couty (1), par un diaphragme plus ou moins incomplet, mince, formé par un simple repli de la muqueuse. Les sections multiples et la dilatation pourraient avoir raison de ces obstacles, mais ce n'est pas là leur véritable thérapeutique. Il vaut mieux réséquer entièrement ces diaphragmes et suturer tout le tour des deux lèvres muqueuses de l'incision ainsi faite de façon à obtenir une cicatrice linéaire peu rétractile. Le peu de profondeur de ces cloisons, rarement éloignées de l'anus de plus de 2 ou 3 centimètres, facilite cette intervention, pratiquée avec succès par Bouilly (2), Berger (3) et préconisée par Couty.

Ces minces diaphragmes peuvent se trouver chez l'enfant nouveau-né et nécessiter une intervention d'urgence.

Contre des rétrécissements dont la portion sténosée était plus longue, Panas a pu appliquer, chez l'adulte, la rectotomie linéaire; Prengrueber (4) fit la même opération, puis, toute crainte d'hémorragie ou d'infection ayant cessé, sutura la plaie pour obtenir la réunion du sphincter et empêcher l'incontinence.

La rectotomie peut évidemment avoir des indications, mais il semble que les procédés plus radicaux d'extirpation donnent immédiatement et consécutivement des résultats meilleurs, au moins chez l'enfant.

3° *Excision.* — Devant les inconvénients des deux autres méthodes, on a imaginé (Duplay) de considérer l'anus comme imperforé : on excise toute la portion rétrécie, on arrive sur une portion saine du rectum, qu'on abaisse jusqu'à la peau, et qu'on suture, comme on le verra plus loin, à propos des imperforations. On fait ainsi une véritable « proctoplastie », suivant l'expression allemande qui mérite bien de passer dans notre langue. On a une intervention bien réglée, non aveugle, supprimant les dangers immédiats des rectotomies internes, et surtout n'obligeant pas à d'interminables séances de dilatation.

C'est donc à ce dernier mode d'intervention qu'on aura recours toutes les fois que le calibre de l'intestin, la longueur de la sténose, la nature de ses parois pourront faire croire qu'une dilatation légère ou la section d'une bride saillante seraient impuissantes à rendre à l'anus les propriétés qu'il doit présenter.

(1) Couty. Th. de Paris, 1889.
(2) Bouilly. *Gaz. méd.*, 1882.
(3) Berger. In Th. de Couty.
(4) Prengrueber. *Bull. méd.*, 1888.

II

Imperforations. — Sous le nom d'imperforations, il faut maintenant ranger toutes les malformations dans lesquelles il n'existe pas de communication entre l'anus et la partie inférieure du gros intestin, terminée en une ampoule plus ou moins élevée au-dessus du périnée. Ici encore, nous allons trouver un nombre considérable de cas différents, et il y a bien longtemps que les chirurgiens ont insisté sur les difficultés imprévues qui peuvent surgir au cours d'une intervention et modifier le plan opératoire.

Les uns se sont proposés de créer, d'un coup de bistouri, un trajet dans l'épaisseur du périnée. Ils maintenaient béant, par une dilatation méthodique, cet anus sans muqueuse.

Les autres, disséquant le périnée, vont à la recherche de l'ampoule, l'amènent à la peau, l'ouvrent et suturent la muqueuse au revêtement cutané, de façon à obtenir un véritable canal et non un trajet à paroi cicatricielle.

Enfin, dans un autre ordre d'idées, quand le cul-de-sac intestinal n'est pas accessible, on va faire un anus contre nature, suivant les méthodes de Littre ou de Callisen.

III

Méthode des ponctions ou incisions simples. — La présence de la dépression anale, au fond de laquelle on peut parfois sentir l'ampoule rectale dilatée, a engagé les chirurgiens à profiter de cette voie pour aller à la recherche de l'intestin.

C'était là le plus simple des procédés et ce fut celui qu'on employa d'abord. Paul d'Egine (1) plongeait le bistouri dans le fond d'un anus imperforé. On calibrait ensuite le trajet qu'on avait créé, au moyen d'une sonde laissée à demeure. Vidal (de Cassis) proposa un procédé semblable que Bérard employa (2), sur une fille qui présentait un anus imperforé compliqué d'abouchement vulvaire. Guillon (3), Danyau (4), Malgaigne, Velpeau conseillèrent ce mode de traitement, qui depuis a été employé un certain nombre de fois. Breschet (5) accusait, en 1834, une douzaine de succès personnels, dus à cette intervention.

Quand l'intestin bombe au fond du cul-de-sac anal, rien de plus simple que de fendre le mince diaphragme qui le ferme. Mais cette simplicité opératoire cache deux grands dangers : l'infection, l'occlusion possible de l'orifice créé.

L'ouverture du péritoine est à peu près impossible quand on sent l'ampoule rectale, elle peut cependant se produire et il est inutile d'insister sur les suites de cet accident, mais comme les matières intestinales vont s'échapper par un ori-

(1) Paul d'Égine. Trad. Briau, p. 331.
(2) Bérard. *Gaz. des hôpit.*, 1844.
(3) Guillon. Soc. méd. de la Sarthe, 1847.
(4) Danyau. Soc. de chir., 1849.
(5) Breschet. Acad. de méd., 20 juin 1834.

fice sans paroi muqueuse, elles peuvent facilement infecter les espaces périnéaux et donner des abcès dont on se figure facilement la gravité. Dans les cas qui nous occupent, le grand danger est la cicatrisation du trajet. Les anciens pensaient le conjurer par la pose d'une sonde à demeure. C'est là un traumatisme qui n'est pas sans quelque inconvénient et qui peut, de plus, être inutile. L'ouverture ainsi créée présente les propriétés rétractiles de tous les trajets interstitiels et ne demandera qu'à se resserrer. C'est ainsi que South (1) dut intervenir quatre fois chez un malade opéré par cette méthode et que Ritter (2) vit périr d'une nouvelle opération, une fillette ponctionnée trois semaines auparavant. Les exemples semblables abondent, M. Broca (3) vient d'en rapporter un très intéressant.

Donc, à cause de l'infection et des rétractions fatales de l'ouverture artificielle, la méthode de section doit être rejetée, même dans les cas les plus simples, quand il y a seulement imperforation.

Dans les cas plus avancés, quand le rectum ne vient pas au contact du cul-de-sac anal, ce procédé est encore bien plus mauvais.

A l'exagération des deux inconvénients précédents, il en joint un troisième, les dangers d'une ponction aveugle dans une région dangereuse. Ceux qui ont proposé cette méthode faisaient généralement, avant de prendre le bistouri, des ponctions exploratrices quand ils n'étaient pas sûrs de trouver le rectum. M. Broca a dernièrement (4), à propos de manœuvres semblables, appelé de nouveau l'attention sur les dangers qu'elles présentent. Friedberg (5) les condamnait déjà en 1857.

Dans une discussion à la Société de chirurgie (6), M. Tillaux rapportait une observation où la saillie du rectum, fermée par une mince cloison, s'offrait d'elle-même au trocart. M. Verneuil accordait que, dans un tel cas, ce procédé pouvait être employé, mais que l'abaissement de la muqueuse et sa suture à la peau était encore le traitement de choix, car c'est le seul qui donne un résultat durable.

IV

Incision méthodique avec autoplastie anale (proctoplastie des Allemands). — La plupart des dangers de la ponction aveugle sont ici écartés. Cette méthode consiste à inciser méthodiquement le périnée, puis à aller à la recherche de l'ampoule rectale, à travers le tissu cellulaire, sans ou avec ouverture du péritoine. Quand on l'a trouvée, on l'ouvre et on suture à la peau les lèvres de la plaie intestinale. Tel est, en résumé, l'esprit de la méthode; mais combien de procédés ne compte-t-elle pas?

Amussat (7) et Goyrand (8) s'en faisaient les promoteurs. Les expériences sur les entérostomies, faites par le premier, le conduisirent rapidement à cette notion que « la condition essentielle pour l'établissement des anus artificiels, est de faire dépasser le niveau de la peau par la membrane muqueuse de l'intestin, afin d'empêcher les matières de filtrer entre cet organe et l'ouverture faite aux téguments. Je fais donc, avec le plus grand soin, huit ou dix points de suture dans la circonférence de l'intestin dont je fais épanouir la muqueuse au dehors en forme de pavillon. »

L'opération comprend donc trois temps principaux : incision, recherche et libération du rectum, ouverture et suture. Chacun d'eux demande à être décrit et exécuté avec soin. C'est Goyrand surtout qui en a fixé les détails en s'inspirant des découvertes anatomo-pathologiques qu'il fit sur les malades confiés à ses soins. La connaissance exacte des rapports du rectum et de la disposition péritonéale et musculaire, lui permit de régler avec une grande précision le manuel opératoire.

Premier temps : incision. — On peut dire que toutes les formes ont été proposées pour permettre de profiter le mieux d'un champ opératoire très restreint par les faibles dimensions (1) que présente, chez le nouveau-né et particulièrement chez le malformé, la région périnéale.

Amussat, dans ses premières opérations, faisait une incision en T, dont la grande branche allait de la racine des bourses à la pointe du coccyx. On a vanté, de même, l'incision cruciale. On pensait, par ces moyens, avoir une voie d'accès un peu plus large pour pénétrer dans l'excavation. Ils ont un double inconvénient : ils ne permettent pas une adaptation exacte du tube intestinal aux lèvres de la plaie cutanée; ils sacrifient sans profit les fibres du sphincter externe qu'on évite le plus ordinairement.

La meilleure ligne d'incision est aussi la plus simple : c'est celle qu'employait Goyrand : elle est antéro-postérieure, s'étend depuis le coccyx jusqu'au siège ordinaire de l'anus. Elle peut être prolongée jusqu'à la racine des bourses ou au voisinage de la fourchette, suivant le sexe, de façon à obtenir plus de large. Cette ouverture donne généralement un jour suffisant, ses bords écartés par les aides découvrent assez le pourtour de l'excavation. Les débridements transversaux sont inutiles, comme il est facile de s'en assurer sur un petit cadavre.

On incisera donc la peau suivant cette donnée, on écartera sans les couper les fibres du sphincter, et on arrivera bientôt au second temps de l'opération, celui qui offre le plus d'inconnu, la recherche du rectum.

Deuxième temps : recherche et libération du rectum. — Un certain nombre de signes permettent parfois au chirurgien d'aller sûrement et promptement trouver l'ampoule rectale. Dans ces cas, le périnée bombe sous la pression du rectum, qui n'est que peu éloigné de la peau, ou bien le doigt, introduit dans la dépression anale, a la sensation d'une rénitence particulière, indice de la proximité de l'intestin. Les cris de l'enfant, les efforts rendent plus nets ces signes précieux. Mais souvent, au contraire, l'examen le plus minutieux ne révèle rien et on constate que le bassin est petit, avec des diamètres rétrécis. Cette dernière considération n'est pas sans importance, et certains auteurs ont avancé que dans ces cas, la malformation était, en général, très complète, de sorte que le chirurgien se trouvait en face d'un cas difficile, rendu plus pénible encore par l'exiguité du

(1) South. Cité par Amabile.
(2) Ritter. *Med Corresp. Blatt.*, 1845.
(3) Broca. *Bull. méd.*, 1893.
(4) Broca. *C. R. de la Soc. anat.*, 1892.
(5) Friedberg. *Arch. gén. de méd.*, 1857.
(6) Tillaux. Soc. de chir., 28 mai 1873.
(7) Amussat. *Gaz. méd.*, 1835, et *Mémoire original*, Épernay 1834.
(8) Goyrand. *Gaz. méd.*, 1856, p. 509, 524, 528, 601, 639.

(1) Les recherches de Maitre (Th. de Lyon, 1887) ont montré que, sur le nouveau-né, il y a chez le garçon 4 centimètres ou un peu plus du coccyx à la racine des bourses, 1 centimètre du coccyx à l'anus. Chez les filles, 4 centimètres du coccyx à la vulve, le périnée n'a que 1 centimètre.

champ opératoire pelvien. On a même dit que c'était là une indication de colotomie. Anders (1) s'élève contre cette prétention et pense que la réduction des diamètres, bien que non négligeable, ne doit pas influer beaucoup sur la détermination de l'opérateur.

Quand on ne trouve pas du premier coup la fin de l'intestin sous la peau, il faut aller à sa recherche avec la plus grande prudence. Le chirurgien doit s'occuper de trois organes : le rectum, le péritoine, l'aponévrose pelvienne.

Les fosses ischio-rectales ouvertes et largement béantes au regard, il faut se porter tout en arrière, contre le sacrum, se tenir constamment dans sa concavité, évitant avec le plus grand soin de s'égarer vers le milieu de l'excavation. On doit savoir que le conduit utéro-vaginal, et chez le garçon la vessie, ont la plus grande tendance à se porter en arrière, à tomber en quelque sorte sur les vertèbres sacrées et qu'un coup de pointe malheureux n'irait pas sans suites fâcheuses. Lorsque, donc, on aura écarté les faisceaux du releveur et déchiré son aponévrose avec une sonde cannelée, on avancera doucement dans l'excavation, palpant continuellement du bout du doigt, écartant les tissus avec un instrument mousse, sans employer le bistouri. Après une recherche plus ou moins longue et laborieuse, menée avec d'autant plus de circonspection qu'on s'est enfoncé plus avant, on verra apparaître le cul-de-sac rectal distendu de méconium. On n'oubliera pas que les cris de l'enfant influent sur la saillie de l'organe et que ce phénomène peut être d'un grand secours. Goyrand disait que, sous cette influence, il se présente parfois comme de lui-même aux yeux de l'assistance.

J.-L. Petit (2) raconte à ce propos qu'un chirurgien désespérant de rien trouver avait, après beaucoup de recherches, abandonné son malade. Les parents allèrent chercher un confrère qui eut la satisfaction de trouver, dès son arrivée, une masse noire, le rectum, bombant au fond de la plaie, et n'eut aucune peine, en incisant la tumeur, à faire croire à sa supériorité sur le premier opérateur. Il serait donc bon, parfois, d'attendre, mais il n'est guère aujourd'hui dans les habitudes chirurgicales de laisser ainsi une opération inachevée pour la reprendre ensuite; l'état du malade n'en laisse souvent pas, du reste, le loisir.

Le chirurgien pourra être guidé dans ses recherches par le cordon fibreux qui relie le cul-de-sac rectal à l'anus, mais il ne faut pas trop compter sur lui, car (Broca) il manque fréquemment.

Les anciens redoutaient, comme le pire des malheurs, l'ouverture du péritoine, et s'ils recommandaient de suivre le sacrum, c'était moins peut-être pour éviter d'autres erreurs, que pour préserver la séreuse. Il semble que, aujourd'hui, cette terreur ait un peu diminué. Autrefois, on aimait mieux renoncer à la voie périnéale et aller faire une colotomie que d'intéresser le cul-de-sac anté-rectal dont l'ouverture était considérée comme fatale. « Je soutiens, dit Anders, que si, en pénétrant ainsi dans la profondeur, on arrive sur le cul-de-sac de la cavité péritonéale, il est indispensable de le perforer. »

Sans doute, la péritonite serait inévitable si on agissait sans précautions antiseptiques, et surtout si on n'obturait pas, au moyen de sutures appropriées, l'ouverture créée. Le perfectionnement apporté aujourd'hui au manuel opératoire, permet de tenter cette manœuvre. Il serait vraiment ridicule de craindre aussi fort le péritoine au périnée quand on va de parti pris l'ouvrir au-dessus de l'arcade de Fallope. On sait aujourd'hui quelle est la tolérance de la séreuse pelvienne; l'innocuité relative des opérations par voie vaginale, comparativement à la laparotomie, ne fait de doute pour aucun gynécologiste. Il vaut donc mieux, si on ne peut faire autrement, pénétrer franchement dans la cavité de Douglas que d'abandonner la voie périnéale. Cette méthode, qu'on peut aujourd'hui proposer avec confiance, est loin d'être récente; Stromeyer (1) l'avait autrefois conseillée et Leisrink (2) lui dut, en 1872, un très beau succès.

Le péritoine ne doit donc pas, de nos jours, être un épouvantail. On a trop oublié, semble-t-il, ce point important. M. le professeur Fochier vient de se faire le promoteur de cette méthode et M. Commandeur publie en ce moment même ses idées.

Mais supposons que, après quelques recherches, en dehors du péritoine, on est arrivé sur une masse noirâtre, rénitente, qui n'est autre que le rectum. Il faut isoler avec le bout du doigt l'ampoule qui se présente, de façon à la mobiliser et à l'amener à la peau. On s'occupera surtout de sa face antérieure, évitant de couper les attaches postérieures qui amènent les vaisseaux. On ne saurait donc admettre l'opinion de Friedberg (3) qui veut qu'on sectionne même le mésorectum. Ce serait exposer l'organe à manquer de vascularité, surtout si on considère les tiraillements qu'il va subir pour être suturé convenablement.

L'isolement du rectum est très important, car, cette manœuvre achevée, il faut que l'extrémité de l'intestin, attirée en bas, fasse d'elle-même saillie en dehors de la plaie cutanée. Pour le mettre dans cette situation, on le saisit avec une pince et on l'attire doucement. Cette manœuvre accomplie, il n'est pas encore permis de donner issue au méconium. Esmarch (4) conseillait de l'évacuer avec un trocart, le rectum restant en place, ce procédé doit être condamné au nom de l'antisepsie. Il faut, avant, obturer la plaie périnéale.

Troisième temps : sutures et ouverture. — Amussat et Goyrand ont donné le moyen de faire une bonne suture. M. Vincent (5) préconise un mode de sutures qui paraît offrir les plus sérieuses garanties. Il conseille de faire deux plans. L'un est profond, fixant les parois de l'ampoule encore intacte aux bords de la cavité creusée dans le périnée; c'est en le faisant qu'on fermerait le péritoine si on l'avait ouvert comme nous l'avons dit plus haut. Ces sutures seront faites avec le plus grand soin, de façon à bien accoler la face externe de l'intestin aux parois cruentées. Bien entendu, ces points seront interstitiels, ne pénétrant jamais la muqueuse rectale. C'est alors seulement qu'on donnera issue aux matières. Leur évacuation terminée, on procédera au second plan de suture.

Celui-ci est destiné à unir la muqueuse aux téguments. M. Vincent professe que, pour obtenir un anus parfaitement muqueux, sans tendance cicatricielle, il faut éverser en dehors les lèvres de l'intestin incisé, les étaler « en rebord de chapeau », dit-il, et les suturer à la peau avec des crins de Florence.

Pour prévenir la rétraction cicatricielle, il éloigne de

(1) Anders. *Arch. de Langenbeck,* 1893.
(2) J.-L. Petit. *Mém. de l'Acad. de chir.*, t. I, p. 379.

(1) Stromeyer. *Handb. f. Chir. etc.*, t. II.
(2) Leisrink. *Deuts. Zeits. f. Chir.*, 1872, p. 594.
(3) Friedberg. *Arch. gén. de méd.*, 1857.
(4) Esmarch. *Pitha-Billroth*, 1872.
(5) Vincent. *Lyon méd.*, 1887.

l'ouverture l'ourlet cutanéo-muqueux. Pour cela, il enlève, autour de l'anus, un ovale de peau dont la place cruentée sera tapissée par le « rebord de chapeau » de la muqueuse. Ce qui reste de l'ouverture périnéale est exactement suturé.

Ce mode de suture paraît présenter de très grands avantages, car il met à l'abri des accidents immédiats d'infection, en fermant le périnée et les fosses ischio-rectales, il évite les sténoses par la largeur du revêtement muqueux. On obtient ainsi une véritable autoplastie anale ; c'est là, semble-t-il, le procédé de choix : il est la mise en œuvre parfaite du principe émis autrefois par Amussat.

V

Nous n'avons, dans cet exposé, considéré que le cas, relativement simple, où il n'y a pas de dépression anale, où le rectum est rapidement découvert et peut être amené facilement au siège ordinaire de l'anus. Il est loin d'en être toujours ainsi et les difficultés se multiplient souvent.

Doit-on profiter de la dépression anale? Dans les cas simples, il est inutile de compliquer soi-même l'intervention et si l'ablation d'un mince diaphragme permet facilement d'obtenir la communication parfaite des deux conduits, on aurait bien tort de ne pas profiter de cet anus offert par la nature. Mais, la plupart du temps, il faut renoncer à s'en servir et faire entièrement l'autoplastie anale.

Les difficultés opératoires tiennent ordinairement à deux causes :

1° On ne trouve pas le rectum;

2° On ne peut l'amener à la place qu'il doit occuper.

Les chirurgiens ont tenté, par bien des moyens, de triompher de ces deux obstacles. On va maintenant les passer en revue.

Il faut bien se rendre compte de l'exiguité du champ opératoire offert par le périnée au chirurgien. Les dimensions du bassin chez les enfants malformés sont, en général, très réduites. Bodenhamer (1) a trouvé que l'intervalle séparant les deux tubérosités des ischions varie entre 2,6 et 2,8 centimètres. La distance du coccyx à la symphyse ne dépasse guère 2,8 à 3,2 centimètres. La hauteur de l'excavation, du coccyx au promontoire, oscille autour de 3 centimètres.

Résection du coccyx. — M. Verneuil (2) a proposé, dès 1857, un moyen d'agrandir la voie périnéale et, par conséquent, d'en rendre plus nombreuses les indications. Il incise méthodiquement le périnée, puis, parvenu sur le coccyx, il en résèque environ 1 centimètre, après en avoir détaché avec soin les organes qui s'y insèrent.

Par ce moyen, l'opération est reportée plus près du sacrum, dont on suit mieux la concavité, plus loin du péritoine, dont on doit, autant que possible, éviter la blessure. Cette résection permet encore d'avoir plus de jour latéralement, les ischions gênent moins que précédemment.

M. Verneuil a longuement insisté sur les avantages de cette résection : « Alors même, dit-il (3), qu'elle n'est pas absolument indispensable, elle abrège et facilite singulièrement l'opération ; aussi y ai-je eu recours parce que je craignais d'atteindre le cul-de-sac péritonéal, parce que les recherches se prolongeant et une hémorragie en nappe menaçant d'épuiser l'enfant, je voulais hâter la manœuvre, parce que j'étais allé du côté de la vessie et du péritoine, aussi loin que la prudence le permettait.

Dans tous les cas, l'agrandissement du champ opératoire a tellement facilité la manœuvre, qu'il m'a toujours été possible, aussitôt le coccyx excisé, de trouver l'intestin en quelques minutes, alors que je le cherchais auparavant depuis un quart d'heure au moins ; laps de temps qui ne paraîtra pas énorme à quiconque s'est trouvé dans la nécessité de faire cette délicate opération. »

La mutilation ainsi faite ne semble pas avoir d'inconvénients. Elle ne porte que sur un petit prolongement cartilagineux qui n'a pas grande importance fonctionnelle. Elle n'est pas dangereuse, et c'est sans raison, croyons-nous, que Depaul (1) la croit plus grave qu'une ponction avec un trocart explorateur.

Les résultats publiés par l'auteur sont fort encourageants.

Résection du sacrum. — Les Allemands ont exagéré cette tendance à la résection. Ils ont (Bardenheuer, Kraske) appliqué, à la cure des imperforations, la résection d'une portion plus ou moins considérable du sacrum et on a fait, dans cette voie, d'énormes délabrements. On est un peu revenu de l'enthousiasme que provoqua cette nouvelle voie, lors de son apparition. Les sacrifices qu'on fait sont, la plupart du temps, trop considérables et les avantages qu'on obtient peuvent se payer moins cher en suivant d'autres méthodes.

Méthode de M. Vincent. — Au lieu de reséquer le coccyx et le sacrum, M. Vincent, ne voulant pas supprimer l'obstacle, le contourne. Il prolonge son incision périnéale médiane sur l'un des côtés, remontant ainsi le long du bord du sacrum. En agissant prudemment, en reclinant les organes sans les couper, il respecte tous les cordons vasculaires et surtout nerveux, et, en même temps, ne compromet nullement l'ossature pelvienne. M. Vincent avance que son procédé permet d'atteindre le rectum quand il est situé à 3 ou même 5 centimètres au-dessus du périnée. Si on veut bien se reporter aux données de son élève, M. Maitre, plaçant le promontoire à 5 ou 6 centimètres au maximum au-dessus du coccyx, ou à celles de Bodenhamer, réduisant cette longueur à 3 centimètres chez les enfants atteints de malformations, on voit que le procédé convient à la plupart des cas opérables par le périnée.

Laparotomie préliminaire. — Quand on ne peut trouver le rectum par le périnée, il est possible de l'atteindre par laparotomie et, après l'avoir mobilisé, de l'amener à la région anale et de l'y fixer suivant les données ordinaires. Cette méthode, préconisée en 1880, par Macleod (2), vient d'être reprise par M. P. Delagenière (3), qui l'a rendue systématique et a proposé de la faire d'emblée dès qu'on pensait être en face d'un cas où la recherche périnéale serait pénible. Macleod, au contraire, la considérait comme une « ultima ratio », de sorte que, si l'opération est la même, la donnée thérapeutique est loin d'être identique.

(1) Bodenhamer. *A practical treatise of the etiology aird, etc.*, New-York, 1860.
(2) Verneuil. *Bull. de la Sod. de chir.*, 1857, p. 310; 1873, p. 288.
(3) Verneuil. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1873, p. 303.

(1) Depaul. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1862, p. 172.
(2) Macleod. *Brit. Med. Journ.*, 1860, t. II.
(3) P. Delagénière. Congr. franç. de chir., 1893, et *Arch. prov. de chir.*, juillet 1894.

Quand on adopte cette manière de voir, il faut faire non une laparotomie médiane, comme dans le cas du chirurgien anglais, mais plutôt l'incision de Delagenière, longue de 7 à 8 centimètres et parallèle à l'arcade. La recherche de l'intestin est alors plus facile et, en dernier ressort, cette plaie servirait à faire un anus contre nature. Arrivé sur l'S iliaque, on recline les anses intestinales et, se portant sur l'articulation sacro-iliaque gauche, on cherche le bout de l'intestin, qu'on mobilise en respectant ses attaches vasculaires. On incise le périnée sur la ligne médiane, en ne lui faisant qu'une minime incision, toujours par dissection, bien entendu, sans jamais recourir à une ponction aveugle. Le cul-de-sac de Douglas est ouvert en même temps. Le cul-de-sac intestinal, précédemment mobilisé, est alors saisi avec une pince et amené au périnée, il y est suturé et ouvert, comme il convient. Le ventre est fermé.

Cette opération, jusque-là, n'a pas donné de bien brillants résultats et « à ne (1) considérer que le résultat final, on serait en droit de repousser le procédé opératoire que nous venons de recommander. A ne parler en effet que des trois cas où la formation de l'anus périnéal a pu être réalisée, la mort a été la conséquence fatale de l'affection... L'opération que j'ai tentée et qui a été faite ensuite par mon frère, me semble devoir être, jusqu'à nouvel ordre, prise en sérieuse considération. Il faudra évidemment d'autres faits pour l'établir ; mais, selon nous, la laparotomie que nous préconisons est une opération très utile. Elle permet de voir ce que l'on fait et où l'on va. Elle n'est pas une complication puisque, le cas échéant, elle peut servir à l'établissement de l'anus iliaque, lorsque l'on a reconnu l'impossibilité de mobiliser suffisamment l'intestin pour l'attirer au périnée. D'autre part, elle n'épuise pas les enfants qui, dans deux cas que nous relatons, se sont remis de l'opération en elle-même. »

Quelle que soit l'opinion qu'on puisse avoir de la laparotomie proposée d'emblée, il semble que cette opération ajoute un moyen de plus à ceux déjà nombreux dont était armé le chirurgien. Celui-ci, aux prises avec les difficultés de recherche qu'offre l'exiguité de certains bassins, semble avoir le droit et même le devoir de s'éclairer largement et la laparotomie exploratrice est aujourd'hui assez bénigne pour qu'on puisse la recommander. Macleod eut par ce moyen le pouvoir de créer un bon anus périnéal, il n'y a aucune raison pour que, dans des cas semblables, en opérant sur des sujets non encore affaiblis, on n'en puisse obtenir de pareils.

Telles sont les méthodes proposées pour atteindre le rectum dans les cas où sa recherche est difficile. On peut, semble-t-il, profiter un peu de toutes et l'éclectisme, ici, est assez de mise, car à chacune des difficultés qu'il rencontre, le chirurgien doit pouvoir opposer un procédé spécial permettant d'en triompher. Rien n'empêche, dans un cas difficile, où le rectum se trouve par exemple vers le promontoire, de fendre largement le périnée, de réséquer le coccyx, comme le veut M. Verneuil, de prolonger l'incision le long du sacrum, suivant la méthode de M. Vincent, d'ouvrir le cul-de-sac péritonéal, suivant les idées de M. Fochier, et même, si on ne se trouve pas dans des circonstances assez propices, de faire la laparotomie de M. Delagenière, pour tâcher d'abaisser le cul-de-sac au périnée ou, en dernier ressort, de faire l'anus iliaque. Il est bien entendu que toutes ces manœuvres ne peuvent être faites que sur des enfants présentant encore un bon état général. Il importe de les opérer très tôt, aussi tôt qu'on peut. Cette question, autrefois discutée, ne fait aujourd'hui de doute pour personne.

(1) Delagénière. *Arch. prov. de chir.*, 1894, p. 414-415.

Le rectum trouvé, on a vu que le problème n'était pas entièrement résolu; il faut encore pouvoir l'amener jusqu'à la peau sans lui faire subir de tractions. M. Verneuil a commencé à montrer qu'on n'est nullement forcé, pour obtenir un bon résultat, de placer l'anus juste à son siège ordinaire. M. Vincent a préconisé une méthode qui consiste à fixer l'ouverture intestinale aussi loin en arrière que cela est nécessaire pour mener à bien l'autoplastie anale. Le chirurgien lyonnais profite de l'incision para-sacrée qui a servi à la recherche de l'ampoule; l'anus peut, selon lui, être reporté au niveau de la quatrième et même de la troisième vertèbre sacrée (1).

On voit les facilités que peut donner cette méthode; dans beaucoup de cas où la fin de l'intestin se trouve située très haut, on pourrait être très embarrassé pour mobiliser le cul-de-sac en lui conservant ses annexions vasculaires. On aura recours, alors, au procédé de M. Vincent qui permettra d'être sobre de délabrements et de tractions. Mais, dira-t-on, l'anus ainsi créé ne va plus profiter des annexes contractiles que, dans l'incision périnéale, on a conservées avec tant de soin. Cette objection n'est heureusement que théorique et la clinique répond que les muscles du périnée ne sont pas indispensables à la continence. M. Vincent a montré qu'aucun de ses opérés ne perdait ses matières.

Le résultat fonctionnel de ces *proctoplasties*, de l'avis de tous les auteurs, est donc très satisfaisant; quant au résultat vital, il est plus difficile de s'en rendre un compte exact. Là comme ailleurs, les statistiques sont trompeuses et passent sous silence beaucoup de cas malheureux qui n'ont pas été publiés. S'il n'est pas possible de savoir la valeur absolue de cette opération, nous pouvons au moins connaître suffisamment sa valeur relative. Anders a réuni dans son mémoire 100 cas appartenant à peu près tous à la période antiseptique. En réunissant en bloc tous ceux qui ont été opérés de la même manière, sans tenir compte d'autres considérations (imperforations simples ou avec abouchements anormaux, état du sujet, etc.), il trouve :

		Succès.	Morts.
Proctoplastie.	44	31	13
Incisions et ponctions diverses.	32	21	11
Colotomies.	21	10	11
Sans opération.	3	2 (2)	1

En analysant de plus près les observations, l'auteur montre encore mieux que par ce tableau brutal la supériorité de la proctoplastie. Parmi les 13 cas de mort qu'elle a fournis, il trouve : 1 enfant prématuré, 1 hémophile, 1 autre atteint de péritonite avant l'intervention, 1 mort par inanition, 1 par persistance de l'occlusion, l'intestin étant obstrué en un point élevé de l'abdomen.

Cette statistique ne porte, il est vrai, que sur un nombre relativement restreint de faits. C'est cependant la seule qu'on puisse, maintenant, consulter avec fruit, car il est inutile

(1) Vincent. *Lyon méd.*, 1887, p. 408.

(2) Ces deux cas se rapportent à des anus vaginaux, ce qui explique la survie.

d'aller chercher dans Curling ou Cripps des renseignements sur des cas qui n'ont pas profité de l'antisepsie. Elle suffit à guider le choix de l'opérateur et tous les écrits récents préconisent comme elle la voie périnéale à l'exclusion de toutes les autres.

VI

Colotomies. — On vient de voir que le chirurgien a de nombreux moyens pour faire dans de bonnes conditions un anus périnéal. Il est des cas, cependant, où cette méthode n'est pas applicable et où la colotomie s'impose.

Aujourd'hui ses indications paraissent restreintes à deux cas. Dans le premier, le chirurgien a entre les mains un enfant qu'on a trop tardé à lui amener. Le cortège symptomatique de l'occlusion intestinale a eu le temps de s'établir et c'est presque un moribond qui se présente sur la table d'opération. Dans un cas semblable, il ne peut venir à l'esprit de personne d'entreprendre une intervention pénible, longue, peut-être un peu sanglante. La véritable indication, c'est de lever immédiatement, et avec le moins de frais possible, l'obstruction qui va tuer l'enfant.

La seconde indication de la colotomie, c'est l'impossibilité de faire autre chose du fait même de la malformation. Quand le chirurgien, après avoir épuisé toutes les ressources, ne peut trouver, ou, l'ayant trouvée, ne peut amener au périnée l'extrémité aveugle de l'intestin, il est bien forcé de prendre une résolution et alors il lui faudra établir un anus contre nature, sur l'S iliaque ou même, comme cela s'est vu, beaucoup plus haut, sur le cæcum par exemple.

Telles sont, aujourd'hui, les deux seules indications de la colotomie. Il n'en a pas toujours été de même et, dans le temps, on reculait moins loin les limites des autres interventions.

Les résultats de cette opération sont, en effet, peu rassurants, tant au point de vue de la mortalité qu'au point de vue fonctionnel. En ce qui concerne la léthalité, il est possible d'avoir une statistique complète des cas publiés. En additionnant les statistiques de Curling (1), Bodenhamer (2), Anders (3), on arrive à un total de 84 colotomies, iliaques ou lombaires, qui donnent :

Succès	33
Morts	47
Résultats inconnus	4

Il est bien entendu que, sous le nom de succès, on ne comprend que des malades ayant réellement survécu à l'opération et non ceux qui sont morts quelques jours seulement après. Plusieurs ont vécu de longues années, l'un vivait encore quarante-trois ans après, un autre mourut à cette limite. Le nombre des guérisons est donc plus considérable qu'on ne le dit. Il ne semble pas, du reste, avoir augmenté beaucoup depuis la période antiseptique. Les 10 cas les plus anciens de la statistique de Bodenhamer, remontant aux premières années de ce siècle et aux dernières du précédent, donnent :

Morts	6
Guérisons	4

(1) Curling. *Med. Chir. Transact.*, 1860, t. XLIII.
(2) Bodenhamer. *New-York Med. Journ.*, 1889.
(3) Anders. Loc. cit.

Les 10 derniers cas de Anders donnent (1886-1890) :

Morts	5
Guérisons	5

Au point de vue fonctionnel, l'opinion des auteurs est assez variable. Tous s'accordent à considérer l'anus iliaque comme un pis-aller, quelques-uns le rejettent formellement. De Saint-Germain écrit (1) : « Je considère cette situation comme intolérable ; je refuserais énergiquement de faire subir cette opération à un de mes enfants ; et si j'avais été, pour mon malheur, la victime d'une pareille intervention, je crois que je consacrerais mon existence à tirer vengeance du chirurgien qui m'aurait imposé une existence aussi misérable. »

Nous n'hésitons pas à penser, d'après les résultats publiés et l'opinion des auteurs, que l'avis de M. de Saint-Germain est peut-être entaché d'un peu d'exagération. La position des opérés n'est pas toujours aussi affreuse qu'il le dit et nous n'en voulons pour preuve que le cas de notre maître M. Ollier, dont il est question dans la thèse de Laguaite (2). Il s'agit d'une jeune fille opérée d'anus iliaque pour imperforation. Elle pouvait satisfaire à toutes les exigences de la vie mondaine et était même en voie de mariage.

Tels sont, résumés brièvement, les résultats et les indications des colotomies. Aujourd'hui on ne fait plus guère que la colotomie inguinale. Le débat entre l'anus de Littre et celui de Callisen-Amussat est aujourd'hui vidé au bénéfice du premier. On fera donc, toutes les fois qu'il faudra recourir à la colotomie, l'anus de Littre sur l'S iliaque. Dans certains cas, quand une exploration complète et méthodique aura montré que l'S iliaque et une partie du côlon descendant font défaut, il faudra recourir à la cæcostomie ; mais ces cas sont exceptionnels. Anders (3) en rapporte 3 cas qui ont donné 1 guérison et 2 morts.

Quand on a résolu d'ouvrir l'S iliaque, il faut faire une laparotomie au-dessus de l'arcade de Fallope *du côté gauche* et, opérant d'après les préceptes formulés pour l'adulte, amener l'S iliaque et ouvrir, après l'avoir fixé, le point le plus élevé qu'on puisse atteindre, c'est-à-dire se rapprocher du côlon descendant. Huguier (4) pensait que l'S iliaque s'étendait toujours plus loin, dans la fosse iliaque droite et que, par conséquent, il fallait la chercher de ce côté lorsqu'on voulait créer un anus artificiel pour imperforation rectale. Bourcart (5) montra que la partie la plus fixe, celle qu'il faut ouvrir, est dans la fosse iliaque gauche. Les travaux plus récents de Trèves (6), Schiefferdecker (7), Van Samson (8) et surtout la thèse de Jonnesco (9) ont élucidé encore cette question et, aujourd'hui, il est définitivement arrêté que la laparotomie doit se faire à gauche.

L'anus contre nature établi, on a pensé que, dans certains cas, il n'était pas indiqué de laisser les enfants avec cette infirmité.

On peut, en effet, avoir été obligé d'opérer d'urgence, ne pouvant faire mieux, pour une raison ou pour une autre,

(1) De Saint-Germain. *Rev. des mal. de l'enf.*, 1888.
(2) Laguaite. Th. de Lyon.
(3) Anders. *Arch. de Langenbeck*, 1893, p. 538.
(4) Huguier. Soc. de chir., 1862.
(5) Bourcart. Th. de Paris, 1863.
(6) Treves. *Brit. Med. Journ.*, 1885.
(7) Schiefferdecker. *Arch. de His et Braune*, 1886-1887.
(8) Samsoa. *Zur Kenntniss der Fler. Sigm.*, Dorpat 1890.
(9) Jonnesco. Th. de Paris, 1892.

alors que la malformation était susceptible d'être traitée par la proctoplastie, dans des conditions autres que celles qui se présentaient. L'enfant une fois guéri de son obstruction et de son opération, on peut songer à lui donner un anus périnéal. Pour cela, on s'entourera de tous les renseignements que peut donner l'examen du périnée, du bassin, ainsi que l'exploration de l'intestin par un cathétérisme prudent à travers l'anus iliaque. Quand on connaîtra, autant que faire se peut, la disposition anatomique, on incisera le périnée suivant le procédé décrit plus haut et, s'aidant d'un conducteur intra-rectal, on arrivera sur l'ampoule qu'on traitera comme il est indiqué. M. Lannelongue (1) put obtenir ainsi un brillant succès et Anders (2) en a rapporté un autre sur un enfant auquel il avait fait, vingt jours auparavant, un anus de Littre. Cette intervention n'est cependant pas sans danger, et nous devons dire que Owen (3) rapporte deux cas de mort à la suite de cette proctoplastie secondaire. L'antisepsie minutieuse de la chirurgie actuelle permet aujourd'hui d'espérer mieux et il semble que ce moyen ne doit pas être perdu de vue.

VII

Abouchements anormaux. — La thérapeutique de ces malformations est de date récente. Jusqu'au siècle dernier, on ne touchait pas à ces malades et Boyer préconise encore l'abstention. Tout au plus conseillait-on de dilater un orifice insuffisant. Valle (4) paraît avoir été le premier à vouloir créer de toute pièce un anus nouveau en son siège habituel. Depuis ce moment, les interventions se sont multipliées et ont donné de magnifiques résultats.

Il est difficile de donner à ce sujet des règles fixes, car les variétés d'abouchement sont innombrables. Cependant il en est de plus communes qui peuvent rentrer dans des cadres assez réguliers.

En première ligne, on trouve les abouchements périnéaux. Ceux-ci se produisent surtout chez l'homme et l'ouverture siège de préférence au niveau du scrotum. Le sexe féminin offre de même une variété fréquente, c'est l'anus vulvaire. L'orifice siège alors près de la fourchette, au-devant de l'hymen.

Par ordre de gravité ascendante, on trouve ensuite les abouchements du second groupe, c'est-à-dire ceux qui se font dans une cavité naturelle. Ce sont d'abord les abouchements vaginaux, dont l'histoire se rapproche beaucoup des anus vulvaires.

Les abouchements urinaires, impossibles chez la femme, à moins qu'ils ne s'accompagnent de malformations considérables, ont une gravité opératoire plus grande, à cause des dangers d'infiltration que présente leur cure. Ils sont vésicaux ou uréthraux et, dans le dernier cas, ont surtout leur orifice dans l'urèthre membraneux. On connaît cependant des ouvertures péniennes ou prostatiques. L'anus vésical siège souvent au niveau du trigone. Son pronostic est généralement d'autant plus grave, que l'ouverture est plus élevée.

Les anus anormaux ont une tendance bien spéciale à se placer toujours dans le périnée antérieur. Il n'existe pas, à notre connaissance, d'observation d'anus anormal situé au voisinage du coccyx et du sacrum. Quel que soit le lieu où se produise l'abouchement, il est rare que le rectum s'ouvre à plein canal dans le faux anus. La plupart du temps, il existe plus ou moins haut au-dessus du périnée un cul-de-sac rectal, d'où part un trajet rétréci servant d'intermédiaire entre le rectum et l'extérieur.

La connaissance de cette disposition est très importante, car suivant le calibre du canal intermédiaire, on pourra en profiter dans l'intervention ou bien il faudra le sacrifier, s'il est trop étroit.

Méthode de l'incision. — Le premier procédé qui fut employé contre ces abouchements est celui de Valle. Il consiste à considérer l'ampoule rectale comme fermée, à l'aller chercher par le périnée, au moyen d'une incision faite à la place normale de l'anus et à le fixer en ce point. On profite pour rechercher l'ampoule du conduit anormal qu'on cathétérise. L'anus établi, on cherche à obtenir l'occlusion ou la destruction du trajet intermédiaire, dont l'intervention première ne s'est pas préoccupée. Bérard, dans son observation, a mis en pratique ce procédé. Malgaigne se montrait partisan de cette méthode qui, bien conduite, peut donner, dans certains cas, des succès. Son grand inconvénient est de laisser persister le trajet intermédiaire, ce qui le rend inapplicable dans toutes les communications avec les voies urinaires. Qnand il s'ouvre à la peau ou à la vulve, l'importance est moindre, mais, si on veut l'oblitérer, on peut craindre des accidents. Les cautérisations faites à l'intérieur pour détruire la muqueuse seront interminables, pourront donner de petits foyers suppurés, même. Le grand reproche qu'on peut faire à cette opération, c'est donc qu'elle n'est pas radicale.

Goyrand se préoccupa de faire disparaître ce trajet et il proposa de passer une sonde cannelée dans l'orifice et, sur cette sonde, de couper tout, au bistouri, jusqu'au coccyx. Le canal intermédiaire est ainsi transformé en gouttière et l'anus créé à sa place normale. Il est bien entendu que la section ne se fait pas à l'aveugle, d'un coup de bistouri, sur le seul guide de la sonde; Goyrand recommande, au contraire, les sections méthodiques. La plupart du temps, on aura, pense-t-il, une disparition rapide de la muqueuse du trajet, plus vite et à moins de frais que par des cautérisations ou des opérations.

Les conseils de Goyrand sont d'une extrême sagesse, mais il ne semble pas que cette incision du trajet doive fatalement amener sa guérison. Waldeyer a montré que la muqueuse intestinale, soumise à l'action de l'air et des frottements extérieurs, ne se cutanise jamais.

Ce procédé a quelques indications bien nettes. Cruveilhier, Fristo, ont rapporté des cas où le trajet suivait la verge et venait s'ouvrir près du gland. Le faible calibre de ce conduit le rendait incapable de rendre aucun service; il semble que l'incision, puis l'excision de ce canal, serait alors le procédé de choix. Dans la plupart des autres cas, ce traitement doit être abandonné, car la science nous offre des procédés plus parfaits.

Martin (1) [de Lyon] a proposé un procédé semblable dans les cas d'abouchement vésical ou uréthral. Il prétendait que la meilleure thérapeutique consistait à créer un cloaque dans lequel s'ouvriraient les conduits urinaire et intestinal. Une pareille proposition ne mérite pas discussion, au moins aujourd'hui.

(1) Lannelongue. *Bull. de la Soc. de chir.*, 1884, p. 200.
(2) Anders. Loc. cit., Obs. XI du tableau général.
(3) Owen. *Haweran Lectures*, 1879.
(4) Valle. *Opere di Ostetrica*, Florence 1792.

(1) Martin. *Rev. des actes de la Soc. de santé de Lyon*, t. I, 1798.

VIII

Méthode de transposition. — Mise en pratique par Dieffenbach (1), puis par Nélaton (2), cette méthode a surtout été préconisée par Rizzoli (3), dont elle porte le nom. Elle a pour objectif de transporter à sa place physiologique un anus qui s'ouvre au périnée ou dans une cavité naturelle, vagin, urèthe et peut-être vessie. Elle offre l'avantage de fermer l'orifice anormal, en même temps qu'elle en crée un nouveau, et de faire disparaître le trajet intermédiaire. C'est donc la méthode idéale, puisqu'elle est d'emblée radicale, offrant, en outre, le mérite de profiter du sphincter qui entoure parfois l'anus anormal.

Amabile a divisé en deux groupes les procédés opératoires qu'on peut faire rentrer dans cette méthode.

I. *Périnée fermé, procédé de Roser.* — A partir du siège ordinaire de l'anus on fait une incisiion en T, dont la branche verticale suit la rainure interfessière, se dirigeant vers le coccyx. Un cathéter approprié est introduit dans l'orifice anormal et guide le chirurgien dans la dissection méthodique du trajet intermédiaire. On fait récliner fortement les lèvres de la plaie, et on prolonge, s'il le faut, latéralement les branches transversales du T, mais on ménage avec le plus grand soin le pont cutané périnéal qui s'étend au-devant de l'incision.

On a généralement beaucoup de peine à effectuer cette dissection, et les écarteurs doivent être tenus avec adresse par les aides, pour faciliter le travail de l'opérateur. Quand l'isolement du conduit est parfait sur toutes ses faces, on le détache de son insertion terminale, en ménageant le sphincter qui peut exister. On ferme par une suture appropriée l'orifice cutané ou muqueux, laissé libre au point d'abouchement, et on examine le trajet intermédiaire qui pend en dehors du périnée. On s'assure qu'il n'a pas été ouvert au cours de la dissection d'un coup malencontreux de bistouri, puis on juge de l'utilité qu'il peut avoir. Si son calibre est suffisant, on se borne à le rattacher aux téguments par un nombre approprié de points de suture, en se conformant aux règles ordinaires. Si l'orifice seul est rétréci, un ou deux coups de ciseaux l'agrandiront; si le trajet est trop étroit, on en sacrifie la portion rétrécie, tout en restant très économe. La longueur de la portion utilisable du trajet règle la place plus ou moins rapprochée du sacrum qu'on doit donner au nouvel orifice. La plupart du temps, elle permet de lui garder son siège physiologique.

Quand on a terminé les sutures muco-cutanées, on ferme la plaie périnéale, en ayant soin de drainer minutieusement la cavité qui existe à la place de l'ancien canal.

Ce procédé a l'avantage de conserver un périnée intact, sans incision médiane, et comme il est surtout destiné à la cure des anus vulvaires, cet avantage a paru considérable. Au fond, cette considération ne paraît que d'importance assez minime et ne compense pas les inconvénients assez nombreux de cette méthode. En effet, on a souvent de grandes difficultés opératoires, le périnée qu'on garde avec tant de soin constitue un écran gênant considérablement l'isolement du conduit, exposé de cette façon à être blessé. La suture de l'orifice anormal devient difficile. Le déplacement du trajet intermédiaire laisse sous le périnée une cavité qu'il faut fermer à l'aide de sutures interstitielles, pouvant facilement rester imparfaites. On est obligé de drainer cette cavité, qu'on craint toujours de voir s'infiltrer de pus, surtout si l'ancien anus s'ouvrait dans les voies urinaires. En résumé, cette méthode est pénible, dangereuse, et la conservation d'un périnée sans suture ne vaut pas les inconvénients qu'elle entraîne.

II. *Périnée ouvert, procédé de Rizzoli.* — Une incision antéro-postérieure fend le périnée de son bord antérieur jusqu'au coccyx, et met largement sous les yeux le trajet intermédiaire et le rectum. L'opérateur peut alors, avec beaucoup plus de facilité que dans le procédé de Roser, isoler le trajet et le rectum, et effectuer l'isolement et le transport de l'intestin. Ces deux points se feront comme il a été dit plus haut. On fermera ensuite le périnée, en se comportant comme pour une périnéorraphie, n'oubliant pas que des points interstitiels sont nécessaires pour adosser largement les surfaces cruentées. La disparition de la cavité se fait plus facilement ici que dans le procédé de Roser, parce qu'il est plus facile de fermer une gouttière qu'un canal complet.

Il est facile de voir les avantages de cette méthode, on les connaît déjà; les résultats cliniques n'ont pas démenti ce que théoriquement on pouvait en attendre. Entre les mains de l'auteur, elle a donné des succès d'une grande perfection. Dans un cas même, où les autres procédés avaient échoué, Amabile a de même opéré une fillette de treize ans. Tant au point de vue esthétique que fonctionnel, la guérison fut parfaite : il n'y avait pas de déformation apparente de la région, pas d'incontinence fécale, les selles étaient faciles et volontaires, le périnée solide semblait promettre des accouchements sans péril.

On a fait cependant à cette méthode un certain nombre d'objections, dont Hergott surtout s'est constitué l'auteur.

On lui a reproché l'hémorragie, toujours grave chez les enfants. Il semble qu'elle ne soit pas plus à craindre que dans les autres procédés et, avec l'hémostase actuelle, ne paraît pas à redouter beaucoup. La difficulté de dissection du rectum crée de la peine au chirurgien, mais ne peut cependant l'empêcher de recourir à son emploi. On y mettra un peu plus de soin et de temps. L'incision du sphincter externe et parfois de l'interne, n'est pas un reproche bien gros, la perte des matières est une rareté après les interventions périnéales, quelles qu'elles soient, même quand il n'y a aucun sphincter apparent, externe ou interne.

La crainte des infections est peut-être un argument de plus de valeur. Il est évident que, dans une région aussi exposée aux inondations urinaires et fécales, avec la cavité pré-rectale qui tend toujours à se former, il ne faut pas se montrer trop sûr de conserver, dans les suites opératoires, l'asepsie régulière maintenue au cours de l'intervention. Une suture à plusieurs plans, faite avec grand soin, réduit au minimum les chances de suppuration, mais, dans certains cas, il ne faudrait peut-être pas rechercher avec tant d'assurance une réunion par première intention. Elle paraît légitime dans des anus vulvaires et peut-être vaginaux, mais si l'abouchement avait lieu dans les voies urinaires, il serait plus sage de ne chercher qu'une réunion secondaire, en laissant béante l'incision du périnée et en la bourrant de gaze iodoformée. Une conduite mixte, pour ainsi dire, suture avec drainage, peut aussi, dans certains cas, trouver son indication.

Il semble donc, en résumé, et les résultats sont là pour soutenir cette assertion, que la transposition est, dans les cas or-

(1) Dieffenbach. *Oper. chir.*, Leipsig 1845.
(2) Nélaton. *Traité de pathologie externe.*
(3) Rizzoli. *Chir. clin.*, trad. Andrieux.

dinaires, la méthode de choix : c'est elle qu'on doit préférer.

Mais cette méthode n'est pas toujours applicable; rien de variable comme la disposition de ces diverticules rectaux qui peuvent porter l'anus en des sièges multiples. Le déplacement est parfois impossible et personne ne songerait à déplacer, par exemple, cette ouverture uréthrale qu'a rapportée Fristo. Dans cette observation, le diverticule rectal traversait tout le périnée et venait s'ouvrir dans l'urèthre pénien, après avoir contourné les corps caverneux. Il doit être bien entendu dans l'esprit du chirurgien que les formules thérapeutiques des anomalies qui nous occupent correspondent aux cas classiques; dès que la lésion sort du cadre convenu, il faut des interventions spéciales, dont le plan général est tiré des méthodes ordinaires, mais les détails, variables à l'infini, ne peuvent être inventés que sur le moment, par l'ingéniosité de l'opérateur.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 28 novembre.— Présidence de M. L.-Championnière.

COMMUNICATIONS

Traitement des polypes naso-pharyngiens. — M. Nélaton, à propos de la communication faite par M. Tuffier et de la discussion qui l'a suivie, émet quelques réflexions sur les polypes naso-pharyngiens et insiste particulièrement sur la nécessité de subordonner le choix de la méthode opératoire au volume du polype. Il fait observer qu'il est toujours utile, après l'ablation d'un polype naso-pharyngien, de laisser une brèche ouverte pour surveiller la récidive, c'est-à-dire pour agir aussitôt que possible par les procédés de cure lente en présence de la moindre menace de récidive.

M. Kirmisson défend la même opinion. Quand il a dit qu'il fallait pouvoir surveiller la récidive, il n'a pas voulu dire par là qu'il y avait intérêt à voir la récidive, mais bien à la surveiller pour la traiter aussitôt que possible par des méthodes lentes. Il se trouve donc complètement d'accord avec M. Nélaton.

M. Quénu dit que M. Nélaton, se plaçant au point de vue des indications à remplir en présence d'un polype naso-pharyngien, en fait une question de volume, alors que lui, M. Quénu, en fait une question de nature. Il y a deux sortes de tumeurs naso-pharyngiennes, même chez les jeunes gens de 16 à 17 ans. M. Quénu a assisté M. Alphonse Guérin dans l'ablation d'un polype naso-pharyngien type chez un jeune homme de 16 ans. Bientôt apparut une récidive inopérable. Il s'agissait d'un sarcome. Il y a donc deux variétés de tumeurs naso-pharyngiennes, l'une simplement fibreuse, pouvant être opérée, cautérisée, tourmentée par tous les procédés que l'on voudra, par l'électrolyse, les cautérisations, etc.; l'autre primitivement ou devenant ultérieurement et rapidement sarcomateuse.

Sans doute l'histologie ne permet pas toujours de déceler dès le début la vraie nature de ces tumeurs. Cependant, dans bon nombre de cas, elle permet de reconnaître d'emblée la nature sarcomateuse de quelques-unes de ces tumeurs. Il y a, en outre, l'évolution, la marche plus ou moins lente ou rapide, la multiplicité des prolongements qui sont aussi des symptômes importants. Donc, dans bien des cas, le diagnostic histologique, aidé de l'évolution et de la marche de la maladie, permet de distinguer le vrai polype naso-pharyngien des anciens d'avec une tumeur sarcomateuse naso-pharyngienne. Quand il s'agit d'un vrai polype naso-pharyngien, on peut avoir recours à n'importe quelle méthode de traitement. Quand il s'agit d'un sarcome, il vaut mieux, dès le début, recourir à une large ablation, savoir faire de grands sacrifices plutôt que d'avoir à traiter ultérieurement des récidives.

M. Tuffier, en présentant son malade, n'avait d'autre but que de montrer qu'après l'ablation du maxillaire supérieur, au lieu de laisser une plaie largement ouverte, une difformité choquante et gênante pour le malade, il était préférable de recourir à une restauration immédiate. Le malade qu'il a présenté tend à montrer tous les avantages qu'on peut retirer de cette restauration immédiate. Il peut manger, garder sa salive et ne présente aucune déformation choquante. S'il se produisait une récidive, ce qui serait facile à constater par le toucher, il suffirait de fendre de nouveau le voile du palais pour aller la chercher. Mais voilà dix mois qu'il a été opéré, et jusqu'ici il ne présente aucune menace de récidive.

M. Lucas-Championnière estime qu'il y a tout avantage à pratiquer ces restaurations immédiates, puisqu'il est toujours facile de surveiller la tendance à la récidive et de fendre de nouveau le voile du palais, si cela est nécessaire.

Tétanos. — M. Larger lit une observation de tétanos céphalique consécutif à une plaie du doigt et terminé par la mort, malgré l'amputation du doigt pratiquée dix-huit heures après l'apparition du trismus.

Hernie inguinale. — M. Ferraton donne lecture d'une observation ainsi intitulée : Hernie étranglée, tentatives de réduction, réduction apparente, persistance des accidents, cure radicale, pincement latéral, ecchymoses intestinales, guérison. (Rapp. M. Delorme.)

Hémato-néphrose intermittente symptomatique d'un cancer du rein. — M. Tuffier communique l'observation d'un homme de soixante-cinq ans qui, depuis trois mois, était atteint d'hématuries persistantes avec douleurs dans le flanc droit. C'était pendant la nuit qu'il souffrait le plus et alors que l'hématurie était le moins abondante. Il maigrissait, perdait ses forces. Les urines étaient normales, sauf la présence du sang. Dans la région lombaire droite, on sentait une tuméfaction douloureuse. On se trouvait donc en présence de tous les caractères d'une tumeur du rein. On pouvait hésiter entre un calcul et un néoplasme. Devant les signes qui viennent d'être énoncés, M. Tuffier crut devoir s'arrêter au diagnostic de néoplasme rénal. Il pratiqua la néphrectomie par la voie lombaire. Le rein était doublé de volume, aminci, fluctuant. On sentait un noyau induré du côté du hile. M. Tuffier incisa le rein sur son côté convexe; il se fit aussitôt un écoulement de sang noir; il explora la cavité qui contenait ce sang et, trouvant une tumeur pénétrant dans le bassinet, il enleva la glande et le néoplasme. Les suites opératoires furent simples et la guérison fut prompte. L'examen histologique montra qu'il s'agissait d'un épithélioma du rein.

Six semaines après, ce malade fut pris de pneumonie cachectique et succomba. A l'autopsie, on trouva des noyaux secondaires du côté du foie.

M. Bazy rapporte une observation analogue. Il s'agissait d'un malade qui avait des hématuries dans les efforts. M. Bazy pensa qu'il s'agissait d'un calcul du rein. Un jour ce malade fut pris d'une douleur rénale très violente, on sentait une augmentation de volume du rein; le malade urina du sang et le gonflement rénal disparut. Ce malade fut pris d'énervement, et s'amaigrit. M. Bazy fit une incision exploratrice et trouva une tumeur du rein.

PRÉSENTATIONS

Néphrectomie. — M. Reclus montre les pièces provenant d'une malade traitée d'une hydronéphrose intermittente par la néphrectomie abdominale et ayant succombé cinq jours après avec de l'anurie. On vit à l'autopsie que l'autre rein était également atteint d'hydronéphrose.

ÉLECTION

M. Terrier est élu membre honoraire.

La séance est levée.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bénat, médecin du *Colonia*; Monier (de Paris); Paris, ancien médecin du roi Louis-Philippe, qui vient de mourir à Paris, à l'âge de quatre-vingt-treize ans.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 140. — MARDI 4 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 4 DÉCEMBRE 1894. — N° 140.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Les candidats inscrits pour le concours d'agrégation de pathologie interne et de médecine légale sont :

MM. Achard, Barbier, Besançon, P. Blocq, Claisse, Deschamps, Dupré, Duflocq, Foveau, Gastou, Gilles de La Tourette, Girode, Le Dantec, Legry, Lesage, Lion, Mosny, Renon, Sabrazès, Thiroloix, Thoinot, Vaquez, Widal et Wurtz (de Paris);

MM. Hobs et Monjoir (de Bordeaux);

MM. Arnould, Brunelle et Legay (de Lille);

MM. Boyer, Bret, Charmel, Chatain, Collet, Ferrier, Frenkel et Pic (de Lyon);

MM. Bosc et Lacaze (de Montpellier);

MM. Étienne, Specker et Zilgien (de Nancy);

M. Ausset (de Poitiers);

MM. Daunic, Morel et Rispal (de Toulouse).

— Par décret, en date du 1er décembre 1894, sont promus dans le corps de santé de la marine :

Au grade de directeur du service de santé. — M. le médecin en chef Guès.

Au grade de médecin en chef. — M. le médecin principal Nègre.

Au grade de médecin principal. — M. le médecin de première classe Danguillecourt.

Au grade de médecin de première classe. — M. le médecin de deuxième classe Galbrunner.

— Par décision ministérielle, en date du 30 novembre 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins principaux de première classe Ducelliez, pour la direction du service de santé de la brigade d'occupation de Tunisie; Lemardeley, pour l'hôpital militaire de Rennes (pour ordre); Schindler, pour l'hôpital militaire de Nice (médecin chef).

MM. les médecins principaux de deuxième classe Crussard, pour l'hôpital militaire du Belvédère, à Tunis (médecin chef); Labrevoit, pour l'hospice mixte du Mans (médecin chef).

MM. les médecins-majors de première classe Dumas, pour l'état-major de la place de Marseille; Maugenot, pour l'hospice mixte de Lunéville (médecin chef); H. Collin, pour l'hospice mixte de Vannes (médecin chef); Doubre, pour l'hôpital de Maubeuge (médecin chef); Lelong, pour le 4e d'artillerie.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Leroy, pour le 160e d'infanterie; Godard, pour le 45e d'infanterie; Jarry, pour le 58e d'infanterie; Mathelin, pour l'hôpital de Belle-Isle-en-Mer; Renard, pour le 135e d'infanterie; Stouff, pour le 88e d'infanterie; Ducros, pour le 20e dragons; Lécuyé, pour le 11e cuirassiers; Buot, pour le 21e chasseurs.

MM. les médecins aides-majors de première classe Apard, pour le 37e d'artillerie; Cavalier-Benezet, pour le 15e dragons; Lescure, pour l'hôpital militaire de Bordeaux (pour ordre); Visbecq, pour le 155e d'infanterie.

M. le médecin aide-major de deuxième classe Jirou, pour le 5e hussards.

— M. le docteur Lacaze (de Mondabus), MM. Chailloux, interne des hôpitaux de Paris; Louis Martin, interne des hôpitaux de Paris, préparateur à l'Institut Pasteur; Mme Daussoir-Kerleux, surveillante du pavillon de la diphtérie à l'hôpital des Enfants-Malades à Paris, sont nommés officiers d'Académie.

— Deux places de membre titulaire dans la section de médecine et sciences accessoires à la médecine sont vacantes à la Société de médecine légale de France. Les lettres de candidature et l'exposé des titres des candidats devront être adressés avant [illegible], secrétaire général, 166, rue de Charonne.

— *Hôtel-Dieu.* — M. le docteur Ferrand, chargé de cours pour les stagiaires de la Faculté, a commencé ce cours le 1er décembre. — Tous les jours, à neuf heures : visite des malades, exercices cliniques; — le jeudi, à dix heures : conférences de propédeutique et de thérapeutique clinique. — Jeudi 6 décembre : l'examen du malade; jeudi 13 : le diagnostic; jeudi 20 : les indications thérapeutiques.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Voyages à itinéraires facultatifs de France en Algérie ou en Tunisie (ou vice versâ).* — La Compagnie délivre, pendant toute l'année, des billets de toutes classes à prix réduits, pour effectuer des voyages pouvant comporter des parcours sur les lignes des sept grands réseaux français, sur les lignes algériennes et tunisiennes, et sur les lignes maritimes desservies par la Compagnie transatlantique. Les itinéraires de ces voyages sont établis au gré des voyageurs; ils doivent comporter, en même temps que des parcours français, soit des parcours maritimes, soit des parcours maritimes et algériens ou tunisiens; les parcours sur les réseaux français doivent être de 300 kilomètres au moins ou être comptés pour 300 kilomètres.

Les voyages doivent ramener les voyageurs à leur point de départ.

Validité : 90 jours avec faculté de prolongation. Arrêts facultatifs à toutes les gares du parcours.

Exemple d'un de ces voyages au départ de Paris : Paris, Dijon, Lyon, Marseille, Tunis, Duvivier, Kroubs, Batna, Biskra, Aïn-Touta, Constantine, Alger, Oran, Marseille, Nîmes, Clermont-Ferrand, Nevers, Paris.

Durée du voyage, 90 jours. — 1re classe, **419 fr. 65**; 2e classe, **321 fr. 35**; 3e classe, **219 fr. 75.**

Paris, le 3 décembre 1894.

Il y a quelques mois, un incident regrettable s'éleva entre M. Terrier, chirurgien de l'hôpital Bichat, et un interne, en service de garde dans le même hôpital. L'affaire fut portée devant différentes juridictions : l'interne fut suspendu pendant plusieurs mois et changé d'hôpital. Les internes en exercice n'acceptèrent pas sans protestation le blâme et la punition infligés à leur collègue; et, à l'ouverture du cours du professeur Terrier, ils témoignèrent hautement et bruyamment leur mécontentement.

Prévoyant d'avance la manifestation dont sa première leçon allait être l'objet, le professeur aborda la discussion de front, en prenant comme sujet :

DES SOINS A DONNER AUX BLESSÉS DES GRANDES VILLES

La première phrase de sa leçon ne laisse pas place au doute :

Je tiens, *pour bien des raisons*, à commencer mon cours par l'étude d'une question toute d'actualité, et sur laquelle je veux qu'il ne puisse exister d'*équivoque*. Cette question est celle des *soins à donner aux blessés* dans une grande ville, comme Paris.

Puis, le professeur étudie en premier lieu : *Les soins à donner aux blessés avant leur transport à domicile ou à l'hôpital.*

Le but que l'on semble se proposer d'atteindre avant tout, c'est de transporter le blessé chez un pharmacien. Le fait est d'autant plus étrange à signaler que, *de par la loi*, le pharmacien ne peut rien faire au blessé, que d'ailleurs il est aménagé pour vendre des drogues et non pour soigner des gens, enfin qu'il ne sait pas donner ces soins la plupart du temps, par la bonne raison qu'on ne le lui enseigne pas dans les Écoles de pharmacie. Du reste, je le répète, cet enseignement serait absolument *illégal*. Le pharmacien ne peut donc que faire demander un médecin, qui, en supposant qu'il arrive en temps utile, se trouve lui-même — et j'en ai fait l'expérience — dans les conditions les plus difficiles pour venir en aide au blessé d'une façon efficace, et j'ajouterai *non dangereuse*, car il lui faut de grands efforts pour éviter l'infection de la moindre lésion des téguments. Donc, très souvent, on se contente d'une hémostase provisoire et d'un pansement sommaire ou incomplet. La nuit surtout, les pharmacies étant closes, c'est au poste de police que sont transportés les blessés; voyons ce qu'ils y trouvent en fait de secours, car sur la porte du poste existe, le plus souvent, une plaque avec ces mots : *Secours aux blessés*.

Chaque poste de police est muni d'une boîte de secours — nouveau modèle, paraît-il! On peut se demander ce qu'était l'ancien modèle; en tout cas, c'est au-dessous de tout ce que vous pouvez imaginer. Sur un des flacons contenant de l'acide borique en solution, j'ai vu écrit : « poison »; les quelques autres flacons sont à l'avenant : il n'y a pas d'ouate hydrophile et l'un des gardiens de la paix m'a dit naïvement que pour nettoyer le blessé on se servait d'une éponge du poste. Est-ce assez complet?

Sur le mur il y a une instruction de secours à donner aux blessés. Voici ce que j'y relève : « En cas d'hémorragie, il faut arrêter le sang avec le *doigt* appliqué directement sur la partie qui saigne; on y substitue de l'amadou (il y en a qui traîne dans la boîte aux pansements), de la charpie (il n'y en a pas, heureusement) ou du linge (pas plus de linge) imbibé d'une solution étendue de perchlorure de fer. » Notez que ce sont là les indications *officielles* de la préfecture de police!

Il est vrai que l'on envoie chercher un médecin pour donner des soins au blessé; et, d'abord on ne le trouve souvent qu'avec difficultés, c'est le chef du poste qui me l'a affirmé; mais, en supposant qu'il arrive vite, que voulez-vous qu'il fasse avec les éléments dont il dispose dans cette prétendue boîte de secours? Souvent il n'a même pas d'eau filtrée ou bouillie à sa disposition, pour faire une solution antiseptique. Si bien que je connais des médecins qui, ainsi appelés la nuit, ont soin de se munir d'avance d'ouate hydrophile et de solutions antiseptiques, qu'ils savent ne pas trouver au poste de police.

Le blessé doit être alors transporté, soit chez lui, soit à l'hôpital, fait plus ordinaire. Quels sont les moyens de transport? Une voiture de place, où le blessé est toujours plus ou moins mal installé. Un brancard! Mais souvent il le faut chercher aux postes de police, à la mairie...; c'est encore une perte de temps parfois considérable. Puis, messieurs, je vous prie de jeter un coup d'œil sur les brancards qui, aujourd'hui, amènent jusque dans les salles de chirurgie les blessés de la voie publique. Pour mon compte, je ne connais rien de plus sale, de plus mal tenu. Et, d'ailleurs, je ne parviens pas à obtenir la propreté des brancards de nos hôpitaux; il est donc facile de s'expliquer la malpropreté des autres.

A ces moyens de transport, on doit ajouter aujourd'hui un nombre, d'ailleurs assez restreint, de voitures d'ambulances. Mais encore faudrait-il les avoir facilement à sa disposition; ce qui n'est pas. Puis, dans les mêmes voitures, ont été transportés tantôt des malades aigus ou chroniques, parfois même atteints de maladies contagieuses, tantôt des blessés. Je dois dire, du reste, que la réglementation de ce service, qui constituait jadis une sorte d'institution particulière, et qui aujourd'hui appartient à la Ville de Paris, doit être l'objet d'une étude spéciale de la part du Conseil municipal. En fait, ce service n'existe pas encore.

Après avoir montré le mal, M. Terrier étudie ce qu'il convient de faire, se basant sur ce qui existe dans d'autres pays :

Dans chaque hôpital, se trouve une [illegible]lance, *exclusivement destinée au transport des blessés*. Cette voiture est prête à partir au premier appel; le cheval est dans les brancards; il est attelé automatiquement, comme cela se passe pour les voitures et les pompes d'incendie.

Mais la voiture ne part pas seule; elle transporte toujours un jeune chirurgien.

Puis il passe en revue ce que doit contenir la voiture, et son mode de mobilisation; la nécessité d'avertisseurs télégraphiques ou téléphoniques, etc.

Il arrive ensuite au deuxième point de la question, qui touche au vif du débat : *Quels soins le blessé doit-il recevoir à l'hôpital?* Continuant le même plan que précédemment M. Terrier examine d'abord ce qui se passe aujourd'hui :

Actuellement, le blessé reçoit de suite les soins d'un interne de garde, je devrais dire d'un élève interne de garde. Sans tarder, je dois noter que cet interne peut être un élève en médecine aussi bien qu'un élève en chirurgie; que le matin même il a pu faire des autopsies, l'existence d'un anatomo-pathologiste attaché dans ce but à chaque hôpital n'ayant pas encore pénétré dans nos cerveaux.

Cela paraît importer assez peu, puisque c'est admis et réglé. Quant à moi, je trouve la chose absolument *antiscientifique*. Je proteste contre ce fait.

Donc l'interne reçoit le malade, et celui-ci est transporté, quelque malpropre, souillé de boue qu'il soit, dans une salle de chirurgie. Heureux encore si ceux qui l'ont amené à l'hôpital n'y pénètrent pas tous ensemble. Là, le blessé est déshabillé, couché, nettoyé comme on peut, c'est-à-dire aussi mal que possible la plupart du temps. S'il est besoin d'une petite intervention, comme une suture, une ligature

d'artériole, etc., l'opération est faite, en général, le plus tôt possible. Mais y a-t-il lieu de pratiquer une grave intervention, il faut prévenir le directeur, qui, à son tour, fait prévenir soit le chirurgien du service, soit son assistant, soit enfin le chirurgien de garde du Bureau central. Notez qu'actuellement, et pour toute la ville, il y a UN chirurgien de garde de Bureau central. La même nuit, l'un d'eux a été appelé à l'hôpital Tenon et à l'hôpital Necker. Je n'insiste pas, et cela a été considéré comme un progrès! Et, chose plus étrange encore à dire, c'est que c'en était un réellement, car j'ai connu une époque où on ne trouvait même pas un chirurgien.

Il se peut donc qu'après un temps, généralement, pour ne pas dire toujours, très long, car la recherche du chirurgien n'a pas lieu par le téléphone, mais par un infirmier voituré dans un fiacre, il se peut donc, dis-je, que, pour une opération pressée et sérieuse, il y ait tardivement réunis : un chirurgien et un interne en chirurgie ou en médecine; ce n'est pas suffisant. Heureusement que, la plupart du temps, s'il se trouve d'autres élèves à l'hôpital, ils se mettent à la disposition du chirurgien. Mais encore ici, ces élèves, qui souvent prennent une part active à l'opération, peuvent être des élèves en chirurgie ou en médecine, peu importe, paraît-il.

Cette description reproduit fidèlement ce qui a lieu à l'heure actuelle. Mais si, comme M. Terrier, nous pensons qu'il y a mieux à faire que ce qui se fait aujourd'hui, nous pensons aussi qu'on pourrait singulièrement améliorer les choses et éviter des pertes de temps souvent considérables, s'il existait une règle unique et d'application simple, à savoir que *tout accident grave survenant en dehors de l'heure des visites est justiciable du chirurgien de garde.*

Au lieu de cela, il y a certains chefs de service qui exigent qu'on les prévienne d'abord, ou, à leur défaut, leur le chirurgien de garde. Or le chef de service n'est pas toujours chez lui, à la disposition de l'interne de garde, son assistant peut également s'absenter. Or, maintes fois il arrive que ce chirurgien de garde n'est prévenu que plusieurs heures après l'arrivée du malade, lorsqu'on a constaté l'absence du chirurgien titulaire ou de son assistant. On éviterait bien facilement cette perte de temps préjudiciable, en s'adressant de suite au chirurgien du Bureau central de service. M. Terrier attire également l'attention sur ce fait qu'il n'existe qu'un chirurgien de garde, un seul, et il rappelle que l'un d'eux a été appelé un jour à l'hôpital Tenon et à l'hôpital Necker. Le fait est moins fréquent que ne le pense le professeur. Si nous en croyons notre propre expérience, le cas doit être exceptionnel, il ne nous est arrivé qu'une seule fois en plus de cinq années de service. Le rôle du chirurgien de garde est aujourd'hui des plus insignifiants et, bien des fois, la semaine de service entière se passe *sans un seul appel* venant de l'hôpital.

Si l'Administration était plus soucieuse de ses malades, elle aurait dû, ainsi que plusieurs de nos collègues l'ont demandé, mais en vain, faire installer des appareils téléphoniques chez les chirurgiens du Bureau central et correspondre ainsi avec eux; mais la routine est si invétérée, que même pour les chirurgiens qui ont, à beaux deniers comptants, fait installer chez eux le téléphone, l'Administration continue à les faire prévenir par le classique infirmier, alors que chaque hôpital est pourvu du téléphone.

C'est donc le cas de répéter avec M. Terrier :

Ce que je viens de vous exposer se passait dans les hôpitaux en 1862, quand j'étais interne en chirurgie de 1[re] année chez Chassaignac; or cela se passe encore ainsi, ou à peu près, en 1894, *c'est-à-dire* 32 *ans après*. En 1862, les lois de l'antisepsie et de l'asepsie étaient absolument inconnues et nos blessés mouraient très souvent. En 1894, on sait que la vie des blessés dépend des soins immédiats, de la rapidité des interventions, et surtout des précautions excessives qu'il faut prendre dans les interventions graves — *et rien n'est changé ou presque rien.*

Je vous laisse juges d'un pareil état de choses : c'est la négation en pratique de toutes nos connaissances scientifiques actuelles.

Que faudrait-il donc faire? Après être entré dans le détail, M. Terrier conclut qu'il faut que, dans chaque hôpital, il y ait un poste d'ambulance pour les blessés de la ville, et que ce poste doit se composer :

1° D'une salle destinée à recevoir les blessés, à les désinfecter, à les changer de vêtements, voire même à les baigner, s'il est possible. Dans cette salle peuvent être réduites les luxations simples, et les fractures peuvent y être immobilisées par un plâtre;

2° D'une salle où les blessés désinfectés seront endormis, s'il y a lieu de leur pratiquer une opération grave et difficile;

3° D'un amphithéâtre muni de tout ce qu'il faut pour faire les opérations les plus délicates et permettant au chirurgien de les pratiquer selon la méthode qu'il a choisie : antisepsie, asepsie ou méthode mixte.

L'opération faite, le blessé pansé et réveillé, il est alors transporté dans le service de chirurgie de l'hôpital, et si ce service est divisé en salles d'aseptiques et de septiques, il sera dirigé sur l'une ou l'autre de ces salles, selon le pronostic de l'opérateur.

Comme vous le comprenez, messieurs, le personnel attaché — *nuit et jour* — à ce service doit être suffisant, et [illegible] cette expression j'entends d'abord qu'il soit assez nombreux, et surtout assez instruit au point de vue chirurgical.

Il doit y avoir un *chirurgien de garde* prêt à pratiquer ces grandes opérations d'urgence, desquelles dépend la vie des blessés. Dire que ce chirurgien doit demeurer très proche de l'hôpital me paraît une banalité! Je dirai plus : *il doit demeurer à l'hôpital;* c'était ainsi jadis dans les grands hôpitaux de Paris. Du reste, messieurs, un grand hôpital sans un chirurgien *résidant* me paraît une conception absolument étrange, surtout à l'époque actuelle et étant donné nos connaissances scientifiques.

Telles sont les grandes lignes tracées par le professeur dans sa première leçon. Pour rendre réelles ces réformes, il faudrait bouleverser toute notre organisation hospitalière et M. Terrier ne se fait guère d'illusion :

Est-ce à dire qu'il sera facile d'arriver pratiquement à la solution des questions que je veux agiter? Oh! certes non! Je suis trop vieux pour m'illusionner à ce sujet. L'administration, les prérogatives, les habitudes, la routine, toutes ces causes, si influentes en tout temps et surtout dans notre pays, sont là pour mettre bon ordre à ces velléités d'indépendance, à cet abandon des antiques et respectables pratiques, bien réglementées d'ailleurs, trop réglementées, ajouterai-je, car elles ont des effets désastreux.

Nous ne saurions avoir d'autre opinion; mais moins ambitieux que le chirurgien de Bichat, nous nous contenterions momentanément de l'application pure et simple du règlement, ce qui serait déjà un progrès et un progrès sensible. Avec le laisser-faire qui paraît être le mot d'ordre de l'Administration centrale, il y a longtemps que toute réglementation a disparu, et le désordre actuel est infiniment

plus préjudiciable aux malades que n'importe quel règlement, même mauvais.

Dans sa dernière réunion, la Société des chirurgiens du Bureau central, à l'unanimité des membres présents, a émis un vœu invitant le directeur général à hâter l'application des règlements; elle a nommé une commission chargée de prendre en mains ses intérêts menacés. Ce n'est donc pas l'excès de réglementation qu'il faut incriminer.

En faisant connaître, avec son indépendance habituelle, ce que devrait être le service de secours aux blessés, M. Terrier nous a montré la voie, et avec la même indépendance, le même souci de la vérité, nous montrerons quelques défectuosités de l'organisation actuelle de la chirurgie hospitalière à Paris. A. RICARD.

MÉDECINE MILITAIRE

L'antisepsie dans les hôpitaux militaires.

Au cours des périodes d'instruction pour lesquelles sont convoqués les médecins de réserve et de l'armée territoriale, il est fait, par des médecins de l'armée active, des conférences sur l'organisation et le fonctionnement du service de santé. Mais les programmes de l'enseignement sont très chargés et les sujets les plus importants peuvent seuls être abordés, notamment ceux relatifs au service de santé en campagne. De ce fait, bien des questions et non les moins intéressantes sont nécessairement reléguées au second plan; parmi elles, il en est une qui nous paraît mériter d'attirer l'attention, nous voulons parler de la pratique de l'antisepsie dans les hôpitaux militaires.

Que si nous avions pu prendre la question de plus haut et la traiter complètement, nous aurions dû donner comme titre à cette étude : De l'antisepsie dans les établissements militaires. En effet, depuis l'avènement des doctrines antiseptiques, on s'est constamment préoccupé, dans le milieu militaire, de rendre leur application aussi complète que possible.

I

Dans les milieux où les médecins militaires sont appelés à exercer leur action, l'antisepsie n'a pu se faire jour qu'après bien des difficultés.

En effet, les hôpitaux militaires ont été pour la plupart aménagés dans d'anciens bâtiments militaires que l'on a appropriés tant bien que mal à leur nouvelle destination. Trop rares sont les hôpitaux militaires de type récent; l'un des plus nouveaux est l'hôpital militaire de Bourges (1), construit, d'après le système Tollet, avec salles de malades disposées dans 12 pavillons séparés.

Comment songer à faire de la chirurgie antiseptique dans ces vieux bâtiments, dans ces salles de malades dont les murs étaient des réceptacles pour tous les agents pathogènes et dont les parquets fissurés et mal joints permettaient l'emmagasinement des dangereuses poussières? C'était là un premier obstacle à franchir et qui l'a été avec succès. Les parquets ont été l'objet d'une surveillance rigoureuse, souvent réparés, toujours bien entretenus. Les médecins militaires peuvent faire parraffiner les parquets, les faire laver avec des solutions antiseptiques, toute latitude leur est laissée sur ce point. Les services de médecine ont été l'objet de la même sollicitude. Les murs de la plupart des salles de malades sont aujourd'hui peints à l'huile et vernissés, les angles sont arrondis et les nettoyages antiseptiques rendus d'autant plus faciles. Dans beaucoup d'hôpitaux militaires les pansements ne sont plus faits dans les salles de malades, mais bien dans les salles d'opérations spécialement aménagées à cet effet. En ce qui concerne les services de médecine l'antisepsie, quoique d'importance moindre, est aussi pratiquée; les crachoirs sont l'objet d'une surveillance minutieuse, conformément aux prescriptions de la notice n° 7 : « On recommandera aux malades de ne cracher ni sur des mouchoirs, ni sur des serviettes, ni surtout sur le sol, mais seulement dans un crachoir contenant à l'avance une petite quantité d'eau phéniquée, et le contenu ne sera, si faire se peut, versé dans les latrines, qu'après avoir été soumis à l'ébullition. » Les baquets de propreté en métal et les urinoirs doivent aussi, d'après la même notice, subir des nettoyages répétés et des lavages antiseptiques (1). La désinfection des salles et notamment de celles où sont traités les malades contagieux est faite d'une façon complète chaque fois que la chose est jugée utile, au moyen de l'appareil à désinfection par pulvérisation (système Geneste et Herscher, modèle 1891). Le linge sale est déposé dans des récipients en tôle galvanisée et au besoin trempé dans une solution antiseptique concentrée avant d'être envoyé au blanchissage. Enfin, le linge à pansements, le matériel de literie et les vêtements sont, dès que la chose est prescrite par les médecins traitants, soumis à la désinfection dans l'étuve fixe de Geneste et Herscher dont les grands hôpitaux sont pourvus. Les effets qui doivent être transportés des divisions de malades ou blessés à l'étuve à désinfection sont disposés dans une caisse cylindrique en tôle galvanisée et avec couvercle fermant hermétiquement. Les effets contenant du cuir tels que les képis, les pantalons basanés qui ne peuvent supporter le séjour à l'étuve, subissent le lavage à l'aide d'une solution phéniquée forte et un brossage énergique. Enfin, les hôpitaux régionaux ont en dépôt une étuve locomobile destinée à être envoyée, en cas d'épidémie, dans les établissements militaires de la région.

II

Nous venons de passer en revue, dans leurs grandes lignes, les mesures générales d'antisepsie qui sont en vigueur : il nous reste à parler de l'antisepsie spéciale. Un des problèmes les plus difficiles à résoudre, a été la transformation du matériel chirurgical, conformément aux données de la science actuelle. Chacun sait que le service de santé de l'armée doit avoir en réserve d'énormes quantités de matériel, en vue de la mobilisation; cela explique pourquoi les hôpitaux militaires sont pourvus aujourd'hui d'un matériel imparfaitement adapté aux exigences des doctrines nouvelles. Les bistouris restent, le matériel de pansement au contraire s'use vite; voilà pour quelle raison les médecins militaires ont aujourd'hui encore et pour longtemps un arsenal chirurgical défectueux, tandis que le matériel de pansement est hors de pair.

De ce côté encore, les chirurgiens d'armée ont dû s'ingénier à tourner la difficulté. Avec des instruments munis de

(1) Voir la monographie du docteur Ch. Sarazin sur « Le nouvel hôpital militaire de Bourges », *Rev. d'hyg.*, n° 4, 15 avril 1879.

(1) *Règlement sur le service de santé à l'intérieur*, p. 267.

manches en bois, il est impossible sans doute d'obtenir une aseptisation absolue; mais M. Forgue, dans un récent mémémoire (1), n'a-t-il pas indiqué que l'on peut arriver à une aseptisation relative : « Quand on est obligé de faire usage de ces instruments, il faut entretenir les manches et lames en minutieux état de propreté, et au moment de les employer, recouvrir les manches avec une gaze aseptique, après avoir essuyé soigneusement les lames avec une compresse aseptique mouillée d'une solution phéniquée forte. » Dans beaucoup de cas, les médecins militaires en seraient donc réduits à reculer devant certaines interventions, faute d'une asepsie impossible à obtenir. Mais à tout mal il y a un remède; les règlements sur le service de santé autorisent les médecins chefs des hôpitaux à demander des instruments isolés, en dehors des boîtes constituées, et ces instruments sont fabriqués d'après les derniers modèles. Aussi, à côté d'un arsenal chirurgical de modèle ancien, un médecin-chef a-t-il toujours la faculté de se munir des instruments nouveaux à manches en métal, en nombre suffisant pour parer aux nécessités d'une intervention urgente, nécessitant l'asepsie la plus complète. Les hôpitaux peuvent aussi être pourvus des instruments nécessaires à la stérilisation du matériel instrumental; il leur est envoyé, sur demande, les appareils tels que autoclaves, bouilleurs pour stériliser les instruments, dévidoirs stérilisateurs pour aseptiser les fils de soie par immersion prolongée dans l'eau bouillante. Il existe même des seaux en tôle émaillée spécialement destinés à recevoir les liquides antiseptiques souillés, et le nettoyage de ces récipients est à la fois sûr et des plus simples, etc.

L'arsenal chirurgical, nouveau modèle, est établi conformément aux conditions de l'asepsie et de l'antisepsie telles qu'on les voit remplies chaque jour dans les meilleurs services de chirurgie de Paris. Les trousses des infirmiers panseurs ont même été l'objet d'études spéciales de la part des commissions médicales compétentes. Les enveloppes autrefois faites en cuir avaient été remplacées par des étuis en métal. On a reconnu à ceux-ci plusieurs inconvénients, et on vient de leur substituer définitivement des enveloppes en toile forte à fermoir en nickel, susceptibles d'être fréquemment lavées et stérilisées.

Nous avons dit plus haut que le matériel de pansement ne laissait en rien à désirer. En effet, sauf des quantités considérables de charpie qui restent encore dans les magasins du service de santé, et qui d'ailleurs sont parfaitement utilisables après stérilisation à l'étuve, tous les objets de pansement sont fabriqués d'après les derniers types et, sous cette forme, distribués aux hôpitaux et aux corps de troupe. La gaze est livrée, apprêtée ou non apprêtée, en paquets de 10 mètres de longueur et de 70 centimètres de large. L'ouate hydrophile est divisée en paquets de 250 grammes, l'ouate ordinaire pour rembourrage et le coton cardé supérieur pour pansements en paquets de 500 grammes enveloppés dans du papier imperméable. Les bandes en gaze sont livrées par paquets de 10 bandes de longueur et de largeur variables (2); les bandes en coton tissu fin sont bichlorurées. Les bandes destinées aux approvisionnements de campagne sont fournies comprimées, de façon à ce qu'elles soient aussi peu encombrantes que possible.

(1) Voir l'étude analytique et critique de ce travail, *Gaz. des hôpit.*, 1894, nº 72, p. 673.

(2) 10 mètres sur 0,20, 8 mètres sur 0,15, 5 mètres sur 0,10, 5 mètres sur 0,07.

Les tubes à drainage, les catgut, crins de Florence et la soie phéniquée sont de bonne qualité et existent en abondance dans les approvisionnements. Nous ne dirons rien des substances antiseptiques elles-mêmes; mais une mention spéciale doit être faite du papier au sublimé corrosif qui est réservé au service en campagne et dont chaque feuillet contient 1 gramme parfaitement soluble de ce produit.

III

Si nous avons étudié en détail la pratique de l'antisepsie chirurgicale, il nous faut aussi consacrer quelques lignes à l'antisepsie médicale. Depuis quelques années, grâce aux nombreux travaux de maîtres éminents et notamment de M. le professeur Bouchard, la médication antiseptique est venue prendre une large place dans la thérapeutique des maladies internes. Aujourd'hui les médicaments tels que le naphtol, le salol, le salicylate de bismuth, l'iodoforme, etc., sont d'un usage courant. Il ne faut donc pas s'étonner si ces produits ont été adoptés dans le milieu militaire comme dans le milieu civil, et s'ils occupent une place officielle dans les approvisionnements pharmaceutiques.

En rédigeant cette courte étude sur l'antisepsie dans les hôpitaux militaires, nous avons voulu, tout d'abord, bien rappeler à nos confrères ce qu'ils savaient déjà, à savoir que les doctrines modernes jouissent de la même faveur dans le milieu militaire que dans le milieu civil; mais nous avons aussi, et à dessein, insisté sur les difficultés que les médecins militaires éprouvent chaque jour pour arriver à pratiquer une antisepsie efficace. Ces difficultés sont la conséquence de plusieurs causes : 1º la mauvaise distribution des locaux dans certains établissements qui servent d'hôpitaux militaires, dont plusieurs n'avaient pas, à l'origine, été destinés à cet usage et n'ont pu subir une adaptation complète en raison des dépenses excessives qui auraient été nécessitées (1); 2º l'obligation où se trouve le service de santé de posséder, en vue de la guerre, de nombreux approvisionnements de matériel, lesquels ne sont remplacés qu'au fur et à mesure des besoins et ne peuvent être renouvelés en totalité qu'après un laps de temps assez long.

TRAITEMENT

DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME PAR INTRODUCTION ÉLECTROLYTIQUE DU LITHIUM

Par M. Labatut,
Chargé du cours de chimie à l'École de médecine de Grenoble,
et MM. les docteurs Jourdanet et Porte.

I

Depuis les remarquables travaux de Davy sur les décompositions électrolytiques et l'apparition des éléments séparés d'une dissolution saline aux électrodes, travaux qui datent du commencement de ce siècle et eurent un grand retentissement, la médecine n'a cessé de chercher à utiliser ces propriétés du courant électrique, soit pour l'extraction du corps de substances métalliques, soit au contraire pour l'introduction dans les tissus de matières médicamenteuses.

(1) C'est pour ces motifs que l'État a projeté la mise en vente de l'hôpital militaire du Gros-Caillou et, ultérieurement, de l'hôpital Saint-Martin, dans le but de construire, avec le produit de ces ventes, un grand hôpital suburbain édifié et aménagé d'après toutes les règles de la science actuelle.

Mais jusqu'à présent ces questions sont restées obscures, soit parce qu'on a basé des conclusions seulement sur des effets thérapeutiques, sans fournir aucune preuve physiologique et chimique bien nette de cette pénétration ou de cette sortie de matériaux sous l'action du courant, soit parce que les théories physico-chimiques de l'électrolyse, fort imparfaites jusqu'à ces dernières années, ne permettaient pas de donner la solution de ces questions.

C'est ainsi que les expériences et les résultats annoncés par Vergnès et Poey sur l'extraction des substances métalliques contenues dans les tissus vivants, et par Fabré-Palaprat sur l'introduction de l'iode sont restées sans portée, les faits n'ayant pu être reproduits devant les hommes compétents. Larat va plus loin, et prétend que la théorie de l'introduction des médicaments par électrolyse est reconnue fausse. Nous verrons plus loin ce que vaut cette opinion.

Cette introduction a séduit de nombreux expérimentateurs, espérant avoir par ce moyen non seulement la possibilité de suppléer à un estomac rebelle, mais aussi de porter directement le médicament sur la partie malade sans subir les pertes dues à la non absorption et à l'élimination intestinales. Munk tua des lapins en imbibant l'anode d'une solution de strychnine. Richardson introduisit de la morphine; Wagner, Corning de la cocaïne. Attribuant le fait à la cataphorèse, Harries pratiqua des anesthésies en introduisant par un courant de 20 milliampères de la cocaïne placée au pôle positif. Plus récemment, Aubert (de Lyon) a reconnu que le courant favorisait l'absorption de la pilocarpine, de l'atropine.

Les essais thérapeutiques ont porté aussi sur les manifestations de la diathèse arthritique sous toutes ses formes, goutte, rhumatisme aigu, chronique, noueux, rhumatisme goutteux. En 1891, Edison, poursuivant l'idée de la dissolution des tophus et de l'élimination de l'acide urique par l'introduction de substances avec lesquelles il puisse se combiner pour former un corps soluble, et se basant sur les propriétés du lithium, indiqua un mode de traitement des accidents goutteux au moyen de la décomposition par le courant d'un sel de ce métal, et de son entraînement dans les tissus. Mais il ne prouva pas son absorption, et on prétendit que les effets obtenus par ce mode de traitement n'étaient dus qu'à l'action propre du courant continu, vu qu'il était impossible de retrouver la lithine dans les urines des malades (Gautier). Cependant des résultats cliniques furent obtenus, et F. Peterson étendit avec succès la méthode au rhumatisme chronique.

Cette application de l'électricité à la thérapeutique du rhumatisme est beaucoup plus ancienne. Froriep dès 1843, et, plus tard, Abramovski, Weisflog, Beetz, Danion ont appliqué plus spécialement le courant faradique au traitement du rhumatisme chronique. Remak, au contraire, a reconnu une grande efficacité au courant continu. De même Chéron, Onimus ont employé presque exclusivement la galvanisation et ont publié des observations remarquables, avec disparition des douleurs, des atrophies musculaires, des encroûtements calcaires, et action réparatrice sur la nutrition et l'économie tout entière.

Mais, on le voit, ici l'idée théorique fait défaut. On emploie tantôt l'électricité statique, tantôt les courants faradiques, tantôt les courants continus. Chacun se sert systématiquement de telle ou telle modalité électrique à l'exclusion de toute autre, souvent avec succès, mais sans qu'on puisse tirer des résultats obtenus des indications bien précises sur la manière la plus favorable de traiter les différents types cliniques du rhumatisme. Larat recommande bien la faradisation contre l'élément douleur, le courant continu en raison de son action catalytique dans le cas d'épanchements, et la franklinisation dans les déformations articulaires, mais il se hâte d'ajouter que c'est ici que l'éclectisme le plus large est de rigueur. Quant à l'interprétation des résultats, nulle part, il n'est question de l'action électrolytique du courant, même dans un mémoire assez récent et très complet de Massy sur l'électrothérapie spéciale du rhumatisme chronique.

Ainsi donc dans le traitement de la goutte par le courant continu, l'action électrolytique n'est pas admise, dans le rhumatisme elle n'est même pas aperçue.

Pour faire la lumière dans ces questions, il fallait prouver l'entraînement de la matière, sous l'action du courant, dans les tissus. C'est ce que fit l'un de nous dans une série d'expériences relatées tout au long dans le « Dauphiné médical » (mai et juin 1893). Et, pour cela, il choisit le lithium, substance qui présente le double avantage de ne pas exister dans le corps, et de pouvoir être révélé par l'analyse spectrale avec une sûreté complète. De ces expériences, qu'il serait trop long de reproduire ici, il résulte d'une façon certaine que le lithium est transporté à travers la peau par le courant, que la pénétration et la saturation d'une région donnée n'est qu'une question de temps, et que la quantité absorbée ne peut nullement être attribuée à la dialyse.

Pour bien comprendre la façon dont le corps se laisse pénétrer par les produits de la décomposition du courant, par les ions, et comment ces produits agissent au point de vue thérapeutique, il faut se faire une idée nette du mode de conductibilité des tissus, et de l'action polaire des courants continus.

Le corps n'est pas un conducteur métallique mais un conducteur électrolytique, c'est-à-dire décomposable. La preuve de cette décomposition est la destruction potentielle des tissus sous l'action du courant par production d'acide à l'entrée, et de base à la sortie. Il se comporte et peut être considéré comme une solution saline. Si on plonge deux doigts d'une main dans deux verres juxtaposés et contenant une solution saline, et si, d'autre part, on fait arriver le courant à un verre pour le faire sortir par l'autre, les deux doigts ne serviront pas d'électrode, mais feront partie intégrante du bain, et les choses se passeront comme s'il n'y avait qu'un seul vase. Dans une expérience célèbre, Davy disposait à la suite les unes des autres trois capsules contenant : la première, de la potasse; la deuxième, de l'eau; et la troisième, du sulfate de soude. Il les réunissait par deux mèches d'amiante ou de coton mouillées, et les faisait traverser par un courant allant de la potasse au sulfate. Au bout d'un certain temps, le potassium apparaissait à l'électrode négative et l'acide sulfurique se manifestait à l'électrode positive. Si nous remplaçons dans cette expérience les mèches d'amiante par le corps humain, c'est-à-dire si nous plongeons une main dans chaque capsule extrême, les choses se passeront de la même façon, avec cette différence toutefois que les ions tendront à se rendre à leurs pôles respectifs, mais pour y arriver il faudrait qu'ils ne subissent pas en route d'action secondaire, et qu'ils aient le temps de saturer l'organisme.

A première vue, il paraît difficile de concevoir comment un électrolyte tel que le corps, peut, en plongeant dans une solution dont les éléments diffèrent des siens (solution de lithium par exemple, alors qu'il n'y a pas de lithium dans le

corps), peut néanmoins transporter ces éléments. Mais les théories de Grotthuss, qui permettent de bien se rendre compte des décompositions qui se passent sous l'action du courant dans une solution saline, s'appliquent aussi au cas de plusieurs dissolutions successives. Et si on fait passer un courant dans deux dissolutions, l'une de sulfate de potasse, l'autre d'azotate de soude, séparées par une cloison poreuse, on trouvera au bout d'un certain temps au pôle positif de l'acide sulfurique et de l'acide azotique, et au pôle négatif de la potasse et de la soude.

L'hypothèse de Grotthuss dont nous venons de parler et qui explique comment les éléments de la décomposition des électrolytes n'apparaissent jamais que sur les électrodes nous fait également bien comprendre l'action polaire du courant continu, action qui n'a pas été aperçue en thérapeutique. Le courant ne peut avoir d'effet curatif qu'aux pôles puisque ce n'est que là que sont mis en liberté les éléments qu'on veut introduire. Sur tout le reste du parcours du courant, il y a un simple échange moléculaire, une simple décomposition des éléments salins du corps, suivie de leur reconstitution immédiate. On peut représenter matériellement cette conception, en supposant que l'électrolyte soit de l'eau, par deux bandes de papier portant l'une des symboles O, l'autre des symboles H; en tirant les deux bandes en sens contraire on fera apparaître simultanément des symboles O d'un côté, des symboles H de l'autre, mais dans l'espace intermédiaire H et O seront toujours réunis à l'état d'eau.

Cliniquement cette action polaire est manifeste. Jamais, en effet, en faisant passer le courant d'un pied à l'autre pour traiter une articulation tibio-tarsienne, nous n'avons vu une articulation située sur le trajet, le genou par exemple, subir l'action du traitement.

Ainsi donc, dans le traitement électrolytique de la goutte, par suite des données pathogéniques certaines qu'on a sur cette maladie, tout est théorique, tout est clair. Le lithium pénètre les tissus situés au pôle positif, forme avec l'acide urique des urates solubles éliminés à cet état ou en subissant une nouvelle oxydation qui les transforme en urée.

Mais dans les cas de rhumatisme traités par le courant continu, doit-on attribuer les résultats et les succès obtenus, comme on l'a toujours fait jusqu'ici, à l'action propre du courant? Devons-nous les expliquer par l'augmentation, due au courant, de l'activité circulatoire et des actes sécrétoires? Nous ne voulons pas nier cette action physiologique du courant continu sur les vaso-moteurs, ni en contester les bons effets généraux sur l'organisme, mais il nous paraît difficile d'admettre, que la disparition des douleurs et des empâtements péri-articulaires soit due à cette propriété du courant. Et cela surtout quand le courant ne traverse qu'une très faible partie du corps, quand en traitant, par exemple, l'articulation du poignet on fait sortir le courant par un artifice quelconque au milieu de l'avant-bras. Il y a bien encore ce que l'on a appelé l'action catalytique ou résolutive du courant, qui se manifesterait surtout au pôle négatif. Mais c'est là un mot qui n'explique rien du tout, et ressemble fort à l'action purgative des purgatifs. Pour nous cette action propre, cette action catalytique du courant est une action électrolytique, et elle est la principale, la seule qui agisse sur les gonflements, empâtements et raideurs articulaires. Nous n'avons jamais vu, en effet, se produire d'action thérapeutique qu'au pôle d'entrée des substances médicamenteuses, action qui, dans le cas particulier de nos observations, se montre au pôle d'entrée du lithium, au pôle positif. Nous verrons plus loin que le pôle d'entrée peut être le pôle négatif (introduction des éléments électropositifs). Les effets se manifestent alors au pôle négatif. N'est-on pas obligé devant cette localisation au gré de l'expérimentateur d'admettre que c'est l'action électrolytique seule qui est en jeu? Il est d'ailleurs impossible de faire passer un courant dans le corps sans produire les phénomènes de l'électrolyse, car il est admis par tous les physiciens qu'un conducteur électrolytique ne peut devenir le siège d'un courant sans qu'il y ait électrolyse. L'eau elle-même, si elle était absolument pure, ne conduirait pas le courant (Arrhénius, Joubert). Or, pour faire passer le courant dans le corps nous mettons toujours aux électrodes une solution plus ou moins saline, donc nous introduisons toujours quelque chose. Comme c'est d'une solution de sel marin qu'on imbibe ordinairement les électrodes, c'est du sodium qui est transporté. Ce sodium chez les goutteux forme avec l'acide urique des urates de soude, beaucoup moins solubles que ceux de lithine, mais beaucoup plus que l'acide urique. L'acide urique exige, en effet, pour se dissoudre 19000 fois son poids d'eau froide, l'urate de soude 1200 fois et l'urate de lithine 116 fois à 39 degrés (Yvon). Chez les rhumatisants, les choses se passent-elles de la même façon? les théories pathogéniques du rhumatisme sont encore trop obscures et trop controversées pour permettre de se prononcer. Notons cependant que la théorie acide du rhumatisme, et celle par ralentissement de la nutrition se concilieraient bien avec les résultats cliniques obtenus.

Ces résultats thérapeutiques ont été mis sur le compte de la cataphorèse, phénomène physique en vertu duquel les éléments d'une dissolution saline seraient entraînés dans le sens du courant sans décompositions. Mais nous avons vu que, d'après les théories modernes de l'électrolyse basées sur les travaux de Bouty, Hittorf, Kohlrausch, Ostwald, Arrhénius, la conductibilité électrique du dissolvant (eau) est négligeable, et appartient seulement à la décomposition des molécules dissoutes, et que, d'autre part, cette décomposition est forcée par le passage du courant. La cataphorèse ainsi définie n'existe donc pas. Et, en effet, en plaçant une solution de chlorure de potassium à l'électrode positive on n'introduit pas la molécule KCl, ce qui devrait avoir lieu par cataphorèse, mais du potassium seulement. Si on voulait introduire le chlore, il faudrait placer la solution au pôle négatif. L'un de nous s'est proposé de résoudre cette question de l'existence de la cataphorèse, expérimentalement, par l'analyse chimique. Pour cela, il a eu recours à l'électrolyse de l'arséniate de soude, dont l'arsenic, qui n'existe pas dans le corps à l'état normal, peut être dosé avec beaucoup de précision. A la suite de nombreuses et minutieuses expériences (1), il a pu conclure que :

1° Le contact d'un bain d'arséniate de soude, sans courant, amène une fixation sur la peau d'une faible quantité d'arsenic, ainsi qu'une pénétration diadermique par simple dialyse.

2° La cataphorèse (introduction en descendant le courant) ne fait pas pénétrer d'arsenic, car l'effet obtenu par ce mode de transport est identique à celui que l'on obtient par simple contact du bain.

3° L'introduction électrolytique par l'ion remontant le courant, a donné, pour l'intensité adoptée, des quantités

(1) *Dauphiné méd.*, avril 1891.

d'arsenic dix fois supérieures à celles qui s'introduisent par simple contact.

Sous l'influence du courant, les substances dissoutes se scindent en deux parties dont l'une (ion électro-positif, cathion) descend le courant, et l'autre (ion électro-négatif, anion) le remonte. Ainsi, par exemple, le lithium par électrolyse de son chlorure descend le courant, et l'arsenic par électrolyse de l'arséniate de soude remonte le courant. On pourrait, à la rigueur, conserver le mot cataphorèse, mais en abandonnant son ancienne définition et en l'appliquant seulement au transport des cathions. On aurait alors, par analogie le mot anaphorèse, et on dirait qu'on introduit le lithium par cataphorèse, et l'arsenic par anaphorèse. On comprend maintenant pourquoi, en plaçant de l'iodure de potassium au pôle positif, comme le faisait Fabré-Palaprat, on ne peut pas introduire l'iode.

Nous n'avons trouvé aucune exception à cette décomposition, et ce transport des ions. Mais parfois on peut être induit en erreur par la façon dont se dédoublent certaines solutions. Suivant qu'on est en présence d'un sel simple, ou d'un sel double, ou d'un mélange de plusieurs sels, on aura des ions plus ou moins complexes que l'expérimentation et des analyses chimiques seulement peuvent faire connaître. Ainsi si on électrolyse du chlorure d'or, l'or va au pôle négatif, et le chlore au positif; si on prend du chlorure double d'or et de potassium, le potassium seul est l'ion électro-positif et le reste est l'ion électro-négatif; si on a un mélange de deux chlorures qui ne forment pas un sel double, les deux métaux se transporteront au pôle négatif, mais dans des proportions qui dépendront de la quantité de chaque sel dans le mélange.

D'où il résulte ce fait important qu'avant de chercher à introduire des éléments par électrolyse, il faudra connaître le sens du courant qui détermine l'introduction.

En 1885, Lauret avait entrevu ce transport des ions dans l'organisme, mais cet expérimentateur s'était mis dans des conditions absolument défectueuses en se servant d'électrodes solubles, et est arrivé à ces conclusions erronées que le nombre des substances qu'on peut introduire par électrolyse est très restreint, et que les petites quantités qui passent sont insuffisantes pour avoir une valeur curative. Cependant nous avons vu qu'on a cité des cas d'absorption d'alcaloïdes suivie d'effets. Dans le cas de l'électrolyse du lithium, malgré la petite quantité introduite, les effets sont néanmoins supérieurs à ceux de l'ingestion stomacale. En effet, comparons, si on administre 50 centigrammes de carbonate de lithine et qu'on suppose la dose complètement absorbée (fait peu probable), nous aurons distribué dans l'organisme 5 centigrammes environ de lithium qui sont introduits d'abord dans le torrent circulatoire et seront dans les conditions les plus favorables d'élimination par les urines avant l'action sur les issus. Tandis que le médicament introduit tout d'abord dans les cellules par électrolyse interstitielle ne passe qu'ultérieurement dans le sang (on ne trouve le lithium dans les urines que vingt-quatre heures après le début du traitement). Il se trouve donc dans les conditions les plus favorables pour agir sur l'acide urique fixé dans les tissus et le dissoudre avant sa propre élimination.

Si, d'autre part, on traite une main pendant une heure par un courant de 20 milliampères, on introduit (loi de Faraday) 5 milligrammes de lithium, soit 10 fois moins que par la bouche, mais comme cette quantité est distribuée dans un poids de tissus qui est environ le centième du poids du corps, la dose locale est décuple.

De plus, un équivalent de lithium déplace un équivalent d'acide urique, c'est-à-dire 7 milligrammes de lithium déplacent 168 milligrammes d'acide urique. Or, on peut très facilement introduire 15 milligrammes qui solubiliseront 350 milligrammes d'acide urique, c'est-à-dire à peu près la quantité qu'un sujet sain élimine en vingt-quatre heures. Il ne nous paraît pas que ces quantités soient négligeables, surtout relativement à ce que peut faire l'ingestion stomacale. Comme preuve clinique à l'appui, nous pouvons citer le cas d'un malade chez qui nous introduisions, en même temps que du lithium, de l'acide salicylique en mettant du salicylate de soude au pôle négatif. Au bout de quelques jours, le malade fut pris de violents maux de tête, vertiges et bourdonnements d'oreilles. Il nous dit alors qu'il avait eu pareils phénomènes à la suite d'ingestion de salicylate de soude dans un accès antérieur. L'anaphorèse de l'acide salicylique fut suspendue, et les troubles disparurent.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

L'inflammation (1), par Maurice Letulle.

Il est souvent prudent de n'accepter qu'avec réserve les louanges plus ou moins méritées que chaque auteur croit convenable de se décerner, dans un avant-propos destiné au lecteur. Ce n'est point ici le cas et M. Letulle a fait preuve d'une excessive modestie en présentant son travail comme le résultat de travaux nécessités par la préparation du cours d'anatomie pathologique, que ses fonctions d'agrégé l'ont appelé à faire depuis cinq ans à la Faculté de médecine.

En réalité, sous le titre d'« Études anatomo-pathologiques », M. Letulle nous livre un traité didactique sur l'inflammation, œuvre magistrale qui honore non seulement son auteur, mais la Faculté à laquelle il appartient.

L'inflammation domine toute l'histoire de la médecine et ce n'est point œuvre simple que de la décrire. La définition seule permet d'en juger. « Toute injure mécanique infectieuse ou toxique, produisant dans l'intimité des tissus une série de lésions dégénératives et réactionnelles, doit être considérée comme cause inflammatoire : l'ensemble des désordres anatomiques, ainsi créés, constitue l'inflammation. » On le voit, le champ est vaste à parcourir.

L'ouvrage de M. Letulle est formé de quatre parties. La première, consacrée à l'étude du tissu conjonctivo-vasculaire dans l'inflammation, comprend quatre chapitres destinés à des considérations générales sur la doctrine de Cohnheim, la phagocytose, le rôle physiologique et pathologique des globules blancs, le rôle des endothéliums et des vaisseaux capillaires; enfin l'étude du pus et de la suppuration. Cette première partie se termine par la description des exsudats inflammatoires et des épanchements.

Nous arrivons ainsi à la moitié du volume; la deuxième partie traite de l'inflammation des épithéliums.

La troisième est consacrée à l'anatomie pathologique générale des processus inflammatoires : lésions des éléments, scléroses, inflammations chroniques, dégénérescences.

La dernière partie, très courte, traite de la technique histo-pathologique.

Le livre se termine par douze planches d'une remarquable exécution.

Nous serions mal venus de dire que ce traité a été édité

(1) In-8°. Prix : 20 francs. — Paris, G. Masson.

avec le plus grand soin, au point qu'il constitue un véritable ouvrage de luxe; car ses qualités extérieures, pour agréables qu'elles soient, sont bien peu comparativement à la valeur scientifique de l'ouvrage lui-même.

Traité des maladies de la bouche (1), par le docteur MAUREL.

Le livre de M. Maurel est, en réalité, un traité des stomatites, c'est-à-dire des inflammations diverses de la cavité buccale : gingivites, glandes, stomatites proprement dites, depuis leurs formes les plus simples jusqu'aux formes phlegmoneuses, ulcéreuses ou gangreneuses des plus graves.

L'auteur a eu le mérite de mettre en évidence les circonstances de la contagion et le mécanisme de l'infection. Son ouvrage se termine par un précis d'hygiène de la cavité buccale.

Le langage, la parole et les aphasies (2), par M. FERRAND, médecin de l'Hôtel-Dieu.

Sous ce titre, M. Ferrand a écrit, non sans une note personnelle fort appréciable, un très bon résumé de l'état actuel de la question des aphasies. Son exposé est aussi clair que le comporte cet ordre de sujet, qui amène forcément sous la plume de l'écrivain des formules abstraites.

On sait que l'établissement de schémas représentant les centres de réceptivité et d'émission avec les voies qui les unissent aux appareils sensoriels, sensitifs et moteurs, et aux centres intellectuels, ont beaucoup servi à l'étude, à la compréhension, et à l'analyse des différentes modalités du langage et des aphasies qui leur correspondent. M. Ferrand a adjoint à son volume et fait monter sur onglet un schéma qui est à la fois très simple et très complet. Ce n'est pas la moindre originalité de ce travail.

On y trouve l'indication de deux centres correspondant à la mimique, l'un sensitif et l'autre moteur; de même qu'il y a un centre de la cécité verbale et de l'agraphie, un centre de la surdité verbale et un centre de l'aphasie motrice, il y aurait deux centres de la mimique.

M. Ferrand ne doute pas qu'on ne trouve quelque jour une localisation à l'*amimie*. Il reconnaît lui-même que sa découverte sera difficile. C'est sur le chien qu'il faudrait chercher ce centre, puisque pour l'animal la mimique est à peu près le seul mode de langage qui soit compris.

M. Ferrand a craint sans doute qu'on ne fasse de la conception actuelle du langage, basée sur l'étude des centres aphasiques, un argument dans le sens matérialiste, et il déclare, dans la conclusion du volume, que « dans l'exercice de la parole intelligente il y a quelque chose qui domine les aptitudes organiques les plus relevées et ne saurait être confondu avec elles ».

Il y a le phénomène mystérieux et incompréhensible de la perception et de la conscience, de la mémoire consciente et de la réflexion : ici se termine le domaine de la science pour commencer celui de la philosophie. Nous exprimons ainsi la même idée en d'autres termes.

Recherches anatomiques sur la veine porte (3), par A. MARIAU.

Ce travail résume des recherches poursuivies au laboratoire d'anatomie de la Faculté de Lyon. Malgré quelques points qui restent encore en suspens et quelques conclusions qui ne sont pas définitives, la plupart des opinions émises peuvent être considérées comme acquises. Elles sont basées sur l'étude de 70 sujets de tous les âges.

Le présent mémoire se divise en quatre parties :

Le premier chapitre est consacré à la description des nouveaux procédés d'injection vasculaire.

Dans le deuxième, sont successivement étudiés : la veine porte en général, les vaisseaux de l'intestin, ceux du cæcum et de l'appendice, les radicules péritonéales de l'arbre porte et ses variétés anatomiques.

Le troisième traite des veines portes accessoires et enfin le quatrième étudie les anastomoses de la veine porte avec le système veineux général.

Le mémoire de M. Mariau est un des travaux les plus consciencieux que nous possédions sur l'anatomie de la veine porte.

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et Cie.
(3) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, O. Doin.

Formulaire pratique de l'hypodermie (1), par MM. CANCALON et MAURANGE.

Dans un élégant volume de très petit format, facile à mettre dans la poche, presque dans la poche du gilet, les auteurs ont réuni les principales formules des injections hypodermiques. Les médicaments y sont rangés par ordre alphabétique. Ce formulaire est précédé d'un court exposé de la technique et d'un index des maladies et des indications hypodermiques qui leur correspondent.

Régénération des os et les résections sous-périostées (1), par le docteur OLLIER.

Cet aide-mémoire a pour but d'exposer, le plus brièvement possible, les fondements physiologiques, la technique et les résultats de la méthode que M. Ollier a déduite, il y a plus de trente ans déjà, de ses expériences sur les animaux. C'est un abrégé très sommaire de son *Traité des résections*. Malgré son désir d'être bref, M. Ollier a dû consacrer deux petits volumes à l'exposé de son sujet. Le premier, le seul que nous ayons reçu, traite des questions générales et fondamentales.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Le régime alimentaire dans le traitement des dyspepsies, par le docteur Albert MATHIEU, médecin des hôpitaux. 1 volume in-8° carré, reliure d'amateur peau pleine, tête dorée. — Prix : 8 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Le massage, manuel théorique et pratique, par le docteur Georges BERNE, ancien interne des hôpitaux de Paris, aide d'anatomie de la Faculté. 1 vol. reliure amateur, peau pleine et tête dorée. — Prix : 5 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Le micrographe préparateur, journal mensuel de micrographie générale et de technique micrographique, publié sous la direction de M. J. TEMPÈRE, avec la collaboration d'un groupe de spécialistes. (Vol. II, n° 11, novembre 1894.) — Prix de l'abonnement : pour la France, 12 francs; pour l'étranger, 15 francs. — Prix du numéro : 1 fr. 25. — Paris, J. Tempère, 168, rue Saint-Antoine.

(1) Un vol. rel. amateur. Prix : 3 francs. — Paris, Rueff et Cie.
(2) Petit in-8° (Encycl. scient. des aide-mémoire). Prix : broché, 2 fr. 50. — Paris, Gauthier-Villars et G. Masson.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 141. — JEUDI 6 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. JEUDI 6 DÉCEMBRE 1894. — N° 141.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE........ 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Verneuil a communiqué une intéressante observation de syphilome ano-rectal, avec rétrécissement du rectum. Ce qu'il y a de plus curieux dans cette observation, c'est que la guérison a été obtenue par le traitement antisyphilitique. Au dire des syphiligraphes et de M. Fournier, en particulier, le traitement antisyphilitique le plus énergique reste absolument sans effet sur les rétrécissements du rectum, accompagnés ou non de syphilomes. Il s'agit là, en effet, de lésions scléreuses qu'aucun traitement ne saurait modifier. C'est là de la triste vérole, dit M. Fournier. Bienheureux, au contraire, sont les syphilitiques à gommes. Ici, le traitement antisyphilitique reprend tous ses droits et toute son efficacité.

M. Laborde qui pense, avec raison, que pour faire entrer la conviction dans les esprits, il faut frapper fort et frapper souvent, vient encore de communiquer un cas de rappel à la vie d'un enfant nouveau-né, à l'aide de tractions rythmées de la langue. Cette observation lui a été adressée par le docteur Guiet, de la Vienne; elle présente ceci de particulier, que tous les procédés habituellement en usage ont été employés alternativement chez cet enfant, et qu'à deux reprises ce sont les tractions rythmées de la langue qui l'ont rappelé à la vie. Malgré ces faits, qui paraissent bien probants, les accoucheurs de l'Académie restent encore sur une certaine réserve et marquent une préférence marquée pour la respiration artificielle. Quoi qu'il en soit, le sujet est sérieusement à l'étude en ce moment, et d'ici peu, la question étant à l'ordre du jour, les praticiens seront fixés sur la valeur comparative des deux procédés. Nous reconnaîtrons cependant, dès aujourd'hui, avec M. Tarnier, que l'insufflation demande une certaine habileté et une certaine habitude, tandis que les tractions rythmées de la langue sont à la portée du premier venu.

Signalons un rapport de M. Gariel, sur les soins à donner aux foudroyés, victimes d'accidents électriques.

Mardi prochain séance publique annuelle.

HOPITAL LAENNEC. — M. DELBET.

L'angiocholécystite à bacille d'Eberth. Angiocholécystite à bacille typhique sans fièvre typhoïde; lithiase latente; cholécystotomie.

Par M. L. LONGUET, interne des hôpitaux.

Dum..., vingt-huit ans, garçon de café, entre le 21 août 1894, à la salle Malgaigne, hôpital Laënnec, avec fièvre, frissons, douleurs vagues, etc.

Examiné à son entrée, cet homme présente un état typhoïde, avec stupeur, abattement, délire. Son état cérébral est tel qu'on ne peut obtenir aucune réponse précise.

La langue est fuligineuse, rôtie, le pharynx rouge, sec et luisant. Aucun vomissement. Douleurs vagues dans tout l'abdomen, sans localisation à la fosse iliaque droite. Léger météorisme. Pendant cette journée et les suivantes, aucune diarrhée, mais au contraire une constipation manifeste.

La région splénique n'est pas douloureuse.

La rate n'est pas volumineuse. Aux poumons, légers râles fins aux deux bases. Dyspnée fébrile, mais sonorité normale. Pas de toux, ni d'expectoration. Au cœur, aucune lésion d'orifice, pas de souffle; 95 pulsations. Température, 40°2. État d'hébétude et de prostration. La céphalalgie paraît très vive, le malade l'indique en portant fréquemment la main à la tête. L'intelligence est obscure. Le patient répond très mal aux demandes qu'on lui pose et ce n'est qu'en le pressant de questions, qu'on obtient avec peine quelques renseignements sans précision. État perpétuel de somnolence.

Les urines ne présentent ni sucre, ni albumine. En présence de cette prostration, on porte le diagnostic de fièvre typhoïde.

Le lendemain, même état; mais pendant l'examen, on remarque une certaine sensibilité à la pression, dans l'hypocondre droit. Le foie a d'ailleurs ses dimensions normales, mais la région de la vésicule biliaire est tout particulièrement douloureuse, sans tuméfaction. Étant donné cette douleur si nettement localisée vers la région vésiculaire, on pratique une ponction aspiratrice. Trois tentatives restent infructueuses, lorsque, enfin, une quatrième donne évacuation à une très faible quantité de liquide purulent. On pense à un abcès du foie et le malade est, dans la matinée même, transporté dans le service de chirurgie, où l'on s'apprête à pratiquer une large évacuation de cet abcès.

La cholécystotomie est faite par M. Delbet. Incision verticale de 10 centimètres, au niveau du bord externe du muscle droit. Le foie ne présente rien de particulier. Pas d'adhérence. Coloration normale. Une première ponction aspiratrice est faite en plein tissu hépatique, à la décou-

verte de l'abcès en question. Aucune trace de pus. Deuxième, puis troisième ponction, aussi infructueuses. On allait renoncer à toute recherche, lorsqu'une quatrième ponction, faite un peu plus bas, vers la vésicule, ramena cette fois quelques gouttes de pus blanchâtre. Une incision à ce niveau démontra les minimes dimensions de cet abcès. Une cinquième ponction ouvrit une nouvelle cavité, bien distincte de la précédente, avec même pus crémeux et en faible quantité. Une sixième ponction tomba cette fois sur une poche un peu plus volumineuse. Enfin l'exploration de la vésicule biliaire montra celle-ci petite, rétractée, cachée derrière le bord antérieur du foie. L'ouverture du cholécyste donna un flot de pus bien lié, très légèrement verdâtre, avec grumeaux. Les bords de l'incision vésiculaire furent amenés et suturés à la paroi. On put alors explorer la cavité de la vésicule et le doigt ramena trois calculs du volume d'une noisette environ.

Drainage à la gaze iodoformée. Sutures.

Le lendemain de l'opération, 23 août, chute de la température à la normale. État des plus satisfaisants. Le malade va très bien, et c'est alors que nous avons pu obtenir des renseignements précis qui nous permettent d'affirmer que ce malade n'a pas eu de dothiénentérie, malgré l'extrême prostration qu'il présentait à son entrée. Voici ce que l'interrogatoire nous apprit. Le début datait exactement de douze jours, c'est-à-dire dix jours avant son entrée à l'hôpital. Auparavant, aucune espèce de maladie. Le début a été subit et c'est l'après-midi que le malade ressentit tout à coup une douleur très vive dans le côté droit. Le soir même, il avait de la fièvre. Il fut pris de frissons avec claquement de dents. La nuit, délire. Le lendemain, il ne put reprendre son travail, souffrit d'une violente céphalalgie avec état vertigineux, sans vomissement. Depuis lors, il garda le lit, ressentit à plusieurs reprises quelques douleurs dans l'hypocondre droit, mais beaucoup moins vives que le premier jour. Pas de diarrhée, mais constipation. La veille de son entrée, le malade commença à perdre connaissance et c'est en pleine stupeur qu'on l'amena à l'hôpital.

Les antécédents personnels et héréditaires du malade n'offrent aucun intérêt. Notons seulement qu'il n'a jamais eu jusqu'à ce jour la moindre ébauche de colique hépatique. Il n'a jamais eu non plus la fièvre typhoïde et il ne connaît personne l'ayant eue dans son entourage. Jamais d'ictère.

Les suites opératoires furent bonnes. Dès le lendemain de l'intervention, l'écoulement de bile apparut dans le pansement et fut très abondant les semaines suivantes; bile pure, sans pus.

L'état général fut des plus satisfaisants et le malade a depuis notablement engraissé.

Les selles examinées à différentes reprises n'ont jamais été décolorées. La recherche du pigment biliaire dans l'urine fut infructueuse. Aucune trace d'ictère sur la peau, les conjonctives ou les muqueuses.

Examen bactériologique. Au cours de l'opération, j'ai pu recueillir en pipettes stérilisées : 1° du pus provenant de la sixième ponction; 2° du pus de la vésicule biliaire. L'examen lamellaire pratiqué immédiatement montra un très grand nombre de bacilles groupés par amas, doués d'une grande mobilité. Les différentes colorations décelèrent les mêmes microbes souvent réunis en diplo-bacilles. Aucune bactérie ne resta colorée par la méthode de Gram.

Les ensemencements furent faits sur bouillon, gélatine, gélose, sérum, pomme de terre et donnèrent tous, en vingt-quatre heures, d'abondantes colonies du même bacille à l'état de pureté.

Afin de différencier ce bacille, en particulier du coli commune, auquel je croyais d'abord avoir affaire, j'ai pratiqué toutes les réactions (recherche des cils, culture sur lait stérilisé, bouillon lactosé, gélose au tournesol, culture sur pomme de terre, sur plaque de gélose et sur plaque de gélatine, recherche de la réaction de l'indol, etc.).

Les inoculations de quelques gouttes de culture sur bouillon dans le tissu cellulaire du cobaye déterminèrent un petit abcès. Les inoculations dans le péritoine d'une souris blanche tuèrent l'animal le troisième jour.

En outre, toutes les réactions ont été contrôlées trois fois à quinze jours d'intervalle. Elles me permettent d'affirmer qu'il s'agit du bacille d'Éberth.

Cette observation offre un double intérêt.

1° C'est une angio-cholécystite suppurée à bacille d'Éberth. Or, il n'existe jusqu'à cette heure que 5 observations analogues avec constatation bactériologique du bacille typhique.

2° Elle est un exemple exceptionnel de localisation à l'arbre biliaire du bacille d'Éberth, sans fièvre typhoïde antérieure ou concomitante. A ce dernier point de vue, elle constitue un document de la plus haute valeur; le seul cas antérieur de Guarniéri n'ayant pas une signification décisive.

La connaissance de déterminations angio-cholécystiennes, au cours ou au déclin de la fièvre typhoïde, est de date ancienne. Il y a déjà longtemps que d'attentifs observateurs attirèrent l'esprit sur ces faits, lorsque, à l'ouverture du corps, ils trouvèrent une suppuration du cholécyste ou des canaux biliaires, sans ou le plus souvent avec calculs. Louis (1), à trois reprises, puis Andral (2), Gubler, Fauraytier (3), Leudet, Bernheim, Foot (4) firent la même constatation. Et en 1876, Hagenmuller (5), recueillant toutes les observations de cholécystites typhoïdiques parues jusqu'alors, arrivait au chiffre de 18, parmi lesquelles 8 concernant des cholécystites nettement suppurées. Depuis, les nouveaux cas de M. Legendre (6), Dopfler (7), M. Laffon (8), Schlier (9) confirmèrent les précédents résultats et l'on pourrait, sans grande peine, en signaler d'autres dans la littérature médicale. Tous ces faits démontrent clairement l'existence de suppurations biliaires au cours ou au déclin de la dothiénentérie. Il ne faut cependant leur accorder qu'une valeur relative. En effet, ils ne sont pas en mesure de prouver quelle intime relation existe entre les angiocholites et la typhoïde. A la lecture de ces observations, rien n'autorise à établir quelque rapport étroit entre la dothiénentérie et l'angio-cholécystite, pas plus qu'à nier toute parenté. Le seul lien qui permette de déclarer la nature purement typhique de ces complications biliaires est la constatation de l'élément spécifique, le bacille d'Éberth. Aussi n'est-il pas étonnant, lorsqu'on cherche à déterminer, avec de tels documents, la fréquence des angio-cholécystites typhiques, de voir les auteurs, manquant de base solide, aboutir à des résultats contradictoires. Louis, trouvant 30 suppurations biliaires sur 50 autopsies, arrive à la fréquence de 6 p. 100. Dopfler, au contraire, sur 2000 typhiques, ne relève que 5 cholécystites, soit 0,2 p. 100. Et en effet, il ne pouvait en être autrement. On a conclu à la nature dothiénentérique d'une cholécystite, lorsque celle-ci surve-

(1) Louis. *Recherches sur la gastro-entérite (fièvre typhoïde)*, Paris 1829.
(2) Andral. *Clinique médicale de la Charité*, 1839, t. II.
(3) Fauraytier. *Bull. de la Soc. anat.*, 1841.
(4) Foot. Enteric. fever abces in the wall of the gall bladder, *Irish Hospit. Gaz.*, 1874.
(5) Hagenmuller. Th. de Paris, 1876.
(6) Le Gendre. Accidents péritonitiques consécutifs à une cholécystite suppurée au début de la fièvre typhoïde, *Prog. méd.*, 1881.
(7) Dopfler. Ueber die complicationen des lethalen abdominal typhus, *Münsch. Med. Wochens.*, 1888.
(8) Laffon. Deux cas de cholécystite typhoïde, *Montpellier méd.*, 1889.
(9) Schlier. Ein Fall von phlegmœses cholecystitis nach typhus, *Deuts. Arch. f. Klin Med.*, 1891.

nait au cours ou au déclin d'une typhoïde. Or, comme le prouvent des cas récents, tels que ceux de MM. Dupré, Gilbert et Girode (IIe observation), l'infection biliaire peut ne se déclarer que longtemps après la guérison de la fièvre et pendant plusieurs mois, le bacille d'Éberth peut sommeiller à l'état latent dans les voies biliaires. On serait donc peu disposé à voir là une complication typhique si l'examen bactériologique ne déterminait la nature de ces accidents tardifs. D'autre part, les cas sont nombreux où une angiocholite a cliniquement passé inaperçue au milieu du tableau tumultueux de la maladie causale ; à l'autopsie, l'examen n'a pas porté spécialement sur les canaux excréteurs de la bile, et la lésion a passé inaperçue. Enfin, dans bien des cas, l'examen histologique n'a pas été fait, les lésions des fins canaux biliaires n'ont pas été reconnues.

La découverte du bacille d'Éberth, dans les suppurations biliaires, vient jeter une lumière toute nouvelle sur les angiocholites, en même temps qu'elle seule détermine la nature essentiellement typhique de quelques-unes d'entre elles. Les premières recherches dans cet ordre d'idées furent faites en France, et c'est en 1890, que MM. Gilbert et Girode (1) présentèrent le premier cas d'infection biliaire à bacille d'Éberth, trouvé par eux à l'autopsie d'un typhique. La même année, un cas de cholécystite avec examen bactériologique avait été observé, au cours d'une fièvre typhoïde, par M. Malvoz (2) ; celui-ci n'avait pas trouvé le bacille d'Éberth, mais un streptocoque. Il n'existait donc encore qu'une seule observation d'angio-cholécystite éberthienne ; M. Dupré (3) apporta les suivantes. L'auteur relate trois observations. L'une est une infection biliaire à bacille typhique, l'autre à bacterium coli, toutes deux survenues chez des typhiques, mais ni dans l'une ni dans l'autre, il n'y eut de lésion angiocholécystienne. Seule, l'observation IX de Dupré est absolument concluante et constitue, après le cas de MM. Gilbert et Girode, un deuxième exemple de suppuration biliaire purement typhique. Après une fièvre typhoïde grave, la malade fut prise d'accidents de lithiase, d'ictère, de fièvre, et, il y a ceci de particulier, que la fièvre typhoïde était guérie depuis déjà huit mois, lorsque les accidents éclatèrent vers la vésicule. Pendant la cholécystectomie, qu'on dut pratiquer, M. Dupré put prélever de la bile, l'ensemencer. Les cultures prouvèrent la présence du seul bacille typhique.

En 1892, Guarniéri (4) publie un cas plus singulier, que je résume brièvement parce qu'il est le seul qu'on puisse rapprocher de mon observation personnelle. Une femme de soixante ans, ayant souffert antérieurement d'accidents palustres, ressentit, en 1891, des douleurs au niveau de la vésicule. Bientôt ictère avec pigment biliaire dans les urines. La vésicule biliaire formait une tumeur grosse comme une orange, déplaçable latéralement et diminuant de volume par la pression. Pendant la vie, on trouva le bacille d'Éberth en ensemençant le sang recueilli par piqûre de la veine médiane. A l'autopsie, la vésicule fut trouvée énorme ; à 2 centimètres de son embouchure le cholédoque coudé à angle aigu, offrait une sténose en avant de laquelle toutes les voies biliaires étaient dilatées. Au niveau de la coudure, néoplasme de la tête du pancréas. Les ensemencements faits avec LE FOIE et la rate démontrèrent le bacille d'Éberth. En résumé, le bacille typhique fut constaté dans

(1) GILBERT et GIRODE. Soc. de biol., 27 sept. 1890.
(2) MALVOZ. *Ann. de la Soc. méd.-chir. de Liège*, janv. 1890.
(3) DUPRÉ. *Les infections biliaires*, Th. de Paris, 1891.
(4) GUARNIÉRI. *Riv. gen. Ital. di clin. med.*, 1892.

le foie et dans le sang, sans dothiénentérie antérieure ou concomitante. C'est le premier cas connu d'angiocholite à bacille d'Éberth sans détermination intestinale. Or, cette observation n'est pas décisive. L'auteur ne précise pas si la bile elle-même a été ensemencée. En outre, je ferai remarquer qu'il n'est nulle part question de suppuration. Il est dit que « le cholédoque, les conduits cystique et hépatique, sont dilatés et pleins de bile fluide et verdâtre, que les conduits biliaires sont dilatés, les lobules déformés et teints fortement en vert foncé ». Donc, il s'agit bien de dilatation, mais non de cholécystite vraiment suppurée. Faut-il classer l'observation de Guarniéri parmi les cholécystites SUPPURÉES à bacille typhique sans dothiénentérie? Le fait est au moins discutable.

L'an dernier vit paraître d'importants travaux. Chiari (1), à l'autopsie d'un typhique, trouva la vésicule remplie de pus et présentant sur sa paroi plusieurs plaques de nécrose de 2 centimètres d'étendue. L'examen bactériologique et microscopique de ce pus donna une culture pure de bacille typhique. Puis Gilbert et Girode (2) communiquèrent une deuxième observation personnelle. Une malade de quarante-cinq ans, atteinte de fièvre typhoïde moyennement sévère au cours de laquelle des manifestations importantes avaient attiré l'attention du côté de la vésicule, vives douleurs et tuméfaction, guérit, lorsque, cinq mois après, elle fut prise d'accidents lithiasiques. Pendant la cholécystectomie que pratiqua M. Terrier, la bile purulente fut recueillie pour les ensemencements qui démontrèrent le bacille d'Eberth en culture pure. Ainsi ce cas présente une analogie avec celui de Dupré, les accidents étant survenus dans ces deux cas, l'un cinq mois, l'autre huit mois après la typhoïde, et seul l'examen bactériologique permettait de déterminer la nature typhique de ces accidents aussi tardifs. Grâce à MM. Gilbert et Dominici (3) la question entre dans la voie expérimentale et ces auteurs parviennent à produire l'angiocholite et la cholécystite chez le lapin. Ces mêmes auteurs firent en outre connaître l'intéressante observation suivante : une femme de vingt-quatre ans, atteinte antérieurement de typhoïde avec douleurs vésiculaires vers la fin de la maladie, guérit, lorsque, plusieurs jours après, une tuméfaction chaude et douloureuse apparut au niveau du cholécyste avec fièvre ; on fit entrer la malade dans le service de M. Tuffier qui extirpa un calcul pendant une cholécystectomie. Au cours de l'opération, la bile recueillie donna à l'ensemencement du bacille d'Eberth associé au bacterium coli. La malade succomba à la suite d'une pneumonie gauche. A l'autopsie, on constata des plaques de Peyer localisées ; une cholécystite non suppurée ; perméabilité des voies biliaires. Pneumonie caséeuse gauche.

Il faut donc retenir de cette observation que la présence du bacille d'Eberth et du coli, trouvés dans les voies biliaires, ne fut suivie d'aucun processus suppuratif. Ce fait est à rapprocher des observations VII et VIII de Dupré où le bacille ne détermina non plus aucune altération histopathologique du système excréteur de la bile.

En terminant, il faut signaler la récente et excellente thèse de Dominici (4) où toutes les angiocholécystites sup-

(1) CHIARI. *Prag. Med. Wochens.*, 1893.
(2) GILBERT et GIRODE. Cholécystite purulente provoquée par le bacille d'Eberth, Soc. de biol., 1893.
(3) GILBERT et DOMINICI. Angiocholécystite typhique expérimentale Soc. de biol., 1893.
(4) DOMINICI. Th. de Paris, 2 mai 1894.

purées, typhiques et autres, sont admirablement exposées.

Telle est l'histoire bactériologique des suppurations angiocholécystiennes typhiques et, si l'on ajoute la présente observation personnelle, on peut résumer l'état actuel de la question sous la formule suivante :

1° Le parasite typhique existe quelquefois dans l'arbre biliaire, seul (cas de Dupré), ou associé au coli commune (Gilbert et Dominici) SANS LÉSIONS D'ANGIOCHOLITE. Après ascension, il sommeille dans l'arbre biliaire.

2° L'angiocholite et la cholécystite suppurées à bacille d'Eberth-Gaffky peut exister au cours ou au déclin, ou même plusieurs mois (cinq mois, huit mois) après la fièvre typhoïde, comme en témoignent les faits de Gilbert et Girode, Dupré, Chiari puis le deuxième fait de Gilbert et Girode.

3° L'angiocholécystite suppurée au cours d'une fièvre typhoïde peut être due à une infection secondaire (streptocoque, dans le cas de Malvoz).

4° L'angiocholécystite suppurée à bacille d'Eberth peut EXISTER SANS FIÈVRE TYPHOÏDE, le bacille d'Eberth concentrant sa seule action sur l'arbre biliaire (cas discutable de Guarniéri, et cas personnel). A ce sujet Dominici (1) s'exprime ainsi : « La phlegmasie typhique des voies biliaires peut-elle exister sans fièvre typhoïde? c'est-à-dire le bacille typhique est-il capable de circonscrire son action pathogène sur l'appareil biliaire, sans produire les lésions dothiénentériques qui lui sont habituelles? » Si le fait observé par Guarniéri reste obscur (la bile n'ayant pas été ensemencée, l'angiocholécystite n'étant pas suppurée), la présente observation personnelle où le bacille d'Eberth a été retiré pendant la vie d'une angiocholécystite suppurée, et dont la détermination éberthienne a été contrôlée par toutes les réactions actuellement en usage et à trois reprises, me permet de répondre par l'affirmative : j'apporte donc le premier cas absolument probant d'angiocholécystite suppurée à bacille typhique sans fièvre typhoïde.

THÉRAPEUTIQUE

De l'action différente, dans la digestion, de la pepsine et de la pancréatine et du rôle important de cette dernière.

Par le docteur GOMBAULT,
Médecin des hôpitaux de Paris,

Dans mon service à l'hôpital Beaujon, j'avais été profondément surpris du peu de succès que j'avais obtenu de l'emploi de la pepsine, dans le traitement des dyspepsies. Dans nombre de cas rebelles, les lavages de l'estomac et les poudres absorbantes étant restés également sans résultats appréciables, je fus amené, de la sorte, à reprendre les travaux et les expériences de MM. les professeurs Potain et Lépine (de Lyon) et de M. le docteur Huchard, sur la pancréatine.

De mes expériences personnelles, ce qui se dégage, à mon sens, c'est que la pepsine ne peut être employée, que dans un très petit nombre de cas.

En effet, s'il y a insuffisance de ptyaline dans la salive, les amylacés arrivent dans l'estomac sans être digérés ; mis en présence de la pepsine, celle-ci reste complètement inactive, tandis qu'avec la pancréatine qui digère vingt-cinq fois son poids d'amidon, la saccharification est complète.

Dans la digestion stomacale, la pepsine peut être active, mais il est absolument indispensable qu'elle se trouve en présence d'un suc gastrique acide. Or, je ne crois pas trop m'avancer en disant que cela ne se présente que très rarement. Si nous remplaçons la pepsine par la pancréatine, qu'arrive-t-il ? Celle-ci, prise en poudre à la dose de 50 centigrammes à 1 gramme, avant le repas, peptonise trente-cinq fois son poids d'albumine et assure ainsi la digestion rapide et complète des albuminoïdes.

Quant à l'action de la pancréatine sur les corps gras, elle n'est pas douteuse, puisque le suc pancréatique qu'elle contient, a la propriété de les émulsionner et de les dédoubler.

On comprend donc, étant donné ses remarquables qualités, qu'on ait songé à employer la pancréatine en thérapeutique.

Mais, pour qu'elle conserve son action sur les corps gras, il faut que la pancréatine traverse, sans s'altérer, le suc gastrique qu'elle rencontre dans l'estomac ; il restait donc, en conséquence, à la soustraire au principe acide de ce suc. Après de nombreuses expériences, M. Th. Defresne est parvenu à faire des pilules enrobées de trois couches d'huile siccative, additionnée de 20 p. 100 d'amidon séché, puis de sucre destiné, moins à satisfaire le goût, qu'à préserver l'enveloppe protectrice contre une oxydation prolongée. Les pilules, ainsi enrobées, permettent de faire arriver la pancréatine intacte dans l'intestin.

J'en ai acquis la preuve sur des malades qui avaient pris quatre pilules de pancréatine iodurée à la fin de leur repas et chez lesquels l'urine et la salive ne commençaient à donner la réaction de l'iode que six heures après l'ingestion des pilules.

Or, puisque je me suis proposé de démontrer, ici, les avantages qui résultent de l'emploi de la pancréatine sur celui de la pepsine, dans le traitement des affections des voies digestives, je dirai donc, pour me résumer : que la pepsine, qui n'a aucune action sur les féculents et sur les corps gras, devra, pour peptoniser les albuminoïdes, rencontrer dans l'estomac un suc gastrique acide.

La pancréatine, au contraire, contient trois ferments solubles :

L'amylopsine qui saccharifie l'amidon ;

La trypsine qui peptonise l'albumine ;

La stéapsine qui émulsionne et dédouble les corps gras.

Sa merveilleuse composition lui permet donc de remplacer à la fois, lorsqu'elles viennent à manquer : la diastase salivaire et la pepsine et, en outre, de suppléer à l'absence du suc pancréatique, en émulsionnant et dédoublant tous les corps gras.

La pancréatine agit donc sur tous les aliments par l'action simultanée des trois ferments qui la composent et assure ainsi une digestion complète.

La pancréatine se trouve indiquée, en outre, dans l'entérocolite des pays chauds. Elle est entrée en thérapeutique, à la suite des essais faits par M. le docteur Bertrand, à l'hôpital Saint-Mandrier, et des échecs qu'il avait éprouvés en essayant de faire digérer, par la pepsine, des substances qui se digèrent dans l'intestin, comme le lait. Il fait surtout de la pancréatine, non une panacée contre la diarrhée de Cochinchine, mais un auxiliaire du régime en facilitant la digestion du lait.

Dans le diabète maigre qui est causé, comme on le sait bien aujourd'hui, depuis les recherches de M. Lancereaux, Minkowski, Von Mering, MM. Lépine, Baumel, etc., par une altération des fonctions du pancréas, la pancréatine supplée au défaut de fonctionnement de l'organe.

Chez les goutteux, enfin, elle améliore heureusement la nutrition, en modifiant les produits de la digestion, et fait cesser les accès de goutte et la glycosurie, lorsqu'il y en a.

N. B. — Je me fais un devoir de rendre hommage aux remarquables propriétés de la poudre de pancréatine et des

(1) DOMINICI, Th. citée, p. 27.

pilules de pancréatine que la maison Defresne a bien voulu mettre à ma disposition pour les expériences que je viens de relater. — Dr G.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 4 novembre 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

COMMUNICATIONS

Anévrysme iliaque droit et anévrysme inguinal gauche; extirpation. — M. QUÉNU présente un homme de trente-six ans, opéré le 5 décembre 1893, pour un volumineux anévrysme de l'artère iliaque externe droite, et seize jours plus tard, le 21 décembre, pour un anévrysme inguinal gauche. Ils ont été tous deux traités par la méthode de l'extirpation. Aucun accident fâcheux n'a suivi l'une ou l'autre des interventions. L'opéré, clown au Nouveau-Cirque, a repris ses exercices depuis le 1er octobre et paraît n'en éprouver aucun inconvénient.

Le début des deux tumeurs remontait à près de deux ans. La droite avait le volume d'une tête de nouveau-né; elle occupait toute la fosse iliaque, dépassant en haut l'ombilic de quatre travers de doigt, et plongeait en dedans dans le petit bassin. La gauche, plus petite, était à cheval sur le ligament de Fallope.

Les tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE communique de nouveaux faits qu'il doit à M. le docteur Guiet (de Monts-sur-Guesnes). Voici cette observation :

« Mardi dernier, à sept heures du matin, je suis appelé à la maisonnette du garde-barrière nº 19 (ligne de Châtellerault à Loudun), pour terminer un accouchement, commencé depuis environ seize heures.

Il s'agit d'une primipare âgée de trente-neuf ans; je trouve une présentation du sommet, la tête est dans l'excavation, mais en OIDP; aussi la rotation ne se faisant pas, la lenteur considérable du travail a épuisé les forces de la mère et les douleurs s'éloignent de plus en plus.

On n'entend pas les battements du cœur fœtal; une assez grande quantité de méconium s'est écoulée; la rigidité du périnée est extrême. D'après la sage-femme, il y a douze heures que la poche des eaux s'est rompue, et, depuis au moins cinq heures, la tête du fœtus est immobilisée, comprimant le même point de la région pelvienne.

Dans ces conditions, je me hâte d'appliquer le forceps; tout en réservant, d'accord avec la sage-femme, au sujet de la vie de l'enfant, un pronostic très sombre. Nous étions dans le vrai : car mon intervention, qui eut lieu sans incident notable du côté maternel, se termina par l'extraction d'un petit cadavre.

C'est un fœtus complètement décoloré, flasque, inerte, sans le moindre battement du cordon, qui demeure exsangue après sa section; aucun cri, pas de réaction. L'enfant est en état d'asphyxie blanche. Immédiatement j'ai recours au procédé Laborde des tractions rythmées de la langue.

Au bout de cinq à six minutes, léger réflexe respiratoire, petits hoquets successifs, mince coloration de la peau, autant de signes presque imperceptibles, mais dont la certitude m'encourage. Je continue donc les tractions, et sensiblement la respiration augmentait d'amplitude; lorsque, chez la mère, survient tout à coup une complication inattendue qni exige mes soins exclusifs et me force d'abandonner l'enfant à la sage-femme.

Cette dernière l'emporte dans la chambre voisine et, pour le ranimer plus vite, emploie, bien entendu, les procédés habituels : insufflation, bain chaud, flagellation, friction alcoolique, etc. Malheureusement, l'enfant paraît ne plus réagir, même aux méthodes les plus classiques; et, lorsque, tout danger maternel étant écarté, nous pouvons recommencer les tractions, le nouveau-né se trouve encore en état de mort apparente.

Mais cette fois la ténacité nous donne enfin gain de cause et, après dix minutes, l'enfant jette son premier cri.

Depuis l'extraction du fœtus asphyxié jusqu'à son rappel définitif à la vie, il s'était écoulé à peu près une demi-heure; et, pendant ce laps de temps, l'état de l'enfant avait traversé trois phases successives, que nous rappellerons par le schéma ci-dessous : ce sera la conclusion de notre observation :

Traitement d'un nouveau-né en état d'asphyxie pendant une demi-heure.

Procédés.	Durée.	Résultats.
Tractions linguales.	6'	Rappel de la respiration.
Ordinaires.	15'	Retour à la mort.
Tractions linguales.	10'	Retour à la vie.

Ajoutons, en terminant, que nous avons eu cette année deux autres fois l'occasion d'appliquer avec succès les *tractions rythmées de la langue*.

Dans le premier cas, après un accouchement normal mais très laborieux, l'enfant était complètement cyanosé par suite d'un double enroulement du cordon autour du cou. Les procédés ordinaires ne me donnèrent aucun résultat, tandis que les tractions de la langue ne tardèrent pas à provoquer le réflexe respiratoire.

Pour l'autre cas, il s'agissait d'une petite fille de trois ans atteinte d'angine diphtérique, qui subissait plusieurs fois par jour (le sérum était alors inconnu) la torture d'irrigations copieuses dans la cavité bucco-laryngée.

Au sortir d'une de ces séances, on crut cette enfant morte; elle ne reprit connaissance qu'après trois quarts d'heure, et cela, je l'affirme, grâce aux tractions de la langue. De ce fait, la famille S..., de Dercé, a conservé un souvenir ineffaçable et moi une confiance absolue dans la méthode.

En somme, voilà trois enfants qui, certes, doivent la vie au procédé *de la langue*. Pourquoi ne pas le dire bien haut? C'est, en même temps, rendre hommage à son auteur, et servir l'intérêt public. »

Après avoir donné connaissance de cette observation, M. Laborde présente une pince qu'il a fait construire pour faciliter l'emploi de la méthode chez le nouveau-né.

Syphilome ano-rectal avec rétrécissement du rectum. — M. VERNEUIL a eu l'occasion, en juillet dernier, de donner ses soins à un vieillard de soixante-huit ans, pâle, maigre, d'apparence cachectique, qui venait le consulter surtout pour une affection de la région anale récidivant, paraît-il, pour la troisième fois. Il ne vit tout d'abord, dans cette tumeur périnéale, qu'un abcès de la marge de l'anus auquel l'état cachectique donnait mauvais aspect et qui devait être traité par le débridement. Il fit, par suite, une ouverture au thermocautère, en évitant d'entamer la marge de l'anus.

Les résultats furent excellents, au double point de vue de l'état local et de l'état général, mais, au vingtième jour, et sans cause connue, la petite plaie opératoire s'arrêta dans sa cicatrisation et donnait issue presque continuellement à un liquide séreux.

Ce phénomène, rapproché de quelques commémoratifs, conduisit M. Verneuil à une seconde erreur. Il pensa qu'il s'agissait d'une tumeur urineuse abcédée suivie de fistule et, qu'en ce cas, il fallait s'adresser à la cause, à savoir à un rétrécissement uréthral dont ce malade était également porteur. Il le traita par la dilatation progressive.

Le suintement n'en persista pas moins; de plus, après une amélioration considérable de l'état général, survint une nouvelle et assez sérieuse rechute : douleurs vives au niveau

de la plaie anale, qui, de creuse, était devenue saillante, difficultés de défécation, ballonnement du ventre, perte de l'appétit et des forces, etc. M. Verneuil procéda alors à un nouvel examen local et s'aperçut, cette fois, qu'il s'agissait d'un syphilome ano-rectal (gomme) avec rétrécissement tertiaire du rectum. Ce diagnostic fut, du reste, confirmé par des cicatrices caractéristiques de syphilides ulcéreuses ou de rupia sur les jambes et par les commémoratifs. Le malade avoua qu'il avait eu un chancre pénien en 1888 et d'autres manifestations syphilitiques.

Une fois le vrai diagnostic posé, il institua le traitement spécifique, en même temps qu'une médication tonique reconstituante. Le malade guérit rapidement et complètement de son syphilome ano-rectal et du rétrécissement consécutif, par ce seul traitement médical, sans qu'il fût besoin de recourir à aucune intervention chirurgicale.

M. Fournier fait observer que le cas que vient de communiquer M. Verneuil est d'autant plus intéressant que la guérison, dans ces cas, est extrêmement rare. Généralement, en effet, le traitement antisyphilitique reste sans effet contre les rétrécissements du rectum avec ou sans fistules. L'origine syphilitique de ces fistules est restée longtemps méconnue. Trélat, le premier, les a rattachées à la syphilis. Le plus habituellement, dans ces cas de syphilomes ano-rectaux, on arrive toujours trop tard pour les traiter.

Aussi le succès obtenu par M. Verneuil est-il d'autant plus frappant. Pourquoi arrive-t-on généralement trop tard dans ces cas? Parce que ces syphilomes présentent le plus souvent une forme scléreuse contre laquelle le traitement reste impuissant. La syphilis, en effet, produit de véritables néoplasmes, de vraies tumeurs; les uns sont des gommes; c'est contre elles que le traitement réussit toujours. Les autres ont pris un caractère fibreux ou même scléreux. Ici le traitement est absolument sans effet.

M. Le Dentu ajoute que tous les chirurgiens savent, en effet, combien il est difficile d'obtenir la guérison des rétrécissements syphilitiques du rectum. Le succès, dans ces cas, est prodigieusement rare. M. Le Dentu cite plusieurs exemples qu'il a observés à l'hôpital Saint-Louis.

Instruction sur les premiers soins à donner aux foudroyés victimes des accidents électriques. — **M. Gariel** fait un rapport sur ce sujet. (Sera publié.)

L'essence des mélaleuques dans le traitement des maladies microbiennes vulgaires de l'appareil respiratoire. — **M. Forné** fait sur ce sujet une communication. (Sera publiée.)

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Le nom de M. le docteur Bonafous (de Salindres), qui vient de succomber à l'âge de quarante-six ans, doit être inscrit sur la liste d'honneur des victimes de notre profession. Notre malheureux confrère soignait un jeune enfant atteint de diphtérie, lorsque, dans un accès de toux, au moment d'une cautérisation, il a été empoisonné par les sécrétions diphtéritiques. Nous adressons nos plus douloureuses condoléances à la veuve et aux six enfants de notre si regretté confrère.

— M. le docteur J. Luys, médecin honoraire des hôpitaux, membre de l'Académie de médecine, vient d'adresser la lettre suivante au doyen de la Faculté de médecine de Paris :

« Monsieur le doyen,

J'ai l'honneur d'offrir à la Faculté de médecine de Paris, pour le musée Dupuytren, une collection de cerveaux momifiés que j'ai recueillis, préparés moi-même et catalogués pendant mon temps de séjour dans les hôpitaux, à la Salpêtrière et à la Charité.

Je crois pouvoir dire, sans crainte d'être taxé d'exagération, que cette collection est jusqu'ici sans pareille en Europe.

Elle comprend 220 lobes cérébraux et présente des échantillons multiples de lésions du cerveau humain, depuis les plus communes — les hémiplégies vulgaires, les aphasies — jusqu'aux lésions les plus caractéristiques de la folie. Celles-ci désormais fixées peuvent servir de base aux études jusqu'ici si mal assises de la pathologie mentale.

On trouvera réunis une série de types d'hallucinés, de monomaniaques, de délirants chroniques, avec ou sans conscience, et présentant des expressions anatomiques, en harmonie avec les symptômes observés.

Puis, des types (au nombre de 4 échantillons) relatifs à la *folie périodique*. Ce sont les premiers spécimens de ce genre de folie qui ont été ainsi réunis et présentés à l'examen du public médical, avec des lésions similaires qui font de la folie périodique, à juste titre, une espèce nosologique à part.

Viennent ensuite des cerveaux des paralytiques généraux avec lésions granulées dans certaines régions et atrophies concomitantes caractéristiques.

J'ai réuni ensuite un certain nombre de cerveaux relatifs à l'idiotie, à la surdité, à la surdi-mutité. D'autres ont été recueillis chez des borgnes, chez des amputés, et présentant des lésions atrophiques spéciales, etc.

Ce sont là des échantillons de choix, auxquels je me propose de joindre quelques autres que je tiens en réserve (entre autres un cerveau de sujet hypnotisé, le seul connu qui existe à présent), et qui permettent, au point de vue de la morphologie des cerveaux humains, de se faire une idée rapide et exacte sur la rareté ou la fréquence de telles dispositions anatomiques, sur la signification de telle ou telle lésion, puisque, immédiatement, on peut consulter à titre de vérification les 220 lobes cérébraux que l'on a présents sous les yeux.

Comme étalon, j'ai présenté quelques types normaux de cerveaux humains de jeunes sujets, hommes et femmes, doués d'intelligence normale et pouvant ainsi servir de point de repère entre les différences extrêmes, les développements et les atrophies de certaines régions, ce qui, au point de vue purement anatomique, permet de constituer le type d'un cerveau *moyen*.

Je suis heureux d'offrir à la Faculté de médecine de Paris cette collection qui a été le résultat de mes recherches patientes pendant vingt années, collection que j'ai, en outre, enrichie depuis par des types nouveaux. C'est là une partie de mon labeur que je lui lègue et en quelque sorte mon héritage scientifique, heureux que je suis d'en faire profiter mes successeurs et d'apporter une pierre à l'édifice des études neurologiques qui sont assurément à notre époque une gloire de la science française.

Veuillez agréer, monsieur le doyen, l'hommage de ma considération la plus distinguée.

Novembre 1894. J. Luys.

En échange, je demande à la Faculté de vouloir accepter cette donation et lui réserver une place au musée Dupuytren, de bien vouloir inscrire mon nom comme donateur.

Un catalogue détaillé va prochainement être imprimé; je le joindrai à cette donation. »

— Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Bordeaux s'est terminé par la nomination de M. le docteur Binaud

— M. le docteur Dehenne vient de recevoir de la Préfecture de police une médaille d'honneur pour les soins dévoués qu'il donne depuis douze ans à cette administration.

— *Hygiène de l'enfance.* — Nous croyons être utiles à nos lecteurs en leur recommandant le Lait stérilisé et en publiant ci-après, p. 1259, la dernière analyse faite par M. Joulie, pharmacien en chef et chimiste de la maison de santé Dubois, du lait pur et non écrémé de la ferme d'Arcy-en-Brie (Seine-et-Marne).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 142. — SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 8 DÉCEMBRE 1894. — N° 142

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3 000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SOMMAIRE. — REVUE GÉNÉRALE. Données expérimentales pouvant servir à éclairer la pathogénie du diabète sucré, par J. THIROLOIX. — CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES.

REVUE GÉNÉRALE

Données expérimentales pouvant servir à éclairer la pathogénie du diabète sucré.

Par J. THIROLOIX.

Nous n'avons pas l'intention dans cette étude d'exposer, par ordre chronologique, les résultats acquis dans les tentatives faites pour reproduire expérimentalement les phénomènes du diabète sucré. Nous croyons préférable, pour être utile, d'envisager dans son ensemble l'appareil glycoso-formateur dont les parties constituantes ont été peu à peu isolées (Bernard, Lancereaux, Mering et Minkowski).

Nous envisagerons donc successivement l'organe producteur du sucre, la consommation du produit de sécrétion et l'influence qu'exercent sur le foie le système nerveux et le pancréas, pour régler la sécrétion sucrée.

A l'aide de ces données, il sera possible d'entrevoir une pathogénie logique de la plupart des perturbations de la glycogénie, observées en clinique, et de mettre des faits cliniques non douteux en harmonie avec des phénomènes physiologiques, non moins solidement établis. Dans le diabète, en effet, la glycosurie constitue le symptôme essentiel et initial qui entraîne tous les autres. La maladie n'est ici, comme toujours, qu'une fonction qui se dérange, un mécanisme qui se détraque. La glycosurie est le premier symptôme de dérangement, la clef de tous les autres : elle est le signe fondamental et pathognomonique du diabète qui correspond à une fonction physiologique détournée et exagérée. Il nous faut donc préciser d'abord l'état normal de cette fonction.

I

La question de la formation du sucre dans l'économie forme, en effet, la clef de voûte de l'édifice diabétique; aussi, pour l'élucider, s'est-on adressé soit directement aux analyses des parenchyme et sang hépatiques, à l'extirpation du foie, soit, enfin, par voie indirecte, à l'étude de la consommation du sucre dans les tissus.

La glycogénie hépatique est tout entière l'œuvre de Cl. Bernard (1847). Il y fut amené en suivant le sucre introduit dans le tube digestif, absorbé par l'intestin et pénétrant dans la circulation. D'abord ne trouvant du sucre que dans le système veineux jusqu'aux poumons, il en conclut que le sucre de la digestion est brûlé dans ces derniers organes; mais comme, sur un animal nourri exclusivement de viande, il lui fut donné de constater la présence du sucre dans le sang pris dans le cœur droit de cet animal, tandis que le sang porte en était dépourvu, Cl. Bernard considéra le foie comme lieu de formation de ce sucre. Toutes ses expériences ont été vérifiées et corroborées : l'appoint des résultats acquis par l'ablation du pancréas n'a en rien changé ses conclusions : bien plus, toutes les tentatives faites pour leur échapper n'ont réussi qu'à les consolider.

Cl. Bernard (1847), après avoir montré que normalement le sucre existe dans le sang chez tous les animaux herbivores ou carnivores, et que les quantités de sucre qu'on rencontre dans les uns et les autres sont sensiblement égales, que la glycémie est indépendante de l'alimentation, qu'elle est un phénomène normal constant de l'organisme à l'état de santé et ne disparait que lorsque la nutrition est arrêtée, établit par des expériences irréfutables les proportions suivantes (1). Le foie, comme tous les organes qui sécrètent, est imprégné du produit de sa sécrétion et, à l'état normal, il est le seul organe qui présente cette imprégnation (2). Sécrété par les cellules du foie, car, le sang porte, chez les animaux longtemps nourris de viande ou à jeun, ne contient pas de sucre (3), tandis que les veines sus-hépatiques en renferment des quantités toujours appréciables, le sucre passe avec le sang des capillaires hépatiques dans les veines sus-hépatiques, et, de là, dans la veine-cave inférieure, et c'est au point d'abouchement dans ce dernier vaisseau que le sang est le plus sucré (4).

Cette fonction glycosurique du foie est constante, quelle que soit la nature de l'alimentation. Des analyses du foie chez des animaux nourris de viande ou de fécule montrent que cet organe établit un certain équilibre dans la constitution du sang; car le sang des animaux dont l'alimentation est si différente a, en effet, une composition identique. Le sucre venu du dehors ne s'ajoute donc pas comme tel au sucre hépatique; le foie placé comme un laboratoire vital, entre le canal intestinal et le fluide circulatoire général fait à l'état physiologique subir aux matières

(1) Cl. BERNARD. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1849.
(2) Cl. BERNARD. *Arch. gén. de méd.*, 1849.
(3) Résultat confirmé aussitôt par Lehmann, Poggiale, Lecomte, Dumas, Harley.
(4) Cl. BERNARD. *Leçons sur le diabète*, 1877, p. 176-179.

alimentaires une profonde élaboration destinée à donner une composition à peu près toujours identique au sang qui est et doit être doué des mêmes propriétés chez tous les animaux, puisqu'il sert à entretenir des phénomènes fonctionnels identiques. Le foie, pour fabriquer le sucre, emploie les aliments féculents, gras et azotés.

L'expérience du foie lavé démontre encore cette sécrétion. Cl. Bernard, en effet, fit voir que le foie chargé de sucre, traversé par un courant d'eau qu'on fait entrer sous pression par la veine porte assez longtemps pour faire disparaître tout le sucre qu'il contient, régénère du sucre après avoir été abandonné à lui-même pendant quelque temps (véritable diabète cellulaire). Seegen, dans le foie séparé du corps, a vu l'accroissement du sucre aller de 0,4 à 0,5 p. 100, jusqu'à 3 p. 100 et au delà, exprimant ainsi que la fonction glycogénique continuait après la mort, grâce à la survie de la cellule hépatique. Le foie verse dans les veines une substance qu'il sécrète : l'histoire de la glycogénie hépatique établit donc, d'une manière très nette, qu'il y a des sécrétions internes, c'est-à-dire des sécrétions dont le produit, au lieu d'être déversé à l'extérieur, est transmis directement dans le sang.

Pour Cl. Bernard (1), le seul organe formateur du sucre dans l'économie, chez l'adulte, est le foie. Seegen, de son côté, a toujours trouvé le sang sortant du foie, invariablement plus riche en sucre que le sang qui y arrive, et il conclut *que ses analyses des sangs veineux-porte et sus-hépatique ne laissent subsister aucun doute* sur la réalité de la glycogénie hépatique, en tant que fonction normale et physiologique. C'est ce que viennent confirmer les expériences suivantes.

M. Moleschott (2) extirpe totalement le foie chez des grenouilles et obtient une survie de quinze à vingt et un jours. Pendant toute la durée de l'opération, le sang, les muscles, l'urine ne contiennent pas de sucre. L'arrivée du sucre dans la circulation est ainsi abolie ; il en résulte une prompte diminution de la proportion du sucre dans le sang, qui finalement n'en renferme plus. Si le foie n'était pour le sucre qu'un appareil de filtration comme le rein pour l'urée, on devrait trouver ce sucre dans les tissus, ce qui n'a jamais lieu.

Ces expériences d'isolement du foie fournissaient ainsi des preuves directes de la destruction incessante du sucre dans un but d'entretien de l'économie. Elles ont été répétées par un grand nombre d'auteurs. Bock et Hoffmann (3), après isolement du foie, ont vu le sucre disparaître du sang au bout de quarante-cinq minutes.

Minkowski (4), ayant enlevé à des oies la totalité du foie, les a vues survivre pendant plus de vingt heures à cette mutilation. Le sang des animaux ainsi traités était entièrement privé de sucre au bout de peu de temps.

Seegen (5), sur des chiens curarisés, a pratiqué l'isolement du foie et obtenu le même résultat, la disparition du sucre dans le sang.

Kaufmann (6) en isolant le foie chez les animaux normaux ou dépancréatés, a été amené à conclure que chez les animaux à l'état de jeûne, qu'il y ait glycémie normale ou hyperglycémie et glycosurie, l'isolement du foie est constamment suivi d'une diminution rapide de la proportion de sucre du sang.

Dans tous les états glycémiques, le sucre hématique est donc engendré dans le foie et est, au contraire, consommé dans les divers tissus de l'organisme. Enfin, l'accroissement rapide de la proportion du sucre dans le sang, quelques minutes après l'enlèvement des ligatures qui isolaient le foie, contribue encore à démontrer l'importance de la glycogénie hépatique dans la fonction glycémique en général. Ainsi, première notion fondamentale à retenir, le foie à l'état normal, chez l'adulte, est le seul foyer glycogénique (1). Toutes les fois que, par un mécanisme quelconque, on produira une perversion dans la production du sucre, on agira donc sur cet organe. Nous venons de considérer l'organe producteur du sucre, la source qui le verse dans le sang, voyons maintenant la fin de ce sucre, son évolution dans l'organisme.

II

La consommation du sucre dans les tissus à l'état normal et par suite la richesse en sucre moins grande dans le sang veineux que dans le sang artériel, avait été vue par Cl. Bernard, et nous n'en voulons pour preuve que le phénomène relevé par lui dans le liquide céphalo-rachidien. Ce liquide, en effet, contient du sucre d'une manière constante, soit à jeun, soit pendant la digestion : mais, si l'on soumet l'animal à l'abstinence, de façon à empêcher pendant quelque temps le débordement du sucre qui apporte cette substance depuis le foie jusque dans le liquide céphalo-rachidien, on voit qu'au bout de quelque temps, ce dernier n'en contient plus, parce que celui qui y était est détruit, et qu'il n'en est pas revenu.

Toutefois, c'est à M. Chauveau, qui avait abordé la question dès 1856 (2) et l'a reprise en 1886 et en 1893, avec M. Kaufmann, que nous devons des notions exactes sur cette destruction du sucre dans les masses musculaires.

M. Chauveau, dans ses analyses des différents sangs, trouve que le sang des artères ne présente pas de variations sensibles sur le parcours de l'arbre artériel, au point de vue du sucre, tandis que le sang veineux, d'une manière générale, n'en renferme pas les mêmes proportions que le sang artériel. Si, en effet, on extrait en même temps le sang artériel et le sang veineux correspondants, par exemple,

(1) Cl. Bernard. *Leçons sur le diabète*, p. 130, 215.

(2) Moleschott. Acad. des sc., 30 avril 1855.

(3) Bock et Hoffmann. *Experimentalstudien über Diabetes*, Berlin 1874.

(4) Minkowski. Ueber den Einfluss der Leber extirpation auf der Stoffwechsel, *Arch. f. experim. Pathol.*, Bd. XXI.

(5) Seegen. *Glycogénie animale*, trad. Hahn, 1890.

(6) Kaufmann. Recherches sur l'activité et la destruction glycémique dans le diabète pancréatique, Soc. de biol., 10 mars 1894.

(1) Cl. Bernard. De la matière glycogène comme condition de développement de certains tissus chez le fœtus avant l'apparition de l'époque glycogénique du foie, *C. R. de l'Acad. des sc.*, t. XLVIII, 10 janvier-4 avril 1859.

Pour Pavy, la glycogénie hépatique est un phénomène cadavérique, la formation du sucre pendant la vie est une anomalie, l'expression d'un trouble des échanges organiques. Celui-ci n'apparaît qu'après la mort, grâce à un ferment qui transforme le glycogène en sucre. Le foie emmagasine tout le sucre sous forme de glycogène pour l'empêcher d'arriver dans la circulation, car, pour Pavy, si le sucre parvenait dans la circulation, il devrait, grâce à sa grande diffusibilité, passer dans l'urine, et nous serions tous diabétiques. Pour cet auteur, le diabète résulte de troubles circulatoires entraînant la mise en activité de ce ferment, qui transforme le glycogène en sucre. Seegen, élève de Pavy, a réfuté toutes ces propositions.

(2) Chauveau (*C. R. de l'Acad. des sc.*, 1893, p. 230) rappelle qu'il a le premier, dès 1856, démontré contrairement à Cl. Bernard qui, à cette époque, admettait la destruction totale du sucre formé dans le foie au niveau des poumons, que le sucre n'est ni arrêté, ni transformé pendant la traversée des capillaires pulmonaires. Ce sucre arrive intact dans les artères du système aortique qui le portent aux capillaires de la circulation générale, où il est utilisé en partie pour la création de la force vive nécessaire au travail physiologique des tissus vivants.

de la carotide et de la jugulaire, de l'artère et de la veine crurales, on trouve que toujours le sang veineux contient moins de sucre que le sang artériel. En comparant le sang de l'aorte et celui de la veine cave (au-dessous du foie), Chauveau, puis Cl. Bernard, trouvent de même une plus forte proportion de sucre dans l'artère. L'existence permanente du sucre dans le sang et sa destruction continuelle impliquent qu'il se renouvelle incessamment, et qu'il y a par conséquent une *source de sucre* dans l'organisme représentée par *le foie*. Les choses se passent ainsi normalement, en est-il de même à l'état pathologique? C'est encore à M. Chauveau que nous sommes redevables de notions exactes sur ce point.

L'étude de la dépense de la glycose dans les déviations de la fonction glycogénique, en plus ou en moins, par l'analyse comparative des sangs artériels et veineux de la circulation générale, est, en effet, seule capable de résoudre la question préjudicielle de la *source du sucre* dans *le diabète* et de permettre aussi l'interprétation du retentissement des lésions nerveuses et pancréatiques.

Avant de pratiquer ces analyses des sangs veineux et artériel, on pouvait, en effet, faire trois hypothèses également vraisemblables, et, ce sont elles que l'on retrouve défendues, rejetées et reprises tour à tour par les cliniciens et les physiologistes. Ce sang veineux sera, comme à l'état normal, moins riche que le sang artériel, et alors l'hyperglycémie ne pourra être mise sur le compte d'un défaut de dépense, ou bien le sang veineux sera plus riche que le sang artériel, et alors il faudra admettre que l'hyperglycémie est due à une production de glycose sur place, dans tous les tissus de l'économie. Or, dans toutes les déviations de la fonction glycémique, avec hypo ou hyperglycémie (nous verrons plus loin par quelle intervention l'expérimentateur est maître de produire ces déviations), M. Chauveau a toujours obtenu comme résultat la supériorité du sang artériel sur le sang veineux, au point de vue de la teneur en sucre. L'hyperglycémie reconnaît donc toujours pour cause un excès de production glycémique et non un arrêt ou un ralentissement de la dépense du sucre dans les vaisseaux capillaires. Dans l'hypoglycémie, la dépense est moins active, mais toujours le sang artériel est plus riche que le sang veineux. Toutes les déviations de la fonction glycémique, en quelque sens qu'elles se produisent, doivent donc être rapportées à la même cause, au changement dans l'activité de l'organe hépatique, c'est-à-dire à l'exaltation ou à l'amoindrissement de la production de la glycose. Le foie, quel que soit le point de départ incitateur de son hyperfonctionnement, reste toujours le grand dispensateur du diabète. Désormais en possession de ces deux données, à l'état normal comme à l'état pathologique, le foie seul fabrique du sucre qui est consommé dans les tissus, et l'excès de production dans les lésions nerveuses et pancréatiques, est la cause unique de l'hyperglycémie et de la glycosurie, nous pouvons aborder l'étude des influences exercées par les lésions nerveuses et l'extirpation du pancréas sur le foie.

III

Comme toutes les autres glandes, le foie est soumis à l'influence du système nerveux, par l'intermédiaire duquel on peut augmenter, diminuer, anéantir ou modifier sa sécrétion. Guidé par ses études antérieures sur la sécrétion des glandes lacrymale et sous-maxillaire, Cl. Bernard fut amené à appliquer au foie les procédés expérimentaux qu'il avait mis en œuvre dans l'étude de l'influence du système nerveux sur ces deux appareils glandulaires et sur le cœur; c'est ainsi qu'il découvrit l'influence de la piqûre du quatrième ventricule et de la section de la moelle cervicale. Examinons d'abord l'action des centres.

La piqûre de la moelle allongée, en un point répondant à l'intervalle compris entre les racines des nerfs acoustiques et des pneumogastriques, augmente la sécrétion de glycose. Cette augmentation n'est nullement due à une influence directe qui serait transmise par le pneumogastrique ou le sympathique cervical, car leur section préalable n'empêche nullement, comme l'a vu Cl. Bernard, les effets de la piqûre du quatrième ventricule; en outre, l'excitation du bout périphérique du pneumogastrique sectionné, autant au cou qu'au-dessous du diaphgragme, n'a aucune action sur l'élimination du sucre par l'urine. En revanche, l'excitation du bout central du nerf vague donne lieu à la glycosurie.

La lésion du centre bulbaire qui amène la glycosurie transmet son influence non par les cordons nerveux, vague ou sympathique cervicaux, mais par la moelle cervicale; car la section de la moelle au-dessus du renflement brachial a pour effet d'opérer une perversion dans la fonction glycogénique, un véritable arrêt dans la série des transformations qui s'opèrent dans le foie pour changer en sucre les matières albuminoïdes du sang. Le sucre est dans le foie à l'état latent, car il y reparaît séparé du corps. La section au-dessous du renflement brachial amène la disparition du sucre qui n'est plus susceptible d'y revenir quand on abandonne l'organe à lui-même, comme dans le cas précédent. Comment interpréter ces deux expériences fondamentales, dont l'une augmente et l'autre diminue la production sucrée, pour fixer la situation réciproque des centres sécréteurs du foie? car, aucun physiologiste ne rattache plus aujourd'hui les modifications fonctionnelles du foie à de simples modifications de l'activité circulatoire, déterminées par les actions nerveuses vaso-motrices. Il y a, comme le font remarquer MM. Chauveau et Kaufmann, pour les glandes des nerfs excito-sécréteurs, dont le fonctionnement entraîne corrélativement celui des nerfs vaso-dilatateurs ou vaso-constricteurs, suivant le cas, et des centres antagonistes jouant le rôle d'agent fréno-sécréteur. Il n'y a aucune raison pour refuser au foie le même appareil nerveux. Les expériences de MM. Morat et Dufourt, que nous exposerons plus loin, démontrent encore cette indépendance des nerfs glycoso-sécréteurs.

La piqûre bulbaire n'agit pas par excitation du centre nerveux atteint, mais par destruction de ce centre : il suffit, en effet, de voir les effets produits sur la fonction glycémique par la section de la moelle épinière, près de son union avec le bulbe rachidien, alors qu'on entretient, pendant un certain temps, la vie de l'animal, au moyen de la respiration artificielle. Cette section provoque l'hyperglycémie; elle a donc pour effet d'abandonner le foie à un centre qui provoque une surexcitation de sa fonction glycoso-formatrice. Il y a donc dans la moelle un centre excito-sécréteur du foie que modère à l'état normal son centre bulbaire supérieur. La section bulbo-médullaire a eu ainsi pour résultat l'isolement d'un centre fréno-sécréteur agissant directement sur l'appareil nerveux périphérique du foie. Le bulbe contient ce centre frénateur direct du foie, la moelle le centre excitateur. La situation exacte de ce dernier centre est déterminée par les résultats suivants : si l'on vient à pratiquer des sections espacées sur la moelle épi-

nière, dans la région comprise entre la quatrième paire cervicale et la sixième paire dorsale, on produit des effets inverses de ceux de la section bulbaire, l'hypoglycémie. Ces sections ont donc pour effet d'interrompre les communications du centre excito-sécréteur du foie avec l'appareil nerveux périphérique de cet organe. Ce centre excito-sécréteur se trouve ainsi placé à l'extrémité supérieure de la moelle cervicale, au-dessus de l'origine de la quatrième paire cervicale. La situation réciproque des deux centres hépatiques est donc, maintenant, nettement établie; le frénateur est dans le bulbe, l'excitateur est dans la moelle cervicale supérieure. La suppression de l'action du premier centre laisse fonctionner sans frein le second, d'où l'hyperglycémie. Les piqûres bulbaires, pratiquées par MM. Hedon (1) et Thiroloix (2), chez des animaux porteurs de greffe pancréatique ou diabétiques, après excision totale du pancréas et mise à jeun, provoquent toujours l'apparition ou l'augmentation de la glycosurie. Elles viennent apporter une nouvelle confirmation à l'existence tout à fait indépendante d'un centre frénateur hépatique bulbaire. De ces centres partent des filets nerveux qui aboutissent aux cellules hépatiques et qui tirent de ces amas cellulaires nerveux leur puissance frénatrice ou accélératrice. Les données fournies par la piqûre bulbaire, la section juxta-bulbaire, les sections médullaires comprises entre la quatrième paire cervicale et la sixième paire dorsale, permettent de déterminer les voies suivies par les conducteurs nerveux centrifuges. Les fibres intercentrales qui relient les centres bulbaires frénateurs au système du grand sympathique doivent passer au-dessus du centre excitateur, par conséquent dans les racines des quatre premières paires cervicales qui les cèdent au nerf vertébral ou au ganglion cervical inférieur. Cyon et Aladoff ont, en effet, obtenu l'hyperglycémie en extirpant ces ganglions cervicaux inférieurs sympathiques. La lésion de ces filets nerveux frénateurs équivaut à la piqûre du quatrième ventricule et par conséquent amène d'une façon constante l'hyperglycémie. Aussi à partir de la quatrième paire, plus la section se rapprochera du bulbe, plus elle intéressera de filets fréno-secréteurs et laissera libre le centre excito-sécréteur. Les fibres nerveuses excito-sécrétoires, issues des cellules nerveuses disposées d'une façon diffuse dans la région située au-dessus de la quatrième paire cervicale, descendent dans la moelle cervico-dorsale depuis la quatrième paire cervicale jusqu'aux sixième et septième paires dorsales et émergent des racines étagées entre ces limites extrêmes avant d'arriver au sympathique. Leur section intra-médullaire sépare le foie de son centre excitateur cervical supérieur et laisse toute prépotence au centre frénateur bulbaire, dont les fibres périphériques ont émergé de la moelle au-dessus des surfaces de section.

L'appareil nerveux du foie ressemble donc, en tous points, à celui du cœur. Les nerfs qui se rendent dans le foie viennent, en effet, du sympathique et du pneumogastrique et de même que, un peu plus haut, des rameaux émanés de ces deux troncs nerveux émergent vers le cœur, de même, ici, d'autres branches de ces mêmes nerfs convergent de nouveau vers le hile du foie. Or comme l'expérimentation montre que le sympathique fournit, par l'intermédiaire des splanchniques, les éléments, à proprement parler, excitateurs de la fonction glycosique, le pneumogastrique, les éléments frénateurs de cette fonction, on retrouve non seulement le schème anatomique, mais encore le schème fonctionnel de l'innervation du cœur, en quelque sorte superposable à celui du foie, ou réciproquement, les nerfs excitateurs proviennent dans les deux cas du sympathique, et les frénateurs du pneumogastrique. MM. Morat et Dufourt (1) ont nettement établi l'action réciproque de ces nerfs sur le foie glycogénique.

Ils concluent donc de leurs recherches que l'action du système nerveux sur la glycogenèse peut s'exercer sans l'intermédiaire de la circulation, par l'action directe des nerfs véritablement sécréteurs, apportant l'excitation des centres à la cellule hépatique. Les splanchniques contiennent les éléments à proprement parler excitateurs de la sécrétion glycosique.

Pour la démonstration du rôle frénateur du pneumogastrique, MM. Morat et Dufourt (2) excitent ce nerf au-dessus du diaphragme et jugent de son action dépressive par l'apauvrissement du sang en glycose. L'ablation du pancréas, comme la section des splanchniques, ne changeant en rien les résultats, il s'agit bien là d'une action directe sur les cellules du foie. Or, dans toutes ces circonstances, l'excitation du vague amène l'hypoglycémie ; le pneumogastrique semble donc être le nerf frénateur du foie, puisque, même après l'ablation totale de la glande pancréatique, l'action glyco-frénatrice du vague a encore le moyen de s'exercer sur le foie.

Ainsi envisagé, l'appareil glycoso-formateur présente une disposition facile à comprendre, absolument analogue à celle de tous les autres appareils glandulaires. L'interprétation des phénomènes pathologiques devient simple à fournir : toute glycosurie *avec hyperglycémie*, relevant d'une lésion nerveuse, résulte de la suractivité passagère ou permanente des cellules hépatiques, suractivité provoquée par une lésion indirecte ou directe, inhibitoire ou paralytique du centre bulbaire, frénateur. Les choses, malheureusement, sont plus complexes et, pour la production du sucre dans le foie, vient s'adjoindre un autre organe, le pancréas. La place que nous avons donnée à cet organe dans cette description de l'appareil glycoso-formateur, fait pressentir que cet organe ne joue qu'un rôle d'adjoint dans la secrétion sucrée. Comme nous l'avons déjà indiqué, sans le foie, lors des désordres nerveux et pancréatiques, il n'y a pas de glycosurie possible.

IV

Le rôle du pancréas dans la question du diabète sucré expérimental est d'abord si considérable que nous allons envisager les effets de sa suppression lente et brutale, puis dégager le mécanisme de son action.

A M. Lancereaux (3) appartient tout entier le mérite d'avoir signalé, dès 1877, qu'une variété de diabète, bien caractérisée en clinique, avait pour substratum anatomique une lésion plus ou moins profonde du pancréas. Qu'avant

(1) Hedon. Soc. de biol., 1894; — Effet de la piqûre du quatrième ventricule chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, *Arch. de physiol.*, avril 1894.
(2) Thiroloix. Soc. de biol., 14 avril 1894.

(1) Morat et Dufourt. *Arch. de physiol.*, 1894, n° 2.
(2) Morat et Dufourt. *Idem*, n° 3.
(3) Lancereaux. Notes et réflexions à propos de deux cas de diabète sucré avec altération du pancréas, *Bull. de l'Acad. de méd.*, 1877, 2e série, t. VI, p. 1215; — *Union méd.*, 1880, p. 209; — *Bull. de l'Acad. de méd.*, 8 mai 1888, 2e serie, t. XIX; — Division du diabète, *Bull. méd.*, 1890; — Diabète pancréatique (*Clinique Pitié-Hôtel-Dieu*), 1890-1891; — Rapport au Congr. de Lyon, 1894.

lui, Bouchardat [1846] (1), guidé par une fausse interprétation des phénomènes digestifs (2), ait réclamé des anatomo-pathologistes un examen attentif du pancréas à l'autopsie des diabétiques, que Cowley (3), en 1788, Elioston, Bright (4), Chopart (5) en 1821, Harley (6), Hartzen (7), Fles (8) aient rapporté des observations de diabète sucré avec lésion pancréatique, rien n'est plus exact; mais il n'en est pas moins vrai qu'aucun de ces auteurs n'avait établi une relation certaine de cause à effet entre l'atrophie pancréatique et la glycosurie et n'avait intitulé son observation « diabète pancréatique ». Enfin, malgré sa communication faite à l'Académie de médecine en 1877, son enseignement clinique journalier, M. Lancereaux, jusqu'en 1889, ne trouve, à part ses élèves, comme M. Lapierre (9), aucun adepte.

Il a fallu toute l'autorité des expériences de Mering et Minkowski, pour sanctionner la découverte de M. Lancereaux. Peu à peu, la pierre angulaire de la pathogénie du diabète sucré, taillée uniquement dans le bloc hépatique, voit de plus en plus entrer dans sa constitution le parenchyme pancréatique. L'importance du pancréas dans l'économie est aujourd'hui immense : sans lui, en effet, plus de vie normale possible, puisque, prenant part à la fonction glycémique, il concourt à l'alimentation des sources de la force vive nécessaire au travail physiologique de l'organisme.

En 1889, Von Mering et Minkowski (10) concluent de leurs expériences que l'ablation totale du pancréas engendre toujours chez les animaux un diabète fatal, absolument pareil au diabète pancréatique humain de M. Lancereaux. La similitude des phénomènes est telle que reproduire la maladie chez l'un est faire le décalque de ce qu'on observe chez l'autre.

Aussitôt après l'extirpation du pancréas, en effet, on voit apparaître l'hyperglycémie et la glycosurie. Ce mode de début ne varie que si l'opération a été incomplète, si on a laissé quelques débris pancréatiques dans la concavité duodéno-stomacale, en deçà des ligatures. Dans ce cas, la glycosurie, qui suit le traumatisme des nerfs irradiés du plexus solaire et qui va retentir sur la cellule hépatique, ne tarde pas à disparaître et l'animal ne présente que les effets de la suppression du pancréas digestif. La glycosurie persistante, au contraire, est bientôt accompagnée des phénomènes fondamentaux du diabète expérimental : polyphagie, polydipsie, polyurie et amaigrissement.

Mering et Minkowski, dès cette époque, complètent la démonstration expérimentale du rôle du pancréas au moyen des ablations partielles de la glande et de la séparation de l'organe du duodénum. Or, jamais, tant qu'il reste un débris pancréatique en rapport avec l'économie par l'intermédiaire du système artério-veineux, on ne voit le diabète survenir. La suppression de la cellule pancréatique est seule la cause de l'apparition de la glycosurie.

Les expériences entreprises par les auteurs qui vont suivre appuient, corroborent et développent les conclusions des physiologistes de Strasbourg. M. Lépine [de Lyon (1)] ne tarde pas à confirmer l'expérience de Von Mering et Minkowski, dans une publication insérée dans le *Lyon médical*, octobre 1889. Depuis, seul ou en collaboration avec M. Barral, M. Lépine (2) a tenté de déterminer la fonction spécifique du pancréas par la recherche de la glycolyse, la destruction du sucre dans le sang.

MM. Hédon (3), Gley (4), Thiroloix (5), par leurs travaux, viennent apporter une confirmation à la loi posée par Mering et Minkowski, que l'ablation totale du pancréas est toujours suivie de l'apparition du diabète maigre. Pourtant, malgré le grand nombre des expériences, leur précision, il restait toujours dans l'esprit de l'observateur, qui ne pouvait oublier le début si foudroyant du diabète humain et la *présence constante* d'une quantité notable de cellules pancréatiques à l'autopsie de ces diabétiques, un doute sur l'élément lésé dans les ablations du pancréas. Une ingénieuse expérience, exécutée par Minkowski, en 1892 (6), puis répétée avec succès par MM. Hédon (7), Thiroloix (8), Gley (9), Lancereaux (10), plaide en faveur de l'action spécifique exercée par la cellule pancréatique dans la fonction glycoso-formatrice de l'économie. Après isolement sous la peau de l'abdomen d'une portion du pancréas conservant, pendant quelque temps, ses vaisseaux et nerfs primitifs (ectopie), puis section de son pédicule vasculo-nerveux (marcotte), on peut extirper tout le pancréas laissé lors de la première intervention dans la cavité abdominale, sans amener le diabète. Celui-ci éclate subitement, brutalement, dès qu'on enlève la portion du parenchyme détachée et placée sous la peau. On observe dès lors un diabète aussi grave, aussi intense que lors de l'excision du pancréas en un temps.

Cette expérience fondamentale dissipa toutes les obscurités en montrant que le pancréas fournit réellement par ses éléments cellulaires, indépendamment de toute vascularisa-

(1) Bouchardat. *Annuaire de thérapeutique pour 1846*. C. P.

(2) Bouchardat et Sandras. Des fonctions du pancréas et de son influence sur la digestion des féculents, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1845, t. XX, p. 1084-1091.

(3) Cowley. *London Med. Journ.*, 1788, t. IX, p. 985; — *Journ. de méd. et de pharm.*, 1789, t. LXXIX, p. 211.

(4) Bright. Cases and observations connected with disease of the pancreas and duodenum, *Med. Chir. Transact.*, t. XVIII, p. 3, London 1833; — *Rev. méd. et chir.*, t. XII, p. 198.

(5) Chopart. *Traité des maladies des voies urinaires*, trad. par Segalas, Paris 1855.

(6) Harley. Complete obstruction to the bile and pancreatic ducts, *Transac. of the Pathol. Soc. of London*, 1862, t. XIII, p. 118. — Abcès de la tête du pancréas. Glycosurie.

(7) Hartzen. Noch etwas über diabete mellitus, *Arch. f. die hœlland beitr. zur Nature und heilkunde*, 1864, Band III, p. 319-320.

(8) Flès. Ein Fall vondiabetes mellitus mit atrophie der Leber und des pancreas, *Arch. f. die hœllandischen Beitr. zur Nature und heilkunde*, Band III, Utrecht 1864, p. 187-205. (Cités par M. Jaccoud, *Cliniques de la Pitié*, 1886.)

(9) Lapierre. *Sur le diabète maigre dans ses rapports avec les altérations du pancréas*, Th. de Paris, 1879.

(10) Mering et Minkowski. LXIIe Congr. de méd. allem. à Heidelberg, 1889; — Diabetes mellitus nach total pancreas extirpation, Soc. méd., Strasbourg 17 mai 1889; — *Arch. f. exper. pathol.*, Bd. XXVI, 1889-1890, p. 371-387; — *Centralbl. f. Klin. Med.*, 1889, nº 23, p. 414; — *Centralbl. f. Med. Wochens.*, 1890, nº 27; — Ueber die beziehungen des pancreas zum diabetes mellitus, *Berlin. Klin. Wochens.*, 4 oct. 1889, nº 41; — *Berlin. Klin. Wochens.*, 14 oct. 1889.

(1) Lépine. *Lyon méd.*, oct. 1889; — *Rev. méd.*, 1892, p. 402; — Congr. de Lyon, 1894.

(2) Lépine et Barral. Soc. des sc. méd. de Lyon, 10 août et 9 nov. 1889.

(3) Hédon. *Arch. de méd. expérim.*, 1890; — *Idem*, 1891, nº 3; — *Idem*, nº 14, juillet 1891; — *C. R. de l'Acad. des sc.*, 4 mai 1891.

(4) Gley. Soc. de biol., 11 avril 1891; — *C. R. de l'Acad. des sc.*, 6 avril 1891; — *Rev. gén. des sc. pures et appliquées*, juillet 1891, nº 14, p. 469; — *C. R. de la Soc. de biol.*, 25 avril 1891.

(5) Thiroloix. Acad. de méd., 29 sept. 1891; — Th. de doct., 1892.

(6) Minkowski. *Berl. Klin. Wochens.*, fév. 1892, nº 5; — C. R. du XIe Congr. de méd. interne de Wiesbaden, août 1892.

(7) Hédon. *C. R. de la Soc. de biol.*, 9 avril 1892; — *Idem*, 23 juillet 1892; — Acad. des sc., 1er août 1892; — Soc. de biol., 15 oct. 1892; — *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, oct. 1892, nº 4.

(8) Thiroloix. *Bull. de la Soc. anat.*, 1er juillet 1892.

(9) Gley et Thiroloix. Soc. de biol., 23 juillet 1892.

(10) Lancereaux et Thiroloix. Acad. des sc., 9 août 1892.

tion et innervation primordiales, quelque chose qui agit pour régler la formation normale du sucre dans l'organe à glycogène. Les deux faits expérimentaux constants, fournis par l'extirpation totale et la greffe pancréatique, font accepter désormais l'existence d'un diabète maigre, engendré par la destruction du pancréas, par l'insuffisance de ses cellules, en tant que fournissant une substance agissant sur la fonction glycogénique.

L'oblitération des canaux pancréatiques n'empêche nullement la sécrétion interne de se produire. Inversement, comme l'a montré M. Thiroloix (1), lors de marcotte souscutanée, l'élimination d'un suc pancréatique digestif peut continuer à se faire, alors que la sécrétion interne est tarie et a provoqué l'éclosion d'un diabète maigre à marche rapide. Cette observation de dissociation spontanée des sécrétions externe et interne du pancréas nous paraît capitale pour comprendre les diabètes pancréatiques de l'homme, chez lequel, toujours à l'autopsie, on trouve des débris pancréatiques.

Ces faits viennent donner une sanction physiologique aux constatations histologiques de M. Renaut pour qui les cellules du pancréas, sont ordonnées pour rapport aux vaisseaux et non par rapport aux conduits excréteurs. L'activité de la cellule pancréatique serait par cet auteur bi-polaire, c'est-à-dire qu'à chacun de ses pôles est destinée une action différente : par l'un, ou extrémité interne, elle verserait dans le conduit excréteur le suc pancréatique avec son triple ferment digestif et, par l'autre, ou pôle externe, qui est en rapport avec des vaisseaux, elle transmettrait au sang veineux et aux lymphatiques une substance qui intervient dans la glycogénie.

La suppression brutale et totale de la glande pancréatique en un ou plusieurs temps, amène toujours le diabète sucré. En est-il de même de la suppression lente (2)?

Les expériences que nous allons exposer vont donner une réponse positive et, mieux que l'excision en un temps, nous rapprocher de l'observation humaine en nous laissant entrevoir le mécanisme intime de l'action du pancréas sur l'organe glycogénique.

La nécessité d'enlever toute la glande pancréatique pour obtenir l'apparition de la glycosurie, explique les difficultés considérables que les expérimentateurs ont éprouvées pour produire la glycosurie par atrophie progressive de la glande. La quantité glandulaire nécessaire pour assurer le fonctionnement normal de la glycoso-formation est, en effet, à peine croyable, puisque M. Thiroloix a vu 1 gramme de pancréas atrophié, induré, ayant ses canaux excréteurs bourrés de substance étrangère assurer la glycogénie normale.

Claude Bernard (3), Schiff (4), malgré des expériences où ils considèrent la destruction de la glande comme parfaite, ne purent obtenir la glycosurie et n'observèrent que la première phase des phénomènes qui suit la suppression lente de la glande. Lorsque, comme l'a fait M. Thiroloix, on bourre les canaux excréteurs du pancréas avec une substance aseptique non résorbable, on observe d'abord chez les chiens un amaigrissement extrême, malgré une polyphagie considérable que suivent comme corollaires la polyurie et l'azoturie (ptose vue par Cl. Bernard). Au bout de trois à quatre mois, les animaux récupèrent leur poids et le dépassent, présentant, dès lors, toutes les apparences d'un chien en bonne santé, suralimenté (ptose vue par Schiff). Si l'on vient à rétrécir le champ pancréatique, par des résections multiples, de peu d'étendue, à chaque intervention, on voit peu à peu se développer une glycosurie alimentaire, que l'on augmente, que l'on diminue et que l'on fait disparaître par l'augmentation, la diminution ou la suppression des féculents dans le régime alimentaire de l'animal. A un moment variable suivant chaque expérience, on voit éclater une glycosurie permanente avec le régime azoté, glycosurie qui, d'abord légère, s'aggrave de plus en plus, suivant ainsi parallèlement l'atrophie des dernières cellules pancréatiques (1).

M. Hédon (2), au moyen d'injection d'huile d'olive dans le canal de Wirsung, a obtenu une destruction lente du pancréas et observé que les animaux (lapins), loin de maigrir, augmentaient notablement de poids et engraissaient grâce à une alimentation exagérée. A un moment variable après l'opération, les lapins présentent une glycosurie d'abord légère, puis qui monte rapidement à un chiffre très élevé. Cette glycosurie est due à la non-utilisation des hydrates de carbone de l'alimentation : elle disparaît par le jeûne. Le diabète ainsi provoqué chez ces animaux revêt toujours la forme légère.

L'expérimentation, par une simple variante, peut décomposer encore plus le phénomène glycosurie, en soumettant au jeûne prolongé les animaux avant de leur extirper le pancréas (3). Le trauma opératoire, ne chassant plus du foie les réserves sucrées utilisées pendant l'abstinence, n'est pas suivi de glycosurie; mais vient-on à donner une parcelle de viande à l'animal, aussitôt la glycosurie apparaît et continue tant que le foie a à sa disposition des albuminoïdes alimentaires qu'il peut transformer. On crée donc ainsi par ces deux procédés, atrophie lente et mise à jeun prolongée des animaux avant l'ablation du pancréas, une glycosurie alimentaire féculente et albuminoïde que l'expérimentateur peut rendre à sa volonté intermittente ou continue par cessation ou continuation de l'alimentation. Si, chez un animal dépancréatisé et soumis au jeûne prolongé, on pratique la piqûre bulbaire, la glycosurie réapparaît ou augmente et devient continue indépendamment du régime, la cellule hépatique s'emparant, pour fabriquer du sucre, des albuminoïdes du sang. L'animal, dans le premier cas, crée du sucre avec les matériaux alimentaires et comme ce sucre en excès est sans cesse éliminé, il se trouve dans la situation d'un individu plus ou moins privé d'aliments; dans le second, il se consume en empruntant à sa masse sanguine les éléments nécessaires à la fabrication du sucre. On peut ainsi créer une sorte de chaîne dont les anneaux extrêmes sont formés par la glycosurie avec les féculents et la glycosurie d'origine nerveuse.

Tels sont les résultats que donne l'expérimentation appliquée directement à la glande pancréatique : ils montrent que, si le foie est le seul organe qui arrête, transforme

(1) Thiroloix. Acad. des sc., 1892; — *Arch. de physiol. norm. et pathol.*, oct. 1892, n° 4.
(2) Thiroloix. Th. de doct., 1892; — Soc. de biol., oct. 1892.
(3) Cl. Bernard. *Mémoire sur le pancréas*, 1856, p. 90.
(4) Schif. *Centralbl. f. Med.*, 1872; — *Rev. des sc. méd.*, 1873, anal. de M. Straus.

(1) Thiroloix. Étude sur les effets de la régression lente du pancréas. Rôle des glandes duodénales. Soc. de biol., 22 oct. 1893. — Gley. Note sur quelques effets de la destruction lente du pancréas, Soc. de biol., 5 nov. 1893.
(2) Hédon. Production du diabète sucré chez le lapin par destruction du pancréas, Acad. des sc., 20 mars 1893.
(3) Thiroloix. Soc. de biol., avril 1894.

et fabrique le sucre, le pancréas est aussi un organe à fonction spécifique absolument nécessaire au premier pour lui permettre de mener à bien la glycogénie.

La suppression du pancréas amène un trouble profond dans la glycoso-formation, il nous faut maintenant rechercher la nature de ce trouble.

V

M. Lépine prenant, comme point de départ de ses recherches, un fait nettement signalé par Claude Bernard [le sang normal abandonné à lui-même à sa sortie d'un vaisseau perd, en un laps de temps, une certaine quantité du sucre qu'il contient (1)], admet que la fonction spécifique du pancréas consiste à fournir au sang un ferment destructeur du sucre ou ferment glycolytique. La destruction du sucre dans le sang étant appelée glycolyse, le pouvoir glycolytique est mesuré par la perte de sucre que subit une quantité donnée de sang (100 grammes par exemple) à la température de 39 degrés. Chez le chien normal, pour le sang artériel, cette perte de sucre varie entre 20 à 40 p. 100 de la teneur initiale, chez le chien rendu diabétique par ablation du pancréas, la quantité détruite n'est plus que de 6 p. 100, de 25 p. 100 environ chez l'homme sain, le pouvoir glycolytique tombe à 16 p. 100 chez l'homme diabétique.

Pour M. Lépine le pancréas est une glande vasculaire, sanguine, qui élabore un ferment glycolytique et le verse dans le sang, où s'effectue la destruction du sucre, la diminution de ce ferment détermine son incomplète consommation et engendre le diabète. Les expériences instituées par ce savant auteur pour démontrer cette fonction nouvelle de la glande, source d'un ferment spécial qui règle la consommation du sucre, sont très nombreuses, nous ne pouvons exposer que les principales : la modification de la circulation dans le pancréas, la section de ses nerfs et la stimulation des cellules pancréatiques par une contre-pression exercée dans son canal excréteur, augmentent le pouvoir glycolytique du sang. L'ablation du pancréas le diminue.

Le pouvoir glycolytique du sang de la veine pancréatique est plus considérable que celui de la veine splénique, preuve que la glande pancréatique sécrète un ferment glycolytique qu'elle transmet au sang. Quand on broie un pancréas et quand on l'immerge dans une solution alcalinisée de glycose, au bout de quelques heures le dosage de cette solution démontre une diminution de son titre. Il existe donc dans la glande pancréatique un ferment qui possède le pouvoir destructeur du sucre, et qui a déterminé la diminution de la glycose dans cette solution alcalinisée.

La lymphe du canal thoracique possède un pouvoir glycolytique supérieur à celui de la veine splénique et du sang artériel et veineux en général. Ce ferment est un ferment soluble puisque le sang chauffé à 54°5 perd toute action glycolytique.

Le sang circulant est le lieu d'existence de cet agent destructeur du sucre, et son siège de prédilection est dans les globules blancs. Si on centrifuge du sang frais et qu'après avoir séparé les globules sanguins du sérum, l'expérimentateur détermine le pouvoir glycolytique des globules et du sérum, il trouvera que ce pouvoir est presque tout entier dans les globules sanguins. Si alors on remplace le sérum sanguin par l'eau salée et qu'on le centrifuge de nouveau, on constate que l'eau salée possède un pouvoir glycolytique plus considérable que le sérum, pouvoir qu'elle a évidemment emprunté aux globules. Ainsi en faisant laver plusieurs fois de suite les globules avec l'eau salée, on leur enlève chaque fois une bonne partie du ferment qu'ils renferment. Ce fait expérimental montre en plus, que le ferment glycolytique se trouve principalement dans les globules blancs, parce qu'après la centrifugation, ce sont les parties les plus riches en ces derniers qui possèdent au plus haut degré un pouvoir glycolytique. C'est ce que prouve encore le chyle qui, renfermant une très minime quantité de globules rouges possède aussi ce pouvoir. On ne peut donc pas considérer le pouvoir glycolytique comme une propriété vitale de l'albumine du sang, car le pouvoir vital ne peut pas se transporter. Le ferment du pancréas joue le même rôle que jouent dans les combustions la chaleur, l'électricité.

La suppression du pancréas, source du ferment destructeur du sucre, engendre réellement la diminution du pouvoir glycolytique du sang et, par suite, le diabète. Si on mélange des volumes égaux de sang normal et d'empois d'amidon bien liquide en les soumettant à la température normale, on trouve qu'au bout de très peu de temps la plus grande partie de l'amidon sera transformée en sucre, si au contraire, au lieu du sang normal on prend le sang d'un chien dépancréaté et diabétique, on n'obtient que très peu de sucre. Ensuite, si on injecte dans le sang d'un chien diabétique et privé de son pancréas 2 grammes de diastase, on fait presque complètement disparaître le sucre de son urine. L'injection de la diastase, sous la peau d'un homme diabétique, a de même supprimé presque totalement sa glycosurie pendant douze heures. Le pancréas, grâce à l'influence de son ferment glycolytique, joue donc un rôle important dans la pathogénie du diabète sucré : la diminution ou la suppression de ce ferment par suite de l'extirpation du pancréas ou de son altération matérielle détermine une insuffisance dans la consommation du sucre, et l'apparition du diabète. M. Kaufmann, de son côté, a vu que le pouvoir saccharifiant du sang et des tissus chez les chiens rendus diabétiques par extirpation du pancréas, loin d'être augmenté, était, au contraire, diminué. Prenant en effet sur deux chiens à jeun, l'un sain, l'autre diabétique, du sang jugulaire et le mélangeant à de l'empois d'amidon dilué, il a trouvé que le sang du chien sain s'était plus enrichi en sucre que celui du chien diabétique. Il en fut de même pour les tissus, foie, muscle, cerveau. L'hyperglycémie pancréatique n'est donc pas due à la présence d'un excès de ferment saccharifiant dans le sang et les tissus de l'animal diabétique.

C'est là une théorie simple et séduisante, que viennent malheureusement ébranler un grand nombre de faits expérimentaux.

La destruction du sucre pour subvenir aux besoins du travail physiologique a lieu en effet, non dans le sang, mais dans les tissus [Chauveau (1)]. Cette perte de sucre subie par le sang en passant des artères dans les veines est en rapport avec les phénomènes de combustion qui s'effectuent dans les tissus, combustion qui se traduit par la différence des quantités d'oxygène absorbé et d'acide carbonique produit. Pour démontrer cette proposition MM. Chauveau et Kaufmann ont déterminé l'absorption d'oxygène, le dégagement d'acide

(1) Cl. Bernard. *Leçons sur le diabète*, p. 128.

(1) Chauveau. La disparition et la consommation du glycogène dans les muscles est en rapport direct avec l'activité de ces muscles, *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1886.

carbonique et la perte de sucre dans le sang veineux venant du masséter. En prenant toujours le sang carotidien comme terme de comparaison, ces auteurs ont vu que le travail de la mastication triple la disparition du sucre dans le muscle. Les différences en moins dans la teneur en sucre du sang veineux correspondent aux combustions accrues par le travail et à la plus grande activité des échanges gazeux dans le muscle. Le glycogène disparaît aussi pendant le travail chez des animaux mis au jeûne et forcés de produire un travail mécanique pénible.

Mais, c'est M. Arthus (1) qui a apporté les arguments les plus importants pour la négation de l'existence du ferment glycolytique : étudiant les caractères du ferment glycolytique du sang, il a montré que la glycose comme la coagulation était un phénomène cadavérique. La glycolyse est un peu plus tardive : elle est le second phénomène cadavérique.

Pour M. Arthus, la glycose dans le sang est un phénomène de fermentation chimique ; le ferment glycolytique ne préexiste pas dans le sang circulant : il se forme hors de l'organisme, aux dépens des éléments de la couche des globules blancs, il semble être en relation avec la vie extra-vasculaire de ces éléments ; la glycolyse peut s'accomplir d'ailleurs en l'absence d'éléments actuellement vivants. La glycolyse se produit exclusivement hors des vaisseaux comme la coagulation avec laquelle elle présente d'importantes analogies.

Colenbrander (2) a confirmé les expériences de M. Arthus. Colenbrander prend pour point de départ de ces expériences le fait signalé par Pekelharing que l'extrait de sangsues empêche la coagulation du sang parce que cette substance ne permet pas à la nucléo-albumine de se séparer des leucocytes et de se mêler au plasma sanguin. Or, Colenbrander trouva que l'extrait de sangsue avait la même influence sur le ferment glycolytique, c'est-à-dire qu'elle influençait défavorablement la glycolyse, tandis que les substances telles que la peptone et l'oxalate de potasse (qui rendent la coagulation impossible, mais ne peuvent prévenir la destruction des leucocytes) n'empêche pas la glycolyse. Le ferment glycolytique est donc bien un phénomène cadavérique indépendant de la coagulation.

Tout ainsi semble plaider contre l'existence d'un ferment issu du pancréas et agissant sur le sucre contenu dans le sang L'hyperglycémie n'est pas le résultat d'une non-consommation.

La suppression du pancréas n'agissant ni sur le sang, ni sur les tissus, mais uniquement sur la cellule hépatique, il nous faut en rechercher le mécanisme.

VI

Pour MM. Chauveau et Kaufmann (3), le pancréas a une action indirecte sur la glande hépatique ; la substance qu'il fournit actionne les centres nerveux hépatiques frénateurs et excitateurs en sens inverse l'un de l'autre, de manière à produire des effets cumulatifs de même nature sur la fonction glycoso-formatrice. Quand cette sécrétion se fait sentir sur eux, le centre fréno-sécréteur devient plus actif, tandis que l'excito-sécréteur du foie, au contraire, réfréné dans son activité, se modère. En extirpant le pancréas, on enlève

(1) Arthus. *C. R. de l'Acad. des sc.*, 1892.

(2) Colenbrander. *Sem. méd.*, 1892.

(3) Chauveau et Kaufmann. Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique, 6 mars 1893.

l'agent principal qui influence et dirige les centres régulateurs de la fonction glycoso-formatrice de l'économie. Le fréno-sécréteur ne recevant plus l'effet excitant de cette sécrétion perd toute influence sur le foie et le laisse abandonné à son excito-sécréteur dont le fonctionnement s'exalte. Avant de montrer quelles modifications profondes il est nécessaire d'apporter à cette conception, examinons les expériences de MM. Chauveau et Kaufmann, expériences qui ont eu l'énorme mérite de mettre en évidence les centres régulateurs de la sécrétion des glandes hépatique et pancréatique. Ce que nous avons déjà dit des centres hépatiques, va nous permettre d'être bref.

MM. Chauveau et Kaufmann ont recherché si l'expérience de Claude Bernard et celle de Von Mering et Minkowski ne provoquaient pas l'hyperglycémie par le même mécanisme. Dans ces deux interventions, nous l'avons vu, le sang veineux est toujours moins riche en sucre que le sang artériel (1). La consommation du sucre dans les tissus reste la même que normalement : il y a donc excès de production, et comme il n'existe qu'un seul foyer glycogénique, il est donc nécessaire d'admettre une suractivité dans le foie. Dans l'hypoglycémie, il en est de même, la fonction hépatique est amoindrie.

Pour obtenir expérimentalement l'hyperglycémie désormais synonyme de suractivité de la glande glycogénique, on peut donc, soit piquer le bulbe, soit enlever le pancréas. Les deux expériences ayant des conséquences identiques, on peut dire que l'hyperglycémie résulte de la destruction du centre *frénateur* du foie. Aussitôt après sa suppression, la cellule hépatique chargée de la fonction glycoso-formatrice s'empare de tous les matériaux pour former du sucre qu'elle verse d'une façon incessante dans le sang. Les deux glandes sont ainsi couplées l'une à l'autre et concourent ensemble à l'exercice régulier de la glycoso-formation. Quant à cette action frénatrice sur le foie, le pancréas l'exerce par sa sécrétion interne agissant indirectement sur les centres nerveux, régulateurs de l'activité hépatique.

La section de la moelle épinière près de son union avec le bulbe, la piqûre du plancher du quatrième ventricule et l'extirpation du pancréas créent, comme nous l'avons déjà vu, une hyperglycémie identique et comme il est nécessaire de tenir compte des deux organes couplés qui constituent l'appareil glycoso-formateur, l'un réglant, l'autre accomplissant la production, il faut admettre que la section bulbo-médullaire a isolé le pancréas de son centre excito-sécréteur ou le foie de son centre fréno-sécréteur et laissé intact, au-dessous de la section, le centre excito-sécréteur du foie que n'influe plus la sécrétion du pancréas. Le pancréas règle donc la formation du sucre en exerçant une action frénatrice sur le centre excito-sécréteur médullaire du foie et sa sécrétion même est commandée par un centre excito-sécréteur bulbaire. La piqûre du bulbe inhibe passagèrement le centre excito-sécréteur du pancréas ou supprime le centre fréno-sécréteur du foie, d'où la même conséquence, l'hyperglycémie.

(1) Toujours, après l'ablation du pancréas comme après tous les traumas nerveux péri-pancréatiques, on observe une glycosurie purement hépatique qui ne dure que quelques heures, comme après la piqûre bulbaire chez les animaux marcottés. Cette glycosurie, chez les animaux alimentés, si l'excision du pancréas est incomplète, disparaît, tandis qu'elle continue et se confond avec la glycosurie due à l'absence du pancréas dans le cas contraire. Pour éliminer l'action du trauma nerveux, il faut donc toujours laisser un long intervalle après toute intervention sur la région pancréatico-hépatique, sinon on identifie à tort des glycosuries nerveuses centrales ou périphériques avec les glycosuries pancréatiques. (Thiroloix. In Th. de doct., 1892.)

Les sections de la moelle cervico-dorsale au-dessous de la quatrième paire cervicale ont pour conséquence la séparation du centre excito-sécréteur hépatique de son appareil nerveux périphérique du foie et, par suite, l'hypoglycémie. Ces expériences paraissent donc montrer que le pancréas, sans le système nerveux, ne peut faire l'hyperglycémie, le diabète. Ces centres nerveux excito ou fréno-sécréteurs agissent sur les ganglions sympathiques situés sur le trajet des nerfs qui les unissent aux glandes hépatique et pancréatique.

La comparaison faite entre l'appareil nerveux du foie et celle du cœur peut encore, ici, être continuée : pour le cœur, en effet, ces centres ganglionnaires sont indéniables. Cet organe a son centre frénateur au niveau des cellules d'origine du vague, son centre accélérateur dans la moelle, au niveau des cellules d'origine du sympathique; mais ni les frénateurs, ni les accélérateurs n'atteignent le muscle cardiaque directement, mais bien par l'intermédiaire des ganglions auxquels on accorde la fonction de centres nerveux comparables à ceux de la moelle et du bulbe. Le nerf frénateur ou accélérateur naît d'un centre, se termine aussi dans un centre et la spécificité d'action d'une fibre inter-centrale tient, non à la fibre elle-même, mais à son appareil terminal.

Ces ganglions puisent leur activité excitatrice (1) ou frénatrice dans les centres primitifs cérébro-spinaux et conservent la modalité physiologique qui lui a été communiquée tant que le centre antagoniste ne devienne prédominant. Ainsi, après l'ablation du pancréas et, par suite, annihilation du centre primitif frénateur-hépatique, le centre excitateur transmet aux relais ganglionnaires une impression dans le sens de la surexcitation, impression qu'ils conservent même après section médullaire inférieure. Inversement, la section médullaire, en isolant le centre excitateur spinal et en laissant ainsi toute prépotence au centre frénateur bulbaire, crée, dans les centres ganglionnaires une disposition réfrénatrice, que la suppression du frénateur, par l'ablation du pancréas, est ensuite impuissante à modifier.

La section de la moelle cervicale, suivie de la suppression du pancréas, a les mêmes effets que cette section médullaire suivie de la section juxta-bulbaire (hypoglycémie), de même que la section bulbaire, suivie de la section médullaire, amène un résultat identique (hyperglycémie) à celui qu'engendre la suppression du pancréas suivie de la section de la moelle épinière. Cette équivalence entre la suppression du pancréas et la section bulbaire amène à conclure que le pancréas dans la glycoso-formation agit par sa sécrétion interne en contenant l'activité du centre excitateur hépatique. C'est le véritable frein du foie. Enfin MM. Chauveau et Kaufmann, tenant compte du marasme dans lequel tombent les animaux dépancréatés, généralisent l'action modératrice de la sécrétion interne du pancréas à tous les tissus dont elles ralentissent la désintégration histolytique incessante.

M. Hédon (2), se basant sur les effets de la piqûre du plancher du quatrième ventricule chez les animaux rendus diabétiques par l'extirpation du pancréas, considère comme insoutenable l'hypothèse d'après laquelle la piqûre du bulbe provoquerait une action d'arrêt sur la sécrétion pancréatique, ce qui équivaudrait à une suppression momentanée de la glande. La simple piqûre du plancher du quatrième ventricule chez les chiens, dépourvus de leur pancréas, les animaux étant opérés dans différents états, soit à jeun, soit en digestion, lui a, en effet, toujours donné un accroissement de la glycosurie et de l'hyperglycémie; la piqûre du bulbe ajoute ainsi son effet à celui de l'extirpation du pancréas ou au moins renforce d'une façon notable l'action de la dépancréatisation. Ce résultat va donc à l'encontre de la proposition émise par MM. Chauveau et Kaufmann (l'hyperglycémie qui résulte de l'extirpation du pancréas n'est pas accrue par la section sous-bulbaire de la moelle), que la dépancréatisation suffit à porter au maximum l'annihilation du centre fréno-sécréteur du foie et à donner son plus haut degré de suractivité au centre antagoniste excitateur de la fonction glycoso-formatrice. Pour M. Hédon, malgré sa forte intensité, l'excrétion du sucre, après l'extirpation du pancréas, ne constitue nullement une glycosurie maxima : la piqûre du plancher du quatrième ventricule ne produit point la glycosurie par une action exercée sur le pancréas et si l'ablation du pancréas cause l'hyperglycémie en développant un trouble dans les fonctions du système nerveux, cette action des centres nerveux n'est point portée au maximum par cette opération. C'est ce que montre encore la piqûre bulbaire chez les animaux dépancréatés soumis au jeûne prolongé (1).

(1) Chauveau et Kaufmann. Le pancréas et les centres nerveux régulateurs de la fonction glycémique. Expériences concourant à démontrer le rôle respectif de ces organes dans la fonction glycogénique du foie, Acad. des sc., 13 mai 1893.

(2) Hédon, *Arch. de physiol.*, avril 1894, n° 2, p. 264.

(1) Thiroloix. Soc. de biol., 1894.

VIII

MM. Chauveau et Kaufmann ont apporté, à cette conception de l'action unique du pancréas sur le système nerveux, une atténuation considérable. Le foie est réglé par le pancréas; c'est là une notion incontestable. La suppression amène une suractivité maladive de la fonction glycémique. Comme les veines du pancréas se rendent dans la veine porte, il n'était pas illogique de supposer que le pancréas, dont la sécrétion interne, versée dans le sang, est apportée à la glande hépatique, agit directement sur la cellule hépatique (2). Les expériences instituées par M. Kaufmann (3) le démontrent (4).

En effet, après énervation du foie, le pancréas conservant ses relations nerveuses intactes, la piqûre bulbaire engendre encore l'hyperglycémie. L'action créée dans les centres nerveux sous l'influence de la piqûre diabétique est donc transmise simultanément au foie et au pancréas, et a pour effet l'hyperglycémie : ces deux organes sont simultanément influencés dans le sens de l'hyperglycémie. Aussi M. Kaufmann conclut-il que le pancréas a une action frénatrice sur la glycoso-formation hépatique, non seulement par le système nerveux, mais encore *en agissant directement* sur les éléments cellulaires du foie.

Le mécanisme de cette action est tout entier à élucider. Pourquoi la cellule hépatique, insuffisamment alimentée par la sécrétion pancréatique interne, laisse-t-elle d'abord seulement passer le sucre des féculents, puis, lors de la suppression radicale de cette sécrétion, forme-t-elle du sucre avec les albuminoïdes de l'alimentation, et enfin, avec les maté-

(2) Chauveau et Kaufmann. Soc. de biol., 1893. — Kaufmann. Mécanisme de l'hypoglycémie déterminée par la piqûre du quatrième ventricule et par les anesthésiques, Soc. de biol., 7 avril 1894.

(3) Kaufmann. Du mode d'action du pancréas dans la régulation de la fonction glycoso-formatrice du foie, Soc. de biol., 17 mars 1894.

(4) La section préalable des nerfs hépatiques n'a, dans nos expériences, que retardé l'apparition de la glycosurie après excision du pancréas. Pratiquée chez l'animal dépancréatisé, elle n'a fait disparaître le sucre des urines que pour quelques heures, un ou deux jours au plus (Thiroloix).

riaux du sang? C'est là une question que des expériences ultérieures viendront éclaircir.

IX

Quoi qu'il en soit, nous pouvons tirer de cet exposé une vue d'ensemble de l'appareil glycoso-formateur. Le foie et le pancréas en représentent les parties essentielles : l'un produit le sucre, l'autre lui fournit une substance absolument nécessaire, non à cette fabrication, mais à la limitation de cette fabrication et à la rétention du produit fabriqué et transformé dans les cellules hépatiques. Ces deux organes semblent réunis l'un à l'autre pour cette fonction, par le système sanguin veineux porte normalement, veineux porte et artériel chez les animaux marcottés. Les expériences suivantes ont été établies pour montrer la possibilité de créer, chez le chien, une glycosurie normale et un diabète d'ordre purement cellulaire. Un animal a subi les différentes interventions suivantes : dans une première opération, on a produit l'ectopie, dans une deuxième, extirpé tout le pancréas abdominal et sectionné le pédicule vasculo-nerveux pancréatique. La sécrétion interne pancréatique ne pouvait plus agir sur le foie que par l'intermédiaire des voies indirectes, veineuse-porte, artérielle ou nerveuse.

Douze jours après cette dernière opération, alors qu'une sécrétion externe normale était fournie par la greffe et que l'absence de glycosurie prouvait l'action de la sécrétion interne des cellules pancréatiques, sécrétion d'ordre cellulaire uniquement, on sectionne les nerfs allant au foie. Pendant deux jours, pas de glycosurie. L'animal boit du lait et de l'eau. Le pancréas ne pouvait plus dès lors agir, pour empêcher la glycosurie d'éclater, que par la voie sanguine. Pour démontrer l'action cellulaire conjuguée de ces deux organes énervés, l'un abdominal, l'autre sous-cutané, on a enfin extirpé la portion pancréatique greffée. L'animal, pendant les huit jours qu'il a survécu, a été constamment glycosurique (Thiroloix).

On peut donc conclure que, s'il existe une action incontestable du système nerveux sur le pancréas, l'influence inverse du pancréas sur le système nerveux est loin d'être évidente chez les animaux.

Cette association de deux glandes réunies chez l'homme et les animaux par le système veineux porte, se montre dans toute son intimité chez certains poissons, animaux chez lesquels les glandes sont confondues, le pancréas étant disposé le long des ramifications portes intra-hépatiques. Nous devons cette démonstration à MM. Legouis et Laguesse (1).

Ces deux organes, foie et pancréas, ainsi unis, sont eux-mêmes actionnés par le système nerveux qui en renferme les centres régulateurs.

Le bulbe contient les centres excito-sécréteur pancréatique et *frénateur* hépatique, la moelle cervicale supérieure, le centre sécréteur hépatique.

La suppression du pancréas, l'inhibition réflexe ou directe des centres sécrétoires bulbaires auront les mêmes conséquences, l'hyperglycémie par arrêt de la sécrétion interne du pancréas ou exaltation fonctionnelle des cellules hépatiques [diabètes pancréatiques cellulaire, nervoso-cellulaire et hépatique bulbaire (2)].

(1) Laguesse. Structure du pancréas et pancréas intra-hépatique chez les poissons, Acad. des sc., 23 fév. 1891.

(2) La clinique n'a pu encore dissocier ces deux variétés englobées sous l'étiquette nerveuse; l'expérimentation pourtant démontre leur indépendance. La formule « tous les diabètes sont pancréatiques » n'est pas exacte. [Piqûre bulbaire chez les animaux porteurs d'une marcotte pancréatique (Thiroloix).]

Enfin, si nous réunissons les résultats fournis par les expériences des greffes pancréatiques et des sections des nerfs hépatiques directs et péri-artériels, nous pouvons conclure que la glycoso-formation peut ne dépendre, au fond, chez l'animal, que des propriétés inhérentes aux cellules propres de chacun des deux organes, foie et pancréas. Le processus de la formation du sucre est d'ordre cellulaire, mais, néanmoins, réglé par le système nerveux, la production du sucre devant être dans l'organisme en rapport avec les besoins de la consommation.

Chez l'homme, la glycosurie, le diabète, peuvent résulter de la lésion d'une partie quelconque du système glycogénique, des cellules hépatiques ou pancréatiques (la cellule pancréatique n'est qu'une portion aberrante, extériorisée, de la cellule hépatique) qui produisent, ou du système nerveux qui règle leur sécrétion.

Chez l'homme, la fréquence des lésions nerveuses l'emporte de beaucoup sur les lésions cellulaires. La lésion centrale directe ou réflexe du centre bulbaire glycogénique, du centre de la sécrétion pancréatique, équivaut à la destruction cellulaire du pancréas. Ces deux désordres, si différents, ont pour effet l'*exaltation fonctionnelle de la cellule hépatique*. Le pancréas, dont le rôle a paru si longtemps effacé, devient ainsi l'un des principaux rouages de l'économie, puisqu'il est indispensable pour le bon fonctionnement de la nutrition, de la calorification. Cet immense rôle explique peut-être que des quantités pour ainsi dire impondérables de son parenchyme suffisent pour assurer la marche régulière de la glycoso-formation. Ces données, péniblement acquises, n'ont pas modifié le traitement du diabète, qui est aujourd'hui encore plongé dans l'empirisme le plus complet. Ne connaissant actuellement que très peu de choses sur les conditions nécessaires à la cellule hépatique pour la production sucrée, nous ne pouvons agir que d'une façon très peu efficace.

— Par décret, en date du 3 décembre 1894, ont été promus et nommés dans le corps de santé des colonies et pays de protectorat :

Au grade de médecin en chef de première classe. — M. le médecin en chef de deuxième classe des colonies Lecorre.

Au grade de médecin de deuxième classe. — MM. Rousselin, ancien médecin de la marine; Vassal, Brau et Chabaneix, médecins auxiliaires de deuxième classe de la marine.

— Par décret, en date du 4 décembre 1894, M. le docteur Georges, médecin aide-major de première classe à la direction du service de santé de la division d'Alger, a été nommé chevalier de la Légion d'honneur. (Titres exceptionnels; s'est particulièrement distingué au combat de Hassi-bou-Khanfous.)

— *Faculté de médecine de Paris.* — M. Bezançon (Fernand) est nommé chef de laboratoire de clinique chirurgicale à la Pitié.

M. Deharbe (Henri-Marie-Achille) est nommé préparateur du laboratoire de pharmacologie.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 143. — MARDI 11 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 11 DÉCEMBRE 1894. — N° 143.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE....... 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 10 décembre 1894.

La séance de la Société médicale des hôpitaux (30 novembre) a été consacrée presque entièrement à la discussion du traitement de l'appendicite et de la pérityphlite, discussion soulevée par l'intéressant mémoire présenté par M. Millard dans la dernière séance. MM. Le Gendre, Sevestre, Moizard, Albert Mathieu, Lemoine et du Cazal ont successivement pris la parole.

Tout le monde est d'accord pour admettre que la plupart des chirurgiens ont eu, depuis quelques années, tendance à intervenir trop souvent dans le traitement de l'appendicite et de la pérityphlite. L'observation clinique démontre, en effet, que cette maladie guérit, dans le plus grand nombre des cas, sans opération.

M. du Cazal, qui voit par an cinq ou six cas de pérityphlite chez les jeunes soldats soignés à l'hôpital du Val-de-Grâce, adopte complètement les idées de M. Millard sur la conception de la maladie et sur son traitement. Les autres auteurs s'en écartent plus ou moins. Ils trouvent que M. Millard n'a pas fait une place suffisante à la chirurgie ; il ne faut pas intervenir à tout propos, l'intervention sanglante doit être plus rare que la non-intervention, mais il importe cependant de savoir que l'opération s'impose dans un certain nombre de cas.

En somme, il conviendrait d'opérer dans les cas suivants :

1° Dans les cas de péritonite généralisée par perforation ;
2° Dans les cas d'appendicite perforante à marche aiguë ;
3° En cas de collection purulente d'un certain volume ;
4° En cas d'appendicite à répétition.

Ce sont, du reste, à peu près exactement les indications données déjà par M. Talamon dans son remarquable travail sur l'appendicite.

A quel moment faut-il intervenir? En présence de quels signes? Ces deux questions soulèvent de grandes difficultés en pratique, surtout lorsqu'il s'agit des cas aigus correspondant à la seconde catégorie de l'énumération précédente.

MM. Le Gendre, Sevestre, Moizard et Mathieu sont d'accord pour déclarer qu'il faut surveiller les malades de très près et qu'il vaut mieux, dans le doute, en fait d'intervention, pencher vers l'opération que vers l'abstention.

MM. Le Gendre, Sevestre et Moizard insistent pour qu'on fasse, autant que possible, le diagnostic différentiel de la pérityphlite d'origine stercorale et de l'appendicite. Ils croient ce diagnostic possible dans un certain nombre de cas.

M. Moizard fait observer, avec raison, que la typhlite ne se rencontre guère chez l'enfant ; chez lui, c'est toujours à l'appendicite qu'on a affaire.

Il faut savoir aussi que l'appendicite a, chez l'enfant, une marche plus aiguë et plus intense que chez l'adulte ; chez lui, il faudrait moins hésiter à opérer.

M. Albert Mathieu, sans nier l'existence de la typhlite, croit qu'il ne faut pas trop s'attarder à faire le diagnostic entre la typhlite et l'appendicite ; mieux vaut pour le malade admettre une appendicite qui n'existe pas que d'en méconnaître une qui existe réellement.

L'ancienne typhlite par engorgement cæcal réclamait ou semblait réclamer d'emblée une purgation suffisamment énergique. Avec l'appendicite il convient d'être beaucoup plus prudent.

MM. Le Gendre, Sevestre, Moizard, Mathieu ne veulent pas qu'on purge les malades atteints d'appendicite dès le début. Il faut, au contraire, les immobiliser complètement, et, avec M. Le Gendre, ne pas craindre de leur administrer des doses élevées d'opium ou de morphine. Les purgatifs doivent être donnés seulement lorsque les phénomènes locaux présentent moins d'intensité et que la menace de perforation, de péritonite généralisée est moins grande. Il faut laisser aux adhérences protectrices le temps de se produire. Ce sont elles qui défendront la grande cavité péritonéale contre l'invasion du pus.

Les purgatifs employés seront des purgatifs doux ; il semble que la préférence doive être donnée à l'huile de ricin dont il est facile de modérer l'action en la faisant prendre par cuillerées à café. Il est même prudent de n'en donner qu'une seule le premier jour où on purge. Plus tard on en donne plusieurs en les espaçant d'heure en heure.

MM. Le Gendre et Mathieu ont réclamé en faveur de la glace proscrite par M. Millard.

La discussion continuera certainement dans la prochaine séance.

M. E. Hirtz présente un malade atteint d'une atrophie

musculaire envahissante, à marche rapide, non symétrique avec paralysie labio-glosso-laryngée.

Comme nous l'avions prévu, il a encore été question de l'appendicite et de la pérityphlite à la Société médicale des hôpitaux (séance du 7 décembre).

M. Huchard conte l'histoire d'un malade qui, après avoir eu trois ans auparavant des accidents de pérityphlite et en avoir complètement guéri, en apparence, a succombé à une appendicite perforante avec péritonite généralisée. En réalité, la guérison n'avait jamais été aussi parfaite que le pensait le malade, car il avait persisté dans sa fosse iliaque droite une induration qui devenait parfois le siège de poussées douloureuses. On eût donc été bien inspiré, dans ce cas, si l'on eût fait la résection de l'appendice malade, à froid, après la crise initiale.

Il faut donc ne pas perdre de vue les personnes qui ont eu une pérityphlite, et ne pas les considérer comme hors d'affaire lorsque se sont éteints les accidents inflammatoires locaux et la réaction fébrile. Il faut surveiller avec soin leur hygiène, et, en cas de phénomènes douloureux récidivants, soulever la question de l'intervention chirurgicale.

Chez des malades donnés comme guéris à leur sortie de l'hôpital, on signale souvent la persistance d'une induration plus ou moins étendue dans la région cæcale; ce peut être la menace d'une rechute à plus ou moins longue échéance, et pour savoir à quoi s'en tenir sur les succès médicaux, il faudrait savoir ce que les malades sont ultérieurement devenus.

M. Rendu résume la discussion et y ajoute quelques remarques personnelles pleines d'intérêt. Il constate que l'on est d'accord sur un certain nombre de points : l'existence isolée de la pérityphlite d'origine cæcale et de l'appendicite, sur la guérison du plus grand nombre des cas sans opération, sur la nécessité de ne pas donner trop tôt des purgatifs, et, au contraire, d'immobiliser l'intestin par l'opium ou la morphine. Pour sa part, il applique volontiers, au début, des ventouses ou des sangsues, ayant constaté que ces émissions sanguines amenaient, le plus souvent, une amélioration manifeste des phénomènes inflammatoires et douloureux.

Tout le monde est d'accord aussi pour admettre, dans certains cas, la nécessité de l'intervention chirurgicale; ce qu'on a beaucoup moins nettement précisé, c'est le moment auquel il convenait de provoquer cette intervention.

Il pense, avec MM. Sevestre et Moizard, que, chez les enfants, les formes à début brusque sont plus fréquentes, et qu'il convient, chez eux, d'opérer plus rapidement que chez l'adulte.

Cependant, il ne faut pas s'en laisser imposer par l'intensité des phénomènes initiaux; il faut laisser passer ce premier orage, plus bruyant que dangereux, dû souvent au péritonisme plus qu'à la péritonite. Au bout de douze ou quinze heures, si les accidents ne se calment pas, il faut opérer.

Il faut opérer encore lorsque, après une accalmie passagère, la tuméfaction pâteuse, la persistance de la fièvre à exaspérations vespérales indiquent l'existence d'une collection purulente.

Les cas les plus difficiles sont ceux dans lesquels, malgré un début insidieux d'intensité restreinte, il se fait une perforation, de la suppuration et quelquefois des accidents pyohémiques.

L'embarras est beaucoup moins grand pour l'appendicite à répétition; là, il faut opérer à froid, entre deux crises, et réséquer l'appendice malade; l'intervention paraît devoir être à peu près toujours couronnée de succès.

M. Moizard a fait une communication extrêmement importante sur les résultats du traitement de la diphtérie à l'hôpital Trousseau, pendant les mois d'octobre et de novembre, par le sérum de l'Institut Pasteur. Les résultats obtenus ont été très favorables et la statistique qui les représente est encore en progrès sur les statistiques précédentes.

La communication de M. Moizard est un modèle de clarté et de sobriété; nous considérerons comme un devoir de la donner *in extenso*, dès qu'elle aura été publiée. Nous n'en donnerons donc, ici, qu'un aperçu sommaire.

Contrairement à ce qui se faisait jusque-là, on a fait un triage préalable parmi les enfants venus à l'hôpital avec une angine suspecte. Dès leur entrée dans la salle d'observation, ils ont reçu tous, sans distinction, une injection de 20 centimètres cubes de sérum antidiphtéritique. On a ensuite séparé les uns des autres les enfants atteints de diphtérie simple, angine et croup, d'angine diphtéritique avec association microbienne, de scarlatine ou de bronchopneumonie. C'est un moyen d'empêcher les infections secondaires, que l'on sait être très meurtrières dans ces conditions.

Sur 302 enfants, 53 n'étaient pas atteints de diphtérie. Restent 249 enfants : 18 étaient encore en traitement au moment où M. Moizard a quitté le service de la diphtérie. Les 231 autres ont donné 34 morts, soit 14,61 p. 100. Or M. Roux, dans sa communication au Congrès de Buda-Pesth, avait annoncé une mortalité de 26 p. 100. M. Moizard est persuadé que cela ne tient pas à la bénignité de l'épidémie actuelle.

Dans cette statistique, on n'a fait aucune élimination, de façon à avoir des chiffres comparables aux chiffres précédemment produits.

Cependant on eût eu le droit d'en soustraire 9 cas dans lesquels, vu la gravité de l'état des malades à leur entrée, le sérum n'avait certainement pu leur être d'aucune utilité. La mortalité tomberait ainsi à 11,26 p. 100.

Or, avant les deux derniers mois (octobre et novembre), la mortalité des diphtériques à l'hôpital Trousseau s'élevait au chiffre effrayant de 50 p. 100.

Dans les résultats obtenus, il faut certainement faire une place suffisamment large à l'isolement des malades par types séparés, de façon à supprimer dans la mesure du possible les contagions secondaires. Cette amélioration est cependant certainement insuffisante pour expliquer l'abaissement considérable de la mortalité et il faut bien reconnaître que l'amélioration obtenue est due, avant tout, à l'emploi du sérum préparé par M. Roux.

M. Moizard donne ensuite la statistique particulière relative aux diverses formes et localisations de la diphtérie; il discute la valeur relative du tubage et de la trachéotomie, il indique comment on doit procéder dans chaque catégorie de cas au point de vue de l'injection du sérum; enfin, il énumère les divers accidents qui paraissent attribuables au sérum, accidents peu graves du reste et qu'on pardonnera facilement à la méthode, comparaison faite de ses avantages.

M. Moizard est persuadé de la valeur réelle des injections

préventives du sérum antidiphtérique; il cite un certain nombre de travaux favorables aussi à cette immunisation au moins momentanée.

Nos lecteurs voudront certainement lire dans son texte intégral ce très intéressant travail, que nous publierons jeudi; aussi nous bornerons-nous ici à ce court résumé. Il y a lieu d'espérer que l'on obtiendra dans l'avenir des résultats plus favorables encore. Il faut pour cela commencer le traitement le plus tôt possible et avoir pour les enfants hospitalisés une installation moins défectueuse que celle qui existe encore à l'heure actuelle.

En attendant, on sera heureux de voir les résultats de la sérumthérapie recueillis, exposés et commentés par un clinicien aussi instruit que M. Moizard et d'un jugement aussi droit. Il ne paraît pas y avoir là trace de l'emballement bien excusable qui accueille volontiers à son apparition une méthode destinée à délivrer l'humanité d'un de ses plus terribles ennemis.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Landouzy.

Nécessité de l'examen bactérioscopique; manière de recueillir et d'expédier une fausse membrane; intérêt de l'examen bactérioscopique pour le pronostic.

Je vous disais, dans la dernière leçon, de ne pas croire que le diagnostic de la diphtérie fût devenu inutile sous prétexte que nous avons un remède spécifique de cette maladie; certes, vous agirez sagement en faisant, dans le doute, sans retard, une injection d'antitoxine; mais vous n'en aurez pas moins le devoir de faire le diagnostic, puisque nous disposons actuellement de moyens d'investigation que n'avaient pas nos pères, puisque nous avons, grâce à la bactérioscopie, une acuité de sens, une acuité de pronostic, dont il faut savoir profiter. Or, en ville comme à l'hôpital, ce dont on vous saura gré, ce n'est pas tant d'un excellent diagnostic que d'un bon pronostic, car c'est de ce point seulement que les clients, comme les jeunes étudiants, peuvent être juges. Si vous avez affirmé par avance la nature et l'issue d'une angine, désormais on aura confiance dans votre intervention. Dans une fausse membrane, il y a du bacille de Klebs-Lœffler ou il n'y en a pas, c'est d'une rigueur mathématique; vous devez donc considérer comme un axiome qu'il n'y a pas de diagnostic de diphtérie sans examen bactérioscopique.

Cet examen, comment peut-on le faire? La chose est très facile, quel que soit l'éloignement où vous vous trouviez. Même en pleine campagne, les moyens de communication vous permettent aujourd'hui d'avoir, en quarante-huit heures, la réponse d'un laboratoire quelconque. Tous les médecins ont chez eux des tubes à essai, et il suffit d'en mettre un dans l'eau bouillante pour le rendre aseptique. Dans n'importe quelle famille, on peut avoir une aiguille à tricoter et une cuillère; on passe ces deux objets dans la flamme d'une lampe à alcool, et, après s'être lavé les mains, de peur d'introduire soi-même du streptocoque dans la gorge du malade, on se sert de la cuillère comme abaisse-langue, et, à l'aide de l'aiguille, on détache un fragment de fausse membrane que l'on met dans le tube à essai; on bouche ce tube avec un tampon d'ouate ou tout autre objet aussi propre que possible, et on l'expédie dans un laboratoire. Au besoin, si vous n'aviez pas un tube sous la main, vous pourriez recueillir la fausse membrane dans un linge aseptiquement propre. J'entends par là qu'il ne faudrait pas se contenter d'un chiffon pris dans l'armoire à linge de la ménagère, mais le faire bouillir soi-même avant de s'en servir.

Certaines initiatives privées se sont déjà mises à la disposition des médecins pour leur permettre de recevoir et d'expédier les fausses membranes dans les meilleures conditions possible. On leur a offert de se charger des analyses et on a mis à leur disposition des trousses ainsi composées : 1° un fil de platine légèrement aplati à l'une de ses extrémités pour recueillir les fausses membranes; 2° un premier tube destiné à contenir la fausse membrane; 3° deux tubes de sérum coagulé pour culture. Il suffit, pour les ensemencer, de gratter légèrement la fausse membrane avec le fil de platine, et de faire, dans le sérum coagulé, une série de raies parallèles, sans avoir à recharger le fil de platine. Vous ensemencez de cette façon un ou deux tubes, et si vous ne voulez pas faire l'examen vous-même, vous les expédiez au laboratoire, qui peut faire parvenir la réponse trente-six heures après avoir reçu l'envoi.

Il est d'ailleurs regrettable que tous les médecins ne sachent pas faire ces examens. En Amérique, les pharmaciens eux-mêmes font l'examen des fausses membranes. En France, je sais des médecins qui ont appris la bactérioscopie... du vétérinaire de leur petite ville. Vous n'ignorez pas, en effet, que cette science a déjà rendu de très grands services à l'art vétérinaire, notamment au point de vue du charbon et de la morve. Mais je suppose que vous ayez l'habitude du laboratoire et que vous vouliez faire vous-mêmes l'examen des fausses membranes. Comment vous y prendrez-vous?

Même sans grandes ressources, un médecin ingénieux peut toujours se tirer d'affaire. Mon élève et ami M. Queyrat se trouvant à la campagne, sans étuve, en a monté une de la façon suivante, qui est à la portée de tout le monde : il a immobilisé une poule, a fixé sous son aile le tube de sérum ensemencé, et, au bout de douze heures, les colonies étaient apparentes.

Dans le tube de sérum, s'il ne s'est produit aucune tache au bout de vingt-quatre heures de séjour à l'étuve à 35 degrés, on peut affirmer, en thèse générale, qu'il n'y a pas de bacilles de Klebs. J'insiste pour que vous prépariez cette culture, car il pourra vous arriver qu'en faisant au microscope, après raclage, l'examen direct des fausses membranes, vous ne trouviez pas de bacilles de Klebs; mais ce que ne vous aura pas dit ce soir l'examen bactérioscopique, la culture vous le dira demain. Ce fait n'est pas rare, et il est arrivé aux hommes de laboratoire les plus experts et à M. Roux lui-même. Il n'y a pas aujourd'hui en médecine d'examen scientifique rigoureux qui ne passe de la clinique au microscope, du microscope au tube de culture et même au terrain vivant.

En général, une diphtérie simple, c'est-à-dire une diphtérie où il n'y a que des bacilles de Klebs isolés, peut être considérée comme bénigne; celle qui s'accompagne de streptocoques s'annonce mal, et encore plus mal celle où il y a des staphylocoques. Mais, en plus de ces données, il existe d'autres facteurs : la virulence de la culture et la réceptivité du terrain; en sorte que des diphtéries *simples* ont été très sévères et se sont terminées par la mort.

Or, si vous avez inoculé les bacilles recueillis dans un cas donné à un cobaye, vous aurez, par les effets produits chez cet animal, des renseignements précieux sur la virulence de

votre culture. Ainsi, vous pourrez obtenir par l'expérimentation des éclaircissements que le plus habile des cliniciens ne vous donnera jamais.

Un tube ensemencé se présente dans les conditions suivantes au bout de vingt-quatre heures : on y voit de véritables taches ressemblant à de petites taches de bougies. Elles sont rondes, blanc grisâtre, et, en mettant le tube entre le jour et l'œil, on constate que le milieu de cette tache est opaque relativement à la périphérie, qui est translucide ; ce caractère permet à un œil exercé de conclure immédiatement : voilà de la diphtérie. Le coccus de Brisou produit des taches un peu moins larges et partout translucides. Mettez bien dans votre mémoire ces deux équations : Tache assez grande, avec opacité centrale, diphtérie ; tache moins grande, sans opacité, coccus de Brisou, sans importance.

Malgré toute leur valeur, les caractères bactérioscopiques ne donnent pas un degré de certitude absolue, pas plus que les signes d'auscultation dans les affections pulmonaires. Certains médecins exploitent cette non-infaillibilité de la méthode pour se refuser encore à l'employer, comme, après la découverte de Laënnec, certains se refusaient à mettre leur oreille sur une poitrine. Il n'y a pas d'invective qu'on n'ait adressée jadis à Laënnec, et il était naguère de bon ton de plaisanter la bactérioscopie. Il ne faudrait pourtant pas prendre l'habitude de diviser les médecins en médecins qui font de la clinique et en médecins qui font du laboratoire : le même homme doit user des deux méthodes. Car il est aussi facile de *lire* une tache dans un tube que de lire un tracé sphygmographique. Si je m'appesantis sur ces questions, c'est qu'elles ont, à l'heure présente, une grande importance au point de vue de la discipline médicale.

Outre les taches déjà signalées, on peut voir, au bout de vingt-quatre heures, dans le tube, des taches beaucoup plus petites et toutes rondes représentant la streptococcie, et, dans ce laps de temps, vous savez si vous avez affaire à de la diphtérie simple ou associée. Il nous est arrivé à tous, qui avons vieilli dans la médecine des enfants, d'avoir fait au lit du malade un diagnostic de diphtérie, et d'avoir été démentis par l'examen bactériologique, qui nous répondait : Il n'y a pas de bacilles de Klebs, il y a seulement de la streptococcie. Il y a trois jours, il se présentait dans mon service, à l'hôpital Laënnec, une femme envoyée par un médecin de mes anciens élèves, avec ce diagnostic : fausse membrane ayant tous les caractères de la diphtérie. Comme nous étions du même avis, nous avons fait à cette malade une injection d'antitoxine et, au bout de vingt-quatre heures, elle allait déjà beaucoup mieux. Mais le microscope et le tube de culture nous ont appris que les fausses membranes ne contenaient que du streptocoque. Voilà donc une erreur de diagnostic clinique qui avait été faite par plusieurs hommes rompus à la clinique. MM. Queyrat et Gaucher m'ont raconté avoir commis la même erreur tout récemment encore.

Dans d'autres cas, l'examen bactérioscopique a décelé à la fois la streptococcie et la staphylococcie, dont je vous parlerai dans la prochaine leçon. A notre grande satisfaction, nous avons vu que les fausses membranes, en l'absence de toute diphtérie, s'étaient très bien modifiées et nettoyées par l'injection d'antitoxine. Je pourrais multiplier les exemples de cette espèce, mais j'ai l'intention de vous exposer ultérieurement cette action de l'antitoxine sur les membranes pseudo-diphtéritiques.

LA TUBERCULOSE DANS LA RACE JAUNE

Le docteur Er. Martin a publié, dans le numéro du 17 novembre de la *Revue scientifique*, un travail sur la tuberculose dans la race jaune. Il n'existe pas, à notre connaissance, de solution à cette question, dans la bibliographie médicale : il était donc intéressant d'être renseigné sur la statistique de cette affection chez une nation qui, à elle seule, forme le tiers environ de la population du globe.

L'auteur pose en principe que la pathologie comparée des diverses races est basée sur les considérations relatives aux mœurs, aux institutions, en un mot sur ce qui constitue l'état social d'un peuple ; cette proposition s'applique surtout à l'affection tuberculeuse si justement dénommée : le mal de civilisation.

Il applique donc cette donnée à la race jaune : il en étudie les institutions, l'hygiène, les particularités ethniques et biologiques, et il arrive à montrer que leur influence plaide en faveur d'une immunité relative vis-à-vis de la tuberculose et cette conclusion se trouve pleinement corroborée par les recherches statistiques sur la morbidité et la léthalité.

Cette revue, dans les détails de laquelle nous ne pouvons entrer, intéressera ceux qui veulent se tenir au courant des questions de géographie médicale, et nous ne pouvons que les engager à jeter les yeux sur le travail de notre confrère qui, ayant passé plusieurs années dans ces contrées, a pu se livrer à la recherche de ces faits.

Après avoir présenté les conclusions, le docteur Martin se demande si cette infériorité numérique de la tuberculose n'est pas destinée à se modifier dans l'avenir? Cette question lui est suggérée par les graves événements politiques qui se passent actuellement. La résistance de la Chine à l'européanisation est à la veille d'être vaincue : un ordre social nouveau fera place à l'ancien, et on peut prévoir que, si la civilisation occidentale envahit la race jaune, elle en éprouvera sans doute les bienfaits, mais aussi les vices inséparables de cette civilisation : telle est la loi fatale mise en lumière par de nombreux faits révélés par l'ethnographie.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 5 décembre. — Présidence de M. L.-Championnière.

COMMUNICATIONS

Hydronéphrose bilatérale. — M. Reclus revient sur l'observation du malade dont il a présenté les pièces dans la dernière séance. Il s'agissait d'un homme de trente-deux ans, qui commença à ressentir une gêne intermittente dans la région lombaire gauche, qui bientôt devint une véritable douleur. En même temps, apparut une saillie qui s'accrut progressivement. On fit une ponction qui donna issue à 7 litres d'un liquide coloré. Depuis ce temps, cette tumeur se reproduisit et disparut à plusieurs reprises, et cette disparition coïncidait toujours avec l'émission, par l'urèthre, d'une grande quantité de liquide semblable à celui de la ponction. Les choses allèrent ainsi pendant trois ans. Mais la tumeur devint plus volumineuse, et il fallut recourir à une seconde ponction qui donna 10 litres du même liquide. A partir de cette époque, l'hydronéphrose, d'intermittente qu'elle était, devint fermée et nécessita plusieurs ponctions dont l'une s'accompagna de phénomènes péritonitiques et amena la transformation purulente du liquide. L'augmenta-

tion du volume de la tumeur est devenue telle, dans ces derniers temps, qu'une opération radicale s'imposait. On sentait, à la palpation, une énorme tumeur fluctuante formée de deux lobes, dont l'un remplissait toute la moitié gauche de l'abdomen et dont l'autre s'étendait du côté droit.

A l'ouverture de l'abdomen, en effet, M. Reclus constata la présence d'une énorme poche rétrécie en son milieu et formant deux diverticules d'inégal volume. L'ablation de cette poche, après ligature, n'offrit pas de difficultés. Pendant quarante-huit heures, tout alla bien; le cours des urines était redevenu normal. Mais bientôt les urines devinrent de plus en plus rares, et le malade mourut d'urémie après sept jours.

M. Reclus constata, à l'autopsie, que le rein gauche n'existait plus comme glande et qu'il constituait une poche en forme de bissac, dont la partie rétrécie correspondait au hile, au niveau duquel se trouvaient les moignons des deux diverticules. L'uretère était aplati. Quant au rein droit, il était bosselé, volumineux et, présentait, à peu de chose près, les mêmes altérations que le rein gauche. Le bassinet paraissait intact, mais l'uretère était tordu en deux points séparés l'un de l'autre par une dilatation fusiforme et reliés entre eux par une bride périphérique.

Dans cette observation, M. Reclus signale particulièrement le volume considérable de la tumeur, l'aspect sanguin du liquide, la marche de l'affection qui a été successivement une hydronéphrose intermittente, puis une hydronéphrose fermée, enfin l'absence de fonctionnement du rein droit.

RAPPORTS

Luxation du coude. — M. NÉLATON fait un rapport sur une observation de M. Walther relative à une luxation du coude en arrière qui résista à plusieurs tentatives de réduction. M. Walther endormit le malade et s'assura que la réduction était possible, mais qu'elle ne se maintenait pas. Il fit alors, séance tenante, l'arthrotomie, et vida la cavité articulaire des caillots qu'elle contenait. Il vit alors que quelques fibres musculaires se trouvaient interposées entre la trochlée et le cubitus, que l'apophyse coronoïde avait été arrachée dans sa partie osseuse et que sa lame cartilagineuse, restée en place, formait l'obstacle à la réduction.

M. Walther a enlevé alors cette lame cartilagineuse, a réduit, lavé l'articulation, réuni et obtenu une réunion immédiate et le retour des fonctions du membre.

M. Nélaton admet difficilement qu'on puisse, dans ce cas, expliquer l'irréductibilité par la présence d'une lame cartilagineuse de quelques millimètres. Avant de pratiquer l'arthrotomie, M. Nélaton pense qu'on aurait pu, dans ce cas, essayer des tractions élastiques qui donnent souvent de bons résultats et sont trop généralement négligées dans ces cas.

Ligature de l'iliaque externe. — M. CHAUVEL fait un rapport sur deux observations adressées par M. Nicot (de Mostaganem). Dans la première observation, il s'agit d'une plaie de la fémorale par un coup de couteau. Il y eut une abondante hémorragie. On applique un pansement compressif. On l'enlève dix jours après et l'hémorragie se reproduit. M. Nicot pratique alors la ligature de l'iliaque externe. La guérison fut obtenue. Il resta seulement un peu d'insensibilité du pied et il se forma une petite plaque de gangrène à la partie inférieure de la jambe. M. Chauvel estime que, dans ces cas, il vaut mieux lier les deux bouts de l'artère.

Abcès du foie. — Dans la seconde observation, il s'agit d'un abcès du foie compliqué d'ascite, que M. Nicot a traité par la méthode de Little. La guérison a été obtenue assez rapidement. On avait fait antérieurement deux ponctions, dont la première avait amené 600 grammes et la seconde 2 litres de pus.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE fait observer que M. Zancarol, dans un mémoire qu'il vient de faire sur ce sujet, repousse les ponctions et se montre partisan de l'intervention d'emblée. Il faut, le plus souvent, suturer l'abcès à la paroi avant de l'inciser.

M. QUENU pense que les ponctions exploratrices, dans les abcès du foie, peuvent être dangereuses. Il cite un cas dans lequel la paroi de la poche était tellement mince, qu'au cours de l'opération, sous l'influence d'un effort de toux, elle se creva. Heureusement que l'abcès était déjà circonscrit par des sutures et isolé de la cavité péritonéale.

M. MICHAUX rappelle un cas de M. Peyrot, dans lequel le pus d'un abcès du foie s'écoula ainsi dans le péritoine. Mais il ne survint aucun accident, parce que ce pus, comme il arrive souvent, était stérile.

M. PEYROT ajoute qu'à côté de ces cas, il en est dans lesquels le pus des abcès du foie est très virulent. Mieux vaut donc toujours prendre des précautions.

PRÉSENTATIONS

Genu valgum; ostéotomie. — M. BERGER présente un jeune homme qu'il a opéré d'un double genu valgum par ostéotomie. La rectitude des deux membres est absolue.

Double pied-bot varus équin. — M. POIRIER présente un jeune malade qu'il a opéré d'un double pied-bot varus équin par l'ablation des deux astragales. Ce jeune homme marche très bien.

Méningite d'origine traumatique. — M. MICHAUX présente, au nom de M. Benjamin Anger, un cerveau atteint d'encéphalite de la base, résultant de la présence d'une balle de revolver qui avait perforé la fosse temporale et qui s'était logée sous la dure-mère.

Appendicite. — M. DELORME présente un appendice qui s'est éliminé spontanément après une simple incision d'un abcès péri-appendiculaire.

La séance est levée.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par arrêté ministériel, en date du 7 décembre 1894, la chaire de pathologie externe de la Faculté de médecine de Lyon est déclarée vacante.

— *Faculté de médecine de Lille.* — Sont proclamés lauréats de ladite Faculté :

Première année : Prix, M. Le Lorier; mention honorable, M. Drugbert.

Deuxième année : Prix, M. Jouvenel; mention honorable, M. Chrétien.

Troisième année : Prix, M. Potel; mention honorable : M. Biérent.

Quatrième année : Prix, M. Laurent.

Prix de la Société des amis de l'Université de Lille : M. Coez.

Prix de thèses : Premier prix, M. Crépin; deuxième prix, M. Marivint; première mention honorable, M. Doisy; deuxième mention honorable, M. Guibert; troisième mention honorable, M. Hermand.

Thèses désignées par la Faculté : MM. Caron, Deroubaix et Mizon.

Prix Parise : M. Lambert.

— *École de médecine de Nantes.* — Ont été proclamés lauréats de ladite École :

Première année : Premier prix, M. Rabalant; deuxième prix *ex æquo*, MM. Joïcon et Rochard; accessits, MM. Chauvin et Paquier; mention honorable, M. Simon.

Deuxième année : Premier prix *ex æquo*, MM. Frappier et Schmitt; accessit, M. Montfort.

Troisième année : Premier prix, M. Fillion; deuxième prix, M. Rouger; accessits, MM. Pelletier et Caillaud.

Quatrième année : Prix, M. Mouillé.

Prix de clinique : Premier prix, M. Aubineau.

Prix Marcé : M. Aubineau.

Prix de clinique ophtalmologique : M. Sourisse.

Prix Guépin : M. Sourisse.

— Le concours de l'internat de l'asile d'aliénés de Bron vient de se terminer par les nominations suivantes : Internes titulaires, MM. Foy, Audemard et Papillon; — internes suppléants, MM. Bouveyron et Naussac.

— Il est nommé, à la Maternité de Paris, un accoucheur en chef, directeur de l'École d'accouchements, et un accoucheur adjoint. Le service de gynécologie de la Maternité est transféré dans le service d'accouchements de Cochin, et un même nombre de lits d'accouchements est transporté de Cochin à la Maternité.

Le chirurgien chargé du service d'accouchements et de gynécologie à Cochin, prend le titre de chirurgien consultant de la Maternité; il devra être appelé pour toute opération ne nécessitant pas directement la pratique des accouchements.

La consultation de gynécologie de la Maternité est transportée pour la partie médicale à la Charité (service de M. Labadie-Lagrave) et pour la partie chirurgicale, à Cochin (service de chirurgie consultante).

— MM. les docteurs ès sciences naturelles Bordas et Gaubert sont nommés stagiaires près le Muséum d'histoire naturelle, pendant l'année scolaire 1894-1895.

— M. le docteur Huber est nommé médecin du lycée d'Amiens (emploi vacant).

— *Campagne de Madagascar.* — Le projet de loi déposé à la Chambre a fixé à 65 millions les dépenses prévues. Sur les 43 millions et demi accordés au ministère de la Guerre, 2 millions et demi seraient réservés au service de santé.

— *Administration sanitaire.* — Récemment M. Vaillant, député de la Seine, a déposé, au nom de plusieurs de ses collègues et au sien, une proposition de loi tendant à la création d'un ministère du travail, de l'hygiène et de l'assistance publique. Ce ministère comprendrait quatre directions : 1° du travail; 2° de l'hygiène et de la médecine publiques; 3° de l'assistance publique; 4° de la statistique.

— *Conservation des paquets individuels de pansement.* — Le ministre de la Guerre, consulté sur la question de savoir comment les corps de troupe se procureront les caisses destinées à contenir, dans les magasins de compagnie, escadron, etc., les paquets individuels de pansement attribués en cas de guerre aux officiers et hommes de troupe, a décidé que l'on devrait employer à cet effet :

1° Les caisses d'emballage ayant servi à l'envoi des paquets de pansement;

2° A défaut de ces caisses, celles provenant des expéditions des médicaments et du matériel aux infirmiers régimentaires. Quant aux corps qui, par suite de la proximité de l'établissement livrancier (hôpital ou dépôt de matériel), reçoivent les médicaments et le matériel sans caisse d'emballage, il appartiendra à M. le directeur du service de santé de faire délivrer, s'il y a lieu, par cet établissement les caisses nécessaires.

— *Pain de guerre.* — On sait que l'Administration de la guerre cherche à remplacer le biscuit par un pain de guerre, d'après les conditions publiées au *Journal officiel* (14 avril 1894). Si les produits présentés sont conformes aux clauses du cahier des charges, en cas d'admission, les inventeurs pourront être autorisés à livrer 500 kilos de leurs produits pour servir aux expériences de conservation, dans les magasins des subsistances militaires, et de consommation par les corps de troupe.

— *Le nouveau havre-sac et la charge du soldat.* — Le havre-sac modèle 1893, des régiments d'infanterie, vient d'être mis en service. Il se distingue du modèle précédent, datant de 1882, par les dimensions, et a, en hauteur, 5 centimètres de moins que ce dernier. L'ancien sac pesait 2485 grammes et le nouveau n'excède pas 1 780 grammes, soit un allègement, pour le soldat, de 705 grammes, presque l'équivalent d'une ration de pain.

— *Écoles d'instruction.* — Il vient d'être organisé des Écoles d'instruction, dans le but de donner une instruction technique suffisante au cadre auxiliaire des officiers d'administration du service de santé, appelés à assurer, en campagne, les services administratifs des formations sanitaires.

Voici le programme adopté pour les trois Écoles (Val-de-Grâce, hôpitaux Saint-Martin et de Versailles) :

Novembre. — Première séance : Fonctionnement général d'un hôpital militaire. Personnel. Direction. Contrôle. Prestations. Convention de Genève. — Deuxième séance : Bureau des entrées.

Décembre. — Première séance : Décès. Formalités diverses à remplir. — Deuxième séance : Comptabilité en journées.

Janvier. — Première séance : Comptabilité des effets des militaires décédés. — Deuxième séance : Dépense.

Février. — Première séance : Comptabilité en deniers et en consommation. — Deuxième séance : Matériel. Demandes, entretien, livraison au corps de troupe.

Mars. — Première séance : Comptabilité-matières. — Deuxième séance : Matériel de campagne.

Avril. — Première séance : Continuation de la nomenclature du matériel de campagne. — Deuxième séance : Fonctionnement des ambulances.

Mai. — Première séance : Hôpitaux de campagne. — Deuxième séance : Hôpitaux d'évacuation.

Juin. — Première et deuxième séances : Ravitaillement en campagne.

Juillet. — Première séance : Bureau de comptabilité et de renseignements aux armées. — Deuxième séance : Comptabilité des fonds tenus dans les directions.

Les cours seront professés sous la direction d'un médecin principal ou major de première classe.

— *L'École d'application de santé militaire en Italie.* — Cette école est à Florence. La durée du stage est de sept mois. Les élèves sont tous docteurs en médecine et au nombre de 160 environ. Il y est professé des cours de chirurgie de guerre, de médecine légale militaire, d'hygiène militaire, d'épidémiologie et de service de santé en temps de paix et en temps de guerre. L'instruction militaire est donnée aux élèves concurremment avec l'instruction technique et professionnelle.

— *Armée coréenne.* — Les médecins ne risquent pas d'encombrer l'armée coréenne : La « Revue militaire de l'étranger » nous apprend, en effet, qu'aucun service médical n'y est organisé, que les malades se soignent chez eux et à leurs frais.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Boudin (de Simiane); Chapman et Lacombe-Malterre (de Paris); P. Guéneau (de Nolay); Morel (de Paris); Jules Le Quément, médecin de première classe de la marine; Reynaud (de Nîmes); Roulland père (de Niort).

— M. le docteur Louis Wickham, chef de clinique, fera le jeudi 13 décembre, à deux heures, à l'hôpital Saint-Louis, salle Henri IV, à l'occasion de l'enseignement clinique annexe des stagiaires, des démonstrations pratiques (présentations de malades, diagnostic et traitement) et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE....... 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE, 3 mois : 10 fr. — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Paris, le 12 décembre 1894.

L'Académie de médecine a tenu hier sa séance solennelle. M. le docteur Cadet de Gassicourt, secrétaire annuel, a lu son rapport général sur les prix décernés en 1894. Nos lecteurs trouveront plus loin les noms des heureux lauréats. M. le président Rochard a résumé, suivant l'usage, les travaux présentés à l'Académie pendant l'année 1894.

HOPITAL TROUSSEAU. — M. MOIZARD.

Deux cent trente et un cas de diphtérie traités par le sérum antidiphtéritique.

Par MM. MOIZARD, chef du service, et PERREGAUX, interne des hôpitaux.

Les magnifiques résultats obtenus par la sérumthérapie, dans le traitement de la diphtérie, et publiés par M. Roux au Congrès de Buda-Pesth, ont vivement frappé le monde médical. Certes, si la première idée et la première application de cette méthode thérapeutique appartiennent à Behring, on peut dire que M. Roux, par ses études antérieures, par la découverte de la toxine diphtérique, par le choix du cheval comme animal producteur du sérum, par la façon magistrale dont il a tracé les règles de la nouvelle médication de la diphtérie, doit être placé au même rang que le médecin allemand. Du reste, jusqu'au moment où il fit sa lecture au Congrès de Buda-Pesth, la sérumthérapie était contestée en Allemagne. Malgré la remarquable communication de Katz à la Société de médecine berlinoise, le 27 juin 1894, les incrédules étaient nombreux. L'annonce des résultats obtenus à la suite des expériences pratiquées à l'hôpital des Enfants, a emporté la conviction. Une mortalité de 26 p. 100 — alors que la moyenne des années précédentes était de 51 p. 100, et atteignait quelquefois 60 p. 100 — constitue un tel progrès, que chacun s'empressa d'essayer la nouvelle méthode de traitement.

Nous apportons ici les résultats obtenus à l'hôpital Trousseau, où la sérumthérapie a été employée à partir du 18 septembre 1894.

I

ORGANISATION DU SERVICE DE LA DIPHTÉRIE A TROUSSEAU. — Le pavillon Bretonneau avait été ravagé par la broncho-pneumonie pendant les premiers mois de l'année 1894, à tel point que nous hésitions à pratiquer des trachéotomies, la mortalité des croups opérés s'étant élevée de février à juillet à 86 p. 100. La déplorable installation du pavillon, jointe à un encombrement exceptionnel, était la cause de cette mortalité inouïe. Depuis longtemps mes collègues et moi signalions à l'administration les dangers d'une organisation défectueuse, et demandions qu'elle fût modifiée, de façon à nous permettre d'isoler les angines à associations microbiennes et surtout les broncho-pneumonies — presque tous nos enfants étant emportés par des complications pulmonaires. M. Roux ayant formulé les mêmes réclamations, il fut possible de modifier notre organisation, et M. Le Gendre, qui dirigea le service de la diphtérie jusqu'à fin septembre, put l'organiser d'une façon aussi parfaite que le permettaient nos installations.

La moitié du pavillon des douteux fut réservée aux enfants entrant à l'hôpital pour une affection d'apparence diphtéritique. Ce pavillon est divisé en petites salles de deux lits, où nous pûmes, dès l'entrée, isoler les enfants qui nous paraissaient avoir des angines à associations microbiennes, ou qui avaient des accidents pulmonaires. Dès leur entrée, nos petits malades recevaient une injection de 20 centimètres cubes de sérum, et deux tubes de sérum coagulé étaient ensemencés avec du mucus recueilli sur les fausses membranes pharyngées, ou près du larynx. Aucun d'eux n'a été transféré au pavillon Bretonneau avant que l'examen des cultures, fait concurremment par M. Pochon, interne des hôpitaux, que nous remercions de son aimable concours, et par l'un de nous, n'ait établi d'une façon indiscutable le diagnostic de diphtérie. Alors, mais alors seulement, le malade était transféré au pavillon Bretonneau. Là encore, nous avons pu faire une sélection. Dans une des salles furent réunies les diphtéries pures, angines ou croups, sans association microbienne. La seconde salle fut réservée aux diphtéries à associations de staphylocoques et streptocoques.

Les trois petites salles séparées, annexées au pavillon, nous permirent d'isoler les quelques cas de scarlatine compliquée de diphtérie que nous avons observés, et surtout les broncho-pneumonies. Nous avons été assez heureux pour n'avoir qu'un nombre restreint d'accidents pulmonaires, si bien qu'aussitôt qu'un enfant nous en semblait menacé, nous le faisions immédiatement isoler.

Nous tenons à donner tous ces détails d'installation, car nous croyons qu'ils ont une grande importance, et que c'est à eux que nous devons le petit nombre de broncho-pneumonies observées par nous. Leur efficacité est subordonnée au nombre des malades. Il est certain que si l'encombrement reparaît, il sera difficile de continuer la séparation des diphtéries pures, des diphtéries à associations microbiennes, et surtout impossible d'isoler les broncho-pneu-

monies. Les résultats seront alors beaucoup moins beaux.

Cette question d'installation est capitale. L'Administration, dûment et depuis longtemps avertie, a fini par en comprendre l'importance, et nous pouvons espérer avoir, dans quelque temps, une organisation meilleure de nos services. Grâce à elle, nous pourrons éviter les ravages de la bronchopneumonie, contre laquelle, de l'avis même de M. Roux, le sérum est impuissant.

II

Mortalité globale. — Du 1er octobre au 30 novembre 1894, nous avons dirigé le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau.

Pendant ces deux mois, 302 enfants sont entrés au pavillon des douteux. Tous ont reçu une injection de 20 centimètres cubes dès leur entrée à l'hôpital. 53 enfants ont été reconnus non diphtériques, gardés pendant un temps plus ou moins long au pavillon des douteux, et je rappelle qu'aucun d'eux n'a pris la diphtérie.

249 enfants sont donc entrés au pavillon Bretonneau. Au moment où nous avons quitté le service, 28 enfants s'y trouvaient encore, mais 10 étaient complètement guéris et devaient quitter l'hôpital le lendemain ou le surlendemain; nous les avons compris dans notre statistique, laissant en dehors, bien entendu, les 18 enfants encore en traitement.

Ces éliminations faites, nous limitons donc nos observations à 231 enfants, traités complètement par nous pendant les deux mois qui viennent de s'écouler.

Sur ces 231 malades, 34 sont morts.

La mortalité globale est donc :

14,71 P. 100.

Ce chiffre est bien inférieur à celui indiqué par M. Roux dans une communication (26 p. 100). Doit-on attribuer cette diminution si sensible de la mortalité à une bénignité plus grande de la diphtérie pendant ces derniers mois? Nous devons dire que, si nous avons observé des cas légers, nous en avons vu de très graves, et qu'il ne nous a pas semblé que la proportion des cas légers fût sensiblement plus grande qu'autrefois. Nous pensons que la véritable cause de cette différence est la meilleure installation du service — qui nous a permis d'isoler non seulement les broncho-pneumonies, mais tous les enfants suspects de manifestations pulmonaires — et, il faut bien le dire aussi, la rareté des complications thoraciques.

En tous cas, pour bien établir que nous n'avons cherché en rien à améliorer notre statistique par des éliminations qui auraient pu pourtant se justifier, nous dirons, qu'arrêtée d'abord à 230 cas, elle est montée à 231 par l'arrivée dans le service, le 30 novembre dans l'après midi, d'un enfant atteint de croup avec broncho-pneumonie, et qui a succombé trois heures après son entrée. Comme il avait été injecté, nous l'avons compté. De plus, nous comprenons, dans nos décès, 2 enfants morts pendant la trachéotomie, 5 enfants entrés avec des broncho-pneumonies compliquant le croup ou l'angine, et morts moins de vingt-quatre heures après leur admission, 1 enfant atteint d'angine hypertoxique et moins de vingt-quatre heures après son arrivée dans nos salles.

Très légitimement, pensons-nous, il serait juste de distraire ces 9 cas, pour lesquels la sérumthérapie ne pouvait avoir aucun effet, pas plus que toute autre méthode de traitement. Si nous avions procédé ainsi, la mortalité serait réduite à :

11,26 P. 100.

Nous ne l'avons pas voulu, parce qu'il nous fallait nous mettre absolument dans les conditions des statistiques antérieures; et, pour comparer autant que possible des périodes semblables, j'ai fait dresser la statistique de la mortalité des mois d'octobre et de novembre des cinq dernières années au pavillon de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. Elle a toujours dépassé 50 p. 100.

Il est vraiment impossible de ne pas être frappé d'un pareil résultat, et même en admettant qu'il y ait eu plus de diphtéries légères qu'habituellement, ce qui ne nous semble pas prouvé, même en faisant la part d'une installation meilleure, nous pensons que la sérumthérapie est le vrai et principal facteur du résultat obtenu. Du reste, même en se tenant aux chiffres de M. Roux, le résultat serait assez beau pour en consacrer la valeur.

Pourra-t-on faire mieux encore? M. Roux pense, et nous croyons que, si les enfants étaient amenés plus tôt à l'hôpital, les résultats seraient bien meilleurs. Mais il sera bien difficile et bien long de faire comprendre aux parents la nécessité de conduire les enfants à l'hôpital, alors que leur situation ne semble pas grave, et c'est le cas, très souvent, au début de la diphtérie.

III

Mortalité suivant les formes et les associations. — La mortalité globale étant indiquée, nous devons donner les résultats obtenus dans les différentes formes et localisations de la diphtérie.

Les angines diphtériques pures, sans association microbienne, sans croup, ont été au nombre de 44. Elles ont donné 2 décès seulement, soit une mortalité de 4,54 p. 100. C'est, comme on le sait, la manifestation la plus bénigne de la diphtérie. Le traitement local, et en particulier la glycérine sublimée au 20e, nous donnait, dans ces cas, avant l'emploi de la sérumthérapie, des résultats presque aussi beaux.

Les angines diphtéritiques à association de staphylocoques ou de streptocoques sont beaucoup plus graves que les précédentes; nous en avons traité 42 qui nous ont donné 6 décès, soit une mortalité de 14,28 p. 100. Nous avons divisé également les croups en simples et associés.

Quatre-vingt-quatorze croups simples ont donné 17 décès; mortalité 18,47 p. 100;

Cinquante et un croups associés nous ont donné 9 décès: mortalité 17,64 p. 100. Il est assez remarquable que les croups associés aient donné une mortalité moindre que les simples : c'est le contraire qui est habituellement observé et il ne s'agit très probablement là que du hasard d'une série.

Trente-sept trachéotomies ont été pratiquées. Sur ce nombre, 7 étaient encore en traitement quand nous avons quitté le service. Les 30 cas que nous faisons figurer dans notre statistique nous ont donné 12 morts. La mortalité a donc été de 40 p. 100. La mortalité moyenne des années précédentes à l'hôpital des Enfants était de 73,19 p. 100.

Sur les 12 morts, 7 appartiennent à des croups simples et 5 à des croups associés.

Dix-huit intubations ont été pratiquées dans le service; 7 enfants sont morts. Soit une mortalité de 38,88 p. 100, sensiblement égale à celle de la trachéotomie. Nous devons ajouter cependant, que, sur ces 18 intubations, 6 cas ont dû être suivis de trachéotomie et ont fourni 4 décès (mortalité 66,66 p. 100), tandis que 12 intubations simples ne nous ont donné que 3 morts, soit une mortalité de 25 p. 100. Nous reparlerons de ces chiffres quand nous étudierons parallèlement la trachéotomie et l'intubation dans le croup.

IV

Pratique de la sérumthérapie. — Nous avons constaté l'exactitude scrupuleuse de la description de M. Roux et avons suivi les règles qu'il a tracées du traitement de la diphtérie par les injections de sérum antitoxique.

Comme nous l'avons dit, tous les enfants suspects de diphtérie ont reçu 20 centimètres cubes dès leur arrivée à l'hôpital. Cette dose uniforme pour tous les enfants, quels que soient leur âge et leur poids, devra-t-elle être maintenue? Bien que nous n'en ayons pas vu d'inconvénient, il nous semble qu'il y a là un point de pratique à élucider, surtout maintenant que M. Roux attribue au sérum mis à notre disposition une activité plus grande. Des observations ultérieures pourront nous fixer à ce sujet.

La diphtérie une fois reconnue par l'examen bactériologique, la marche à suivre est variable suivant les cas. Faut-il ou non pratiquer de nouvelles injections? Leur répétition est subordonnée, non seulement à l'état local (et, comme M. Roux, nous avons constaté dans l'immense majorité des cas, qu'au bout de vingt-quatre heures, les fausses membranes cessent de s'étendre, pour commencer à se détacher quarante-huit heures après, et ne pas persister plus de quatre ou cinq jours, tombant quelquefois en bloc), mais encore et surtout à l'état général, apprécié par l'examen simultané de la température, du pouls, de la respiration et de l'urine.

Si, dès le second jour, l'état local s'améliorant, on constate cet abaissement parallèle du pouls et de la température, si marqué sur la plupart de nos feuilles, il n'y a aucune raison de faire une nouvelle injection. Nous avons vu, dans des cas de ce genre, qu'il s'agisse d'angine ou de croup, une seule injection suffire à enrayer les accidents. Que si la température se maintient assez élevée, le pouls fréquent, s'il y a de l'albumine, il faut continuer les injections, et, dans ce cas, en pratiquer quotidiennement soit une seule, soit deux, de 10 centimètres cubes chacune, ou l'une de 10, l'autre de 5, suivant la gravité des cas, suivant qu'il y a eu, ou non, du matin au soir, un peu d'amélioration. Les injections peuvent être ainsi continuées pendant deux, trois, quatre jours et même davantage, et, au point de vue de la quantité de sérum reçu par nos malades, l'étude de nos observations nous montre une proportion variant de 20 à 120 centimètres cubes. Que si, après une amélioration marquée, qui a motivé la suspension du traitement, on voit survenir de l'albuminurie, il y a lieu de faire une nouvelle injection de 10 centimètres cubes; de même, si la température s'élève sans raison appréciable.

V

L'albuminurie et le traitement par le sérum. — Au point de vue de l'albuminurie, une remarque doit être faite. Nos observations nous montrent qu'elle n'est pas plus fréquente chez les malades traités par les injections de sérum qu'elle ne l'était auparavant et nous ne saurions partager l'opinion d'Œrtel et de Ritter, qui accusent la sérumthérapie de provoquer, dans certains cas, l'albuminurie. Sur nos 231 malades, nous en trouvons seulement 82 chez lesquels la présence de l'albumine a été notée et sur ces 82 cas d'albuminurie, 62 fois elle n'a duré que de un à quatre jours, constituant cette manifestation rénale passagère et très probablement liée à des éliminations de toxines, qu'il est si fréquent de rencontrer dans les maladies infectieuses, quelles qu'elles soient. Dans 14 cas, l'albuminurie s'est produite par intermittences, existant un jour, disparaissant le lendemain pour reparaître quelquefois un peu plus tard, mais toujours d'une façon passagère. Dans 6 cas seulement, l'albumine a persisté plus de cinq jours, et chez une seule de nos malades, qui a quitté l'hôpital après avoir été trachéotomisée et guérie de la diphtérie, les urines contenaient encore de l'albumine en petite quantité au moment de la sortie. Il est certain qu'il faudrait pouvoir suivre ultérieurement ces malades avant de se prononcer d'une façon définitive. Mais, bien que nous ne puissions pas produire de statistiques au sujet de la fréquence de l'albuminurie chez les malades non traités par le sérum, nous croyons pouvoir affirmer, d'après nos souvenirs, que nous l'observions aussi souvent et avec la même marche autrefois qu'aujourd'hui. Bien que MM. Enriquez et Hallion ne se prononcent pas, après leurs expériences sur les animaux, sur l'action de la toxine ou de l'antitoxine dans la pathogénie des lésions rénales de la diphtérie, nous pensons, avec M. Roux, que ces lésions chroniques, ou plutôt prolongées, des reins, à la suite de la diphtérie (et nos observations montrent, une fois de plus, combien cette prolongation est rare) sont dues à l'action de la toxine diphtéritique et non pas à celle de l'antitoxine.

Au point de vue de la pratique, si nous pensons que l'indication d'injections nouvelles existe dans le cas d'albuminurie passagère et de courte durée, il n'en est plus de même lorsqu'il s'agit d'une albuminurie persistante causée par une néphrite. Dans ces cas-là, les injections de sérum ne sont d'aucune utilité (à condition, bien entendu, que toute manifestation pharyngée ou laryngée de la diphtérie ait disparu) et, reprenant une expression de M. Roux combattant le traitement local par les antiseptiques forts, nous dirons que l'organisme est assez saturé de poisons, qu'il élimine incomplètement par un rein compromis, pour qu'il ne soit pas imprudent d'en introduire de nouveaux. La néphrite diphtéritique, pas plus que la broncho-pneumonie, n'est justiciable des injections d'antitoxine.

D'après les faits que nous avons observés, en effet, nous pensons pouvoir affirmer que, lorsqu'un enfant, atteint d'angine ou de croup, présente, *après la disparition de ces accidents diphtéritiques*, des manifestations broncho-pulmonaires, il est inutile de continuer la sérumthérapie. Nous l'avons fait, mais avec mesure, les premiers temps; nous ne l'avons plus fait ensuite et deux des plus beaux cas que nous puissions citer de broncho-pneumonies guéries ont été traités d'après ce principe.

Il nous reste maintenant, pour terminer cette étude de la pratique de la sérumthérapie — étude que nous avons écourtée, car les conférences de M. L. Martin (1) en ont fait connaître tous les détails — à parler du traitement local.

VI

Traitement local de la diphtérie. — Les grandes irrigations sont indispensables et la sérumthérapie ne leur a rien enlevé de leur utilité. C'est un moyen mécanique qui permet de déterger les muqueuses malades et les cavités buccale et nasales, des produits toxiques qui les encombrent. Il faut, en effet, pratiquer non seulement de grandes irrigations de la bouche, mais aussi des cavités nasales. A l'hôpital Trousseau, notre excellente et dévouée surveillante, Mme Gigot, pratique ces lavages avec l'irrigateur et c'est, à notre sens, le meilleur instrument à employer. Ces grands lavages doivent être faits au moins deux fois par jour, trois et quatre fois dans les cas graves. On peut employer soit l'eau boriquée, soit l'eau bouillie, soit l'eau additionnée de 50 grammes de liqueur de Labarraque pour 1 litre. Nous rappellerons ici que ces lavages doivent être continués, en les réduisant à deux par jour, pendant un mois après la disparition des fausses membranes.

Faut-il faire plus comme traitement local? Nous le croyons, et si nous n'avons plus employé les attouchements de glycérine sublimée qui nous avaient donné de si beaux résultats, mais qui ont déterminé 3 cas de mort à l'hôpital des Enfants, chez des malades traités concurremment par le sérum — nous croyons à l'utilité du traitement local, ne serait-ce qu'à titre de pansement.

(1) L. Martin. *Bull. méd.*, 1894, n° 82.

Ces 3 cas de mort, avec accidents d'hydrargyrisme, constatés à l'hôpital des Enfants, nous ont vivement étonnés, n'ayant jamais observé, ni à Trousseau, ni en ville, d'accidents à la suite des badigeonnages au sublimé. Nous avons cru, et nous croyons, à une défectuosité d'application. Pourtant, nous ne nous sommes pas crus autorisés à continuer l'expérience, et nous bornons le traitement local des angines traitées par la sérumthérapie à deux attouchements par jour avec la glycérine salicylée au 20e, suivant la formule de notre maître, M. Bergeron. Nous savons que le traitement local que nous conseillons, et qui nous semble utile, n'est pas appliqué à l'hôpital des Enfants, où on se contente des grandes irrigations. Les résultats obtenus étant sensiblement les mêmes, on pourra conclure à l'inutilité de ce traitement local; nous pensons pourtant qu'il est prudent de l'employer à titre d'adjuvant, et, à notre sens, d'adjuvant très utile.

Nous ferons ressortir, en terminant cette étude de la pratique de la sérumthérapie, la simplification de traitement qui en résulte pour le médecin et surtout pour le malade. Déjà, l'emploi local de la glycérine sublimée constituait un progrès sérieux, dont l'un de nous avait fait ressortir récemment l'importance; mais quand on songe que nous avons vu des angines diphtéritiques guérir après une seule injection de sérum, on comprend quel progrès, à ce point de vue également, représente la nouvelle méthode.

Il serait très intéressant de rechercher si les enfants traités par la sérumthérapie sont moins exposés aux manifestations éloignées de l'intoxication diphtérique, dont la plus importante est la paralysie. Nous ne pouvons, malheureusement, pas répondre à cette question, qui a pourtant une grande importance; les enfants sortent, en effet, beaucoup trop tôt de l'hôpital, et la paralysie diphtérique est le plus souvent une complication éloignée; or, comme il n'y a pas encore, ce qui est une grave lacune à signaler à l'Administration, de maisons de convalescence spéciales destinées aux enfants traités de la diphtérie dans les hôpitaux, nos malades nous échappent alors qu'il serait utile de les garder quelque temps encore en observation, ne fût-ce qu'au point de vue dont nous parlons en ce moment.

Il serait important, cependant, d'être renseigné à ce sujet; l'un de nous compte l'étudier dans un travail ultérieur. On peut, en effet, espérer que, les accidents locaux étant plus facilement enrayés, l'intoxication est moins profonde et les complications, du côté du système nerveux, moins à craindre.

Nous aurions bien voulu pouvoir indiquer si, chez les enfants traités par la sérumthérapie, le bacille de Klebs-Lœffler persiste aussi longtemps, à l'état virulent, dans la salive, qu'après les autres méthodes de traitement. On sait qu'il est définitivement acquis que sa persistance prolongée, pendant un mois, six semaines et même plus, impose la nécessité d'un isolement qu'on fixe à six semaines. L'emploi du sérum permettra-t-il d'en diminuer la durée? Nous n'avons pu faire les recherches nécessaires pour résoudre cette question, et nous croyons qu'il serait utile de les pratiquer.

VII

Le croup, la trachéotomie, l'intubation. — M. Roux a fait remarquer, au point de vue spécial du croup, que les injections de sérum, en arrêtant la production des fausses membranes et en faisant détacher celles qui étaient formées, avaient évité la trachéotomie à plusieurs enfants. « Sous l'influence du sérum, dit-il (et, dans ce cas, il ne faut pas craindre de faire une injection toutes les douze heures), le tirage diminuait, puis ne revenait que par accès; l'enfant rejetait des fausses membranes, et, au bout de deux à trois jours, la respiration était normale. Cela est tout à fait d'accord avec ce que nous avons dit du prompt détachement des fausses membranes dans les angines traitées avec le sérum.

Aujourd'hui, continue-t-il, en présence d'un enfant qui a du tirage, il ne faut pas se presser d'opérer, et attendre autant que possible. MM. Martin et Chaillou montrent qu'en 1891 et 1892, sur 100 enfants atteints de diphtérie entrés dans le service, 50 au moins ont été trachéotomisés, tandis que, sur les 300 enfants traités par le sérum, 121, soit seulement 40 p. 100, ont subi l'opération. »

Nos observations viennent absolument confirmer l'opinion de M. Roux. Sur 119 croups guéris pendant les mois d'octobre et de novembre :

18 ont été trachéotomisés,
9 ont été intubés,
2 ont été intubés, puis trachéotomisés.

En tout, 29 interventions chirurgicales, contre 90 cas guéris sans opération. La proportion est donc réduite à 24,36 pour 100 cas de croup. Nous avions tous été frappés, en effet, du nombre considérable de croups guérissant sans opération. On en voyait certainement antérieurement à la sérumthérapie, mais pas en aussi grand nombre, à beaucoup près. Du reste, MM. Bergeron et Cadet de Gassicourt, dans leurs fréquentes visites au pavillon Bretonneau, ont été, comme nous, extrêmement frappés du nombre de croups guérissant sans intervention.

C'est donc là un fait qui nous semble acquis : on peut espérer que, dans beaucoup de cas, les fausses membranes laryngées tombant rapidement sous l'influence du sérum, les accidents de sténose seront moins durables. Dans ces conditions, il semblait tout naturel de conseiller de remplacer la trachéotomie, opération sanglante, dangereuse dans beaucoup de cas, même lorsqu'elle est pratiquée par des mains expérimentées, par l'intubation, intervention simple, non sanglante, et d'autant plus anodine que le tube ne resterait que quelques heures ou quelques jours dans le larynx.

L'étude de la valeur relative de la trachéotomie et de l'intubation demanderait de longs développements, qui dépasseraient de beaucoup les limites que nous devons assigner à ce travail. Nous voulons simplement donner notre impression dans le débat ouvert en ce moment, et qu'il faudra de plus nombreuses observations pour clore par des conclusions sans appel. Aussi bien, après les thèses de MM. Jacques et Ferroud, la question a été parfaitement étudiée dans la revue publiée dans la *Semaine médicale* du 10 octobre 1894 par M. Bonain.

Les résultats de la statistique sont sensiblement égaux pour les deux modes d'intervention : 40 p. 100 de morts pour la trachéotomie, 38,88 p. 100 pour l'intubation. Cette égalité des résultats avait été signalée par M. Gillet dans une fort intéressante revue (1). A cet égard, donc, il n'y aurait pas lieu de donner la préférence à l'une ou à l'autre intervention.

C'est la question de simplicité et de facilité dans l'intervention qui domine en réalité le débat. Certes, les premiers cas que nous avons observés nous avaient enthousiasmés : 2 enfants intubés conservant le tube, l'un vingt-quatre heures, l'autre quarante-huit heures, et guérissant rapidement après son ablation, sans retour d'accidents laryngés, étaient deux exemples frappants des merveilleux résultats que peut donner le procédé. Nous ajoutons que l'intubation avait été pratiquée par notre ami, le docteur Bonain, avec une rapidité et une élégance remarquables. D'autres faits, où les enfants conservèrent le tube plus longtemps, furent également suivis de succès. Nous avons été frappés de la rareté de l'engorge-

(1) H. Gillet. Parallèle de la trachéotomie et de l'intubation dans le croup, Revue générale, *Gaz. des hôpit.*, 1894, p. 485.

ment du tube par les fausses membranes ou le mucus, de la possibilité d'y porter, dans la plupart des cas, un prompt remède, en faisant déglutir quelques gorgées de liquide au malade, du soulagement immédiat qui suit son introduction dans le larynx.

Pourtant, quelques inconvénients nous semblent devoir être signalés, notamment la difficulté même de l'opération, qui égale certainement celle de la trachéotomie. Sans en faire une description aussi tragique que Dillon Brown, nous avons vu, dans un cas, M. Bonain lui-même ne pouvoir réussir à introduire le tube dans le larynx. Il est vrai que l'enfant, qui avait été prise d'une épouvantable crise de suffocation après l'ablation du tube introduit trois jours auparavant, était dans un état d'agitation extrême. Après plusieurs tentatives, la trachéotomie dut être pratiquée, une hémorragie assez abondante se produisit, et l'enfant succomba deux jours après à une broncho-pneumonie.

Il est certain que ce cas était aussi mauvais que possible, mais il n'est pas le seul où nous ayons dû pratiquer la trachéotomie après une intubation; et cette éventualité doit être si bien considérée comme possible, qu'il ne faut jamais commencer une intubation sans avoir l'instrumentation nécessaire pour pratiquer la trachéotomie immédiate, si le tube ne peut être introduit.

Nous ajoutons même que le médecin ne peut procéder à l'ablation du tube, non seulement sans être prêt à le réintroduire (et l'observation précédente montre que ce n'est pas toujours facile), mais encore sans avoir, à tout événement, sa boîte de trachéotomie. Cette dernière précaution est indispensable, et les médecins les plus habiles dans la pratique de l'intubation ne doivent jamais la négliger. M. Bonain la recommande formellement, et, pour ma part, je n'y manque jamais. La surveillance, à la suite de l'intubation, doit être aussi étroite qu'après la trachéotomie. Le tube s'oblitère rarement, c'est vrai, beaucoup plus rarement qu'on pourrait le croire, et peut livrer passage à des fausses membranes énormes, si on les compare à son calibre; mais cette oblitération peut, malgré tout, se produire. Il faut donc laisser auprès du malade quelqu'un qui non seulement puisse enlever le tube, mais encore l'introduire à nouveau. L'ablation du tube, si on n'a pas pris la précaution de laisser le fil, peut présenter des difficultés, et, en tout cas, ne peut être faite que par une main exercée. A l'hôpital, toutes ces difficultés sont très simples à résoudre, parce qu'il y a un personnel capable d'y remédier, mais en ville elles constituent un danger et peuvent, dans certains cas, déterminer la mort rapide. A ce point de vue, la supériorité de la trachéotomie est évidente.

Le plus souvent, en cas d'engorgement de la canule, l'ablation de la canule interne suffit pour rétablir la respiration, et, en tout cas, la réintroduction de la canule, s'il a été nécessaire de l'enlever, présente beaucoup moins de difficultés qu'une nouvelle intubation.

Nous avons cru nécessaire d'insister sur ces considérations. Non pas que nous voulions attaquer l'intubation, mais nous ne la croyons applicable que dans certains cas où on pourra installer la même surveillance qu'à l'hôpital, et cette condition, encore plus indispensable pour l'intubation que pour la trachéotomie, ne pourra pas toujours être réalisée.

Le maintien du fil, ainsi qu'on le pratique dans les hôpitaux de Prague, de Zurich, et à Buda-Pesth, dans le service de Bokai, qui est certainement le médecin d'Europe ayant la plus grande pratique de l'intubation, nous semble indispensable. C'est une précieuse sécurité. On l'a accusé de gêner la déglutition et d'agacer les enfants : ces inconvénients ne nous ont pas frappés. Quant à pouvoir être incriminé comme favorisant l'infection des voies respiratoires et la broncho-pneumonie, nous y croyons d'autant moins que le seul de nos malades qui ne l'avait pas conservé a eu une broncho-pneumonie.

La dernière objection que nous ferons à l'intubation est de présenter quelques dangers chez les enfants affaiblis par une longue lutte contre l'asphyxie. Dans ces conditions, l'expulsion des fausses membranes trachéales nous a semblé se produire moins facilement chez les enfants intubés qu'après la trachéotomie, et il a été plusieurs fois nécessaire de trachéotomiser des enfants antérieurement intubés. Aussi, nous dirons que, lorsque la situation des familles sera telle qu'elle permettra la réalisation des précautions que nous jugeons indispensables pour assurer le succès de l'intubation, celle-ci ne devra être pratiquée que chez les enfants qui n'auront pas eu à lutter trop longtemps contre l'asphyxie et dont la résistance ne sera pas trop atteinte. Nous ajouterons que les enfants intubés présentent tous, ou presque tous, une difficulté de déglutition qui rend souvent l'alimentation difficile.

VIII

Accidents de la sérumthérapie. — Cette méthode de traitement comporte-t-elle des inconvénients? Quelques-uns, et nous tenons à les signaler; mais nous pouvons dire qu'ils sont de peu d'importance et ne diminuent en rien la valeur de la découverte de MM. Behring et Roux. Il est cependant important de les connaître, et nous tenons à les exposer en détail.

Localement, du fait des piqûres, les accidents sont exceptionnels. Sur plus de 600 injections pratiquées pendant les mois d'octobre et de novembre, nous avons observé un seul abcès. L'enfant avait reçu cinq injections. C'est la dernière qui fut suivie d'un abcès qui guérit, du reste, très rapidement après l'incision. Une asepsie rigoureuse de la peau et des instruments explique la rareté de ces accidents locaux, chez des enfants dont certains ont reçu jusqu'à 120 centimètres cubes de sérum dans le cours de leur maladie. A part ce fait, nous n'avons observé, après les piqûres, qu'une légère sensibilité qui persiste généralement vingt-quatre heures, et quelquefois un érythème fugace autour du point inoculé.

Les accidents généraux, sans être très fréquents, sont cependant quelquefois assez marqués, et ils indiquent d'une façon bien nette, par leurs allures, une action vraiment toxique du sérum. Jusqu'au 10 octobre, nous n'en avons pas observé; depuis quinze jours, ils sont très rares. Le sérum provenant de certains chevaux a eu évidemment une action toxique plus marquée. Nous ne pouvons que signaler le fait, sans chercher à l'expliquer.

Ces accidents généraux de la sérumthérapie sont précoces ou tardifs. Quelquefois, très rarement à vrai dire, et en tout cas beaucoup plus rarement que dans les premiers jours d'octobre, nous avons observé, dans les quelques heures qui suivaient l'injection, des phénomènes fugaces de réaction générale, dont la seule manifestation objective était une élévation thermique allant quelquefois jusqu'à 39 degrés, mais ne durant que quelques heures, sans aucun phénomène morbide inquiétant.

Plus importantes sont les manifestations cutanées consécutives à la sérumthérapie. Elles sont précoces ou tardives, accompagnées ou non de phénomènes généraux, et, dans quelques cas, d'arthropathies assez intenses et assez durables pour simuler une poussée de rhumatisme articulaire subaigu.

Nous en avons observé 33 cas, dont :

14 cas d'urticaire;
9 cas d'érythème scarlatiniforme;
9 cas d'érythème polymorphe;
1 cas de purpura.

M. Roux avait surtout insisté, dans sa communication, sur l'urticaire, et, de fait, c'est elle que nous avons observée le plus souvent. Elle paraît à une époque variable ; tantôt, rarement il est vrai, quelques heures après l'injection, tantôt deux ou trois jours, quelquefois même plus tardivement, dix jours et même quinze jours après. Cette urticaire est plus ou moins généralisée, se produit par poussées successives le plus souvent, et n'est ordinairement accompagnée ni de fièvre, ni d'accidents généraux. Il existe à peine un peu de malaise et d'insomnie. C'est la plus légère des éruptions dues au sérum. Il peut cependant se produire concurremment des accidents généraux assez intenses. L'enfant d'un de nos collègues, inoculé préventivement de 5 centimètres cubes de sérum, présenta, cinq jours après l'injection, une urticaire généralisée avec une température de 40 degrés. Ces accidents furent passagers.

Tout autre est l'érythème polymorphe que nous avons observé 9 fois. Si, dans certains cas, il paraît sans aucune manifestation générale, avec les caractères classiques de l'érythème polymorpbe — mélange d'urticaire, d'érythèmes papuleux, en cocarde ou marginé, alternant quelquefois avec des poussées d'érythème scarlatiniforme, localisé à quelques parties du corps ou généralisé et disparaissant rapidement — il en est d'autres où ses allures sont beaucoup plus bruyantes, et où il s'accompagne de phénomènes généraux assez intenses pour inquiéter une personne non prévenue.

Le cas le plus intense que j'aie vu, et dont j'ai pu observer tous les détails, concerne une fillette de neuf ans, atteinte, le 10 octobre, d'une angine légère qu'un examen bactériologique démontra n'être liée qu'à des coccus, mais qui reçut le jour même une injection de 20 centimètres cubes de sérum. L'angine guérit en quelques jours, pendant lesquels l'enfant ne ressentit aucun malaise. Mais, au bout de huit jours, apparurent des placards érythémateux sur la face et le dos des mains, disparaissant, du reste, rapidement; l'état général resta bon.

Le 24 octobre au soir, quatorze jours après l'injection, l'enfant est prise de douleurs dans l'articulation coxo-fémorale droite. Dans la nuit, fièvre intense (39°5), agitation très marquée, subdélire, vomissements. Le 25 au matin, le corps est couvert d'érythème polymorphe : larges placards érythémateux sur la poitrine et le dos, éruption rubéoliforme sur le ventre, érythème papuleux au niveau des poignets et des cou-de-pied. La douleur de l'articulation de la hanche est assez vive pour rendre tout mouvement impossible. Température 38 degrés le matin, 38°5 le soir.

Le 26, même état, avec, en plus, des douleurs dans les épaules et dans la colonne cervicale.

Le 27, au matin, la situation semble s'améliorer, mais le soir la température atteint 39 degrés, l'enfant accuse du malaise général, elle a de l'anxiété, une dyspnée très intense, un pouls très fréquent, sans aucune manifestation pulmonaire. La situation était vraiment inquiétante. Pendant la nuit, qui est très agitée, poussée nouvelle et très intense d'érythème polymorphe sur la face et les membres; en même temps, les douleurs s'accentuent.

Le 29 octobre, l'amélioration paraît et augmente les jours suivants. L'éruption pâlit, les douleurs articulaires s'atténuent.

Le 30 octobre, les douleurs ont disparu, la fièvre est tombée : seule, la douleur cervicale persiste, pour ne cesser que vers le 5 novembre.

Ce ne fut que le 2 novembre, *après une durée de huit jours*, que les accidents disparurent complètement, laissant l'enfant pâle, amaigrie, dans un état de grande faiblesse qui ne disparut qu'au bout d'un mois. J'ajoute que les urines, qui ne continrent à aucun moment d'albumine, présentèrent pendant dix jours une phosphaturie très marquée. J'ai observé cette phosphaturie assez prolongée chez un autre enfant, dans un cas absolument analogue au précédent, et que je rapporterai plus loin, et mon collègue, M. Le Gendre, m'a dit l'avoir constatée également.

J'avoue que j'hésitais tout d'abord à rattacher au sérum ces accidents si bizarres d'intoxication. C'était la première fois que je les observais, et ils n'avaient pas été signalés. Je me demandais donc s'il ne s'était point agi d'un de ces érythèmes polymorphes avec arthropathies, si fréquents chez les enfants, lorsque quatre observations analogues, recueillies presque en même temps par nous, vinrent lever tous les doutes qui pouvaient subsister dans notre esprit, sur les rapports entre ces érythèmes polymorphes avec arthropathies et la sérumthérapie.

Nous croyons instructif de résumer en quelques lignes ces quatre observations.

Le 13 octobre, l'un de nous avait vu en ville un enfant atteint de croup d'emblée, dont la nature diphtérique avait été démontrée par les cultures. Dès le 13, une injection de 20 centimètres cubes fut pratiquée, et suivie le surlendemain, 15 octobre, d'une injection de 10 centimètres cubes. Les accidents laryngés s'atténuèrent rapidement et l'enfant était en convalescence lorsque, le 26 octobre, treize jours après la première injection, onze jours après la seconde, il présenta, sans aucun phénomène réactionnel, de l'érythème polymorphe, accompagné de douleurs assez vives au niveau des genoux et des articulations coxo-fémorales. Il n'y avait ni tuméfaction, ni rougeur au niveau des genoux. Les accidents furent, du reste, très passagers et très légers.

Chez une autre enfant, que nous observâmes presque en même temps, qui avait été traitée par nous antérieurement pour une angine diphtérique et avait reçu également deux injections, les phénomènes articulaires furent beaucoup plus intenses. Il y eut, au niveau de l'articulation tibio-tarsienne droite, non seulement de la douleur, mais une tuméfaction, une rougeur de la peau très marquée. Les accidents furent passagers. Ils avaient été précédés, avant la rentrée de l'enfant à l'hôpital, d'un érythème polymorphe peu intense. La petite malade présenta, elle aussi, de la phosphaturie pendant six jours.

Des deux autres faits observés par nous, l'un, qui fut très léger, se produisit chez une fillette atteinte de croup à streptocoques, non diphtérique par conséquent. Cette enfant, inoculée le 2 novembre, et une fois seulement, présenta le 12 novembre un érythème polymorphe avec arthropathie au niveau des poignets. A ce moment, la température dépassa 39 degrés, resta élevée pendant deux jours, et tomba ensuite. Les accidents paraissaient terminés et nous ne constations plus chez elle que l'anémie qui nous a frappés dans tous ces cas, lorsque, le 19 novembre, les douleurs reparurent aux poignets et au niveau des articulations temporo-maxillaires. Elles furent passagères.

La cinquième observation semble calquée sur les précédentes. Même début tardif, mêmes manifestations cutanées, mêmes douleurs, mais plus généralisées que dans les cas précédents; même durée : dix jours.

Ces cinq observations nous ont semblé devoir être communiquées. Si elles démontrent, d'une façon irréfutable, l'action toxique du sérum sur l'organisme, elles prouvent que cette intoxication même ne présente pas de gravité, bien que les manifestations puissent être violentes et les traces qu'elle laisse prolongées. Quant aux arthropathies, on pourrait nous objecter, au point de vue de leur étiologie, qu'elles sont sous l'influence de la diphtérie. Cette opinion ne nous semble pas soutenable. Les arthropathies de la diphtérie sont si rares que l'un de nous n'en a observé que trois cas, pendant une année entière de direction du service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau. Ces trois observations ont été publiées dans la thèse de M. Bernardbeig.

Signalées dès 1874, et pour la première fois par Follin, étudiées ensuite par de Bœcke (1877), Muller (1878), Fritz (1880), Wocken (1883), Pauli, Hénoch, Lapersonne dans sa thèse d'agrégation (1886), Bokai, ces arthropathies ont été surtout bien décrites dans le mémoire de Lyonnet (*Lyon médical*, 1891), dans les thèses de Masson et de Bernardbeig. Si on a observé quelques formes légères, désignées sous le nom de formes arthralgiques, le plus souvent il s'agit d'arthrite grave, limitée à une seule articulation — le genou, le plus souvent — se terminant par suppuration et nécessitant l'ouverture de l'articulation. Ce sont là des manifestations de ces infections secondaires si fréquentes dans la diphtérie. Si, en effet, on a pu attribuer les formes légères et passagères à l'action des produits solubles microbiens sur les articulations, les formes graves sont causées par le streptocoque. Dans une seule de nos observations il y avait infection mixte par le streptocoque et le pneumocoque. Nous n'avions jamais vu antérieurement, chez nos diphtériques, une succession d'accidents arthropatiques ayant ces caractères, ces localisations multiples, cette coïncidence avec des éruptions qui ne ressemblent nullement à celles de la diphtérie; ces dernières, en effet, très bien décrites dans la thèse de M. Mussy, ne présentent jamais que l'apparence morbilliforme et surtout scarlatiniforme, et non pas ce polymorphisme que nous avons constaté chez tous nos malades. Enfin, dernier et péremptoire argument, sur nos cinq faits d'arthropathies, deux ont été observés chez des enfants que les recherches bactériologiques ont démontré ne pas avoir la diphtérie.

L'influence du sérum n'est donc pas niable dans la production de ces éruptions. Du reste, M. Frænkel, dans une visite qu'il a faite dans le service, nous a dit qu'en Allemagne on observait quelquefois des arthropathies chez les enfants traités par le sérum.

Nous avons observé un seul cas de purpura chez un petit garçon atteint d'angine grave, avec association de streptocoque et de broncho-pneumonie. Le purpura se montra sous forme de larges placards sur l'abdomen, au niveau des points où avaient été pratiquées les injections. L'enfant, qui nous semblait perdu, finit cependant par guérir. Dans le *Berlin. Klin.* du 26 novembre 1894, Mendel (d'Essen) signale également un cas de purpura qui fut généralisé, mais prédomina cependant au niveau des points où les injections avaient été faites. L'enfant guérit. Nous n'avons pas observé d'autres accidents et nous n'avons jamais constaté, en particulier, ces troubles nerveux pseudo-méningitiques, assez intenses, mais passagers, dont M. Descroizilles a signalé un cas à la Société de médecine pratique, et qui auraient été observés également chez l'enfant d'un de nos confrères.

Tels sont les seuls accidents que nous ayons observés chez les nombreux malades traités par la sérumthérapie pendant les mois d'octobre et de novembre. En somme, ils sont peu graves, et si on les met en parallèle avec les résultats obtenus par cette méthode de traitement, il nous semble qu'ils sont quantité négligeable. Mais ils peuvent être intenses, revêtir, dans certains cas, une physionomie inquiétante, et dérouter par leur apparition tardive et les arthropathies qui peuvent les accompagner. C'est pour ces raisons que nous avons tenu à les décrire.

IX

Inoculations préventives ou vaccinales de sérum. — M. Roux a démontré que les cobayes femelles ne succombent jamais si le sérum est injecté à doses suffisantes avant l'inoculation de la toxine diphtérique sur la muqueuse du vagin.

« Il se forme, dit-il, une fausse membrane dans tous les cas; mais, tandis que, chez les témoins, la muqueuse est rouge, œdématiée, la température élevée, l'état général mauvais, chez les femelles traitées, la rougeur est moins étendue, les tissus moins gonflés, la fièvre peu intense. Dès le second jour, les fausses membranes se détachent, et la réparation de la muqueuse commence. Les animaux qui n'ont pas eu de sérum sont morts en six jours, ceux qui en avaient reçu un dix-millième de leur poids ont très bien guéri. Quand la dose de sérum n'est pas assez forte, les animaux se rétablissent en apparence, mais succombent plus tard à la cachexie. Les choses se passent de même si on injecte le sérum au moment des inoculations. »

Ces expériences semblent prouver que l'inoculation préventive met l'organisme en état de résister à la contagion. De là est née l'idée de la vaccination des enfants exposés par la maladie d'un membre de leur famille à contracter la diphtérie, ou devant séjourner un temps plus ou moins prolongé dans un hôpital où l'isolement ne peut être complet. A l'hôpital Trousseau, par exemple, tous les enfants atteints d'affections supposées diphtéritiques, étaient envoyés d'abord au pavillon des douteux. La partie du pavillon affectée aux douteux de diphtérie se compose de huit chambres à deux ou trois lits. Autant que possible, nous réunissions les enfants qui, au point de vue clinique, ne nous semblaient pas atteints de diphtérie, mais nous n'avons pas toujours pu le faire, et des enfants atteints de laryngites ou d'angines démontrées non diphtéritiques par les cultures ont couché quelques heures à côté d'enfants atteints de diphtérie. De plus, le personnel était le même pour tous. Dans ces conditions, la contagion était bien à craindre. Pourtant, *aucun des malades entrés et reconnus non diphtéritiques n'a pris la diphtérie.* C'est d'autant plus remarquable que tous ces enfants étaient atteints d'affections inflammatoires du pharynx ou du larynx, et qu'on sait combien facilement le bacille de Klebs s'implante sur une muqueuse enflammée. Nous croyons que ce résultat est dû à ce que tout enfant entrant, et avant tout examen, recevait une injection de 20 centimètres cubes de sérum. Nous n'avons que cet argument — mais il a son importance — à faire valoir en faveur de l'inoculation préventive des personnes, enfants ou adultes, exposées à la contagion par le fait de leur séjour dans un milieu contaminé. Récemment, nous avons injecté en ville les deux frères d'un enfant atteint de diphtérie et que des considérations particulières ne permettaient pas d'évacuer de la maison. Jusqu'à présent, ils sont indemnes, mais le fait est encore trop récent (quinze jours) pour qu'il nous soit permis de conclure.

Peut-être quelques-uns de nos collègues pourront-ils nous apporter des faits confirmatifs. En Allemagne, des observations assez nombreuses ont été citées à l'appui de l'action prophylactique de l'inoculation de sérum. Seitz rapporte que, dans une famille où l'isolement de deux enfants atteints de diphtérie était impossible, il fit des injections de sérum aux quatre frères et sœurs des deux malades. Aucun des enfants ne contracta la diphtérie. Mervius (de Helgoland) [*Berl. Klin.*, 15 octobre 1894] dit qu'un de ses enfants ayant contracté la diphtérie, il vaccina ses deux autres enfants, âgés de trois et quatre ans, qui continuèrent à jouer avec le petit malade sans être contagionnés. Même fait dans une autre famille : un enfant meurt de diphtérie et un second la prend. L'isolement étant impossible, Mervius vaccine le père, la mère et un frère de dix-huit mois. Aucun des vaccinés ne contracta la diphtérie.

Katz, assistant de Baginski, dans sa communication à la Société de médecine berlinoise, du 27 juin 1894, communication passée inaperçue, comme nous le rappelions au début de ce travail, rapporte que, sur 72 frères ou sœurs de malades atteints de diphtérie, et qui ont été vaccinés, 8 seulement furent contagionnés et que tous guérirent promptement ayant été légèrement atteints.

Seitz signale également qu'à Helgoland, pendant une épi-

démie fort grave de diphtérie, tous les enfants bien portants furent injectés ; aucun d'eux ne succomba à la diphtérie. Même fait dans un village des environs d'Oldenbourg.

Hilbert (*Berl. Klin.*, 26 novembre 1894) cite l'observation très intéressante d'une femme allaitant un enfant de neuf mois et atteinte de diphtérie. Le bébé est injecté et la mère continue à le nourrir. Il ne fut pas contagionné. Le même médecin donne les renseignements statistiques suivants : du 1er avril 1888 au 31 mars 1894, il a traité 229 cas de diphtérie. Sur ce nombre, 43 personnes avaient contracté la maladie de frères, de sœurs ou de voisins, soit près d'un cinquième. Avec la vaccination, 64 personnes injectées ont donné seulement 7 diphtéries, qui, toutes, ont été légères.

Le temps écoulé entre l'injection et l'apparition des premiers symptômes de la diphtérie a été noté par Hilbert. Nous trouvons :

Le même jour, 11 fois ;
Du deuxième au troisième jour, 12 fois ;
Du quatrième au sixième jour, 8 fois ;
Du septième au dixième jour, 2 fois ;
Du onzième au trentième jour, 7 fois ;
Après un mois, 3 fois.

Tous ces faits, qui ont certainement besoin de confirmation, semblent bien prouver que l'injection préventive, conformément aux expériences de M. Roux, confère une immunité absolue ou relative. Il est donc sage de l'employer dans le cas où l'isolement n'a pas été pratiqué dès le début et à plus forte raison quand il est impossible ou illusoire, comme cela est arrivé trop souvent. Nous rappelons que la dose de ces injections préventives est de 5 centimètres cubes de sérum pour les enfants de moins de dix ans, de 10 centimètres cubes au-dessus de cet âge.

Malgré la valeur de cette vaccination, il ne faut pas négliger l'emploi des moyens dont l'expérience a démontré l'utilité. Les personnes pour lesquelles la contagion est à craindre devront pratiquer, au moins deux fois par vingt-quatre heures, de grandes irrigations de la bouche et du nez avec de la solution boriquée à 4 p. 100. Leur gorge devra être examinée tous les jours. L'emploi de ces moyens locaux a une grande utilité et, dans beaucoup de cas, à eux seuls, ils semblent avoir permis d'éviter la contagion. On peut penser qu'avec l'emploi du sérum d'une façon préventive, nous ne verrons plus d'exemple de ces épidémies de familles ou de maisons, souvent si meurtrières. Nous n'avons pas besoin d'insister ici sur les mesures de désinfection indispensables en pareil cas. Tous ces moyens de prophylaxie réunis permettront, il faut l'espérer, de limiter, dans un avenir rapproché, la contagiosité de la diphtérie.

En résumé, d'après ce que nous avons observé à Trousseau, d'après ces observations très intéressantes, et suffisamment nombreuses, nous croyons qu'un médecin est autorisé à pratiquer la vaccination préventive des personnes, enfants ou adultes, exposés à être en contact avec un malade atteint de diphtérie, et nous pensons que cette pratique a une grande valeur prophylactique.

Combien de temps persiste l'immunité acquise par le fait de l'inoculation? Il est impossible encore de répondre à cette question. L'immunité ne semble pas de longue durée. Un fait que nous avons observé vient à l'appui de cette opinion.

Un enfant entre à Trousseau, le 9 octobre, atteint de croup d'emblée à bacilles de Klebs courts. Il guérit rapidement, après une seule injection. Un mois après, le 9 novembre, il entra de nouveau dans le service, avec des accidents de croup d'emblée, et les cultures donnent le même résultat bactériologique. C'est une véritable rechute de diphtérie qui guérit comme la première manifestation.

Nous ne croyons pas, à vrai dire, que l'enfant ait été soumis à une nouvelle contagion, mais plutôt, qu'ayant conservé, un mois encore après le début de la diphtérie, des bacilles virulents dans le pharynx, il a pu en faire une culture nouvelle sur la muqueuse laryngée. En tout cas, et quelle que soit l'interprétation nosologique, cette observation prouve que, pas plus du fait d'une première et récente atteinte — ce que la clinique nous avait appris — que de l'action d'une injection de sérum, l'immunité n'est acquise pour longtemps, sans qu'il soit possible, quant à présent tout au moins, d'en préciser la durée.

X

Conclusions. — Comme conclusions de cette étude, nous voudrions préciser en quelques mots quelle doit être, selon nous, la conduite du praticien en présence d'un cas d'angine ou d'accidents laryngés. Il nous paraît d'autant plus important d'être fixé sur ce point, que dans quelques semaines, quand la pénurie actuelle du sérum aura pris fin grâce au grand nombre de chevaux immunisés, nous nous trouverons exposés, de la part des familles, à des pressantes sollicitations auxquelles il nous sera bien difficile de nous soustraire.

L'expérience démontrant l'efficacité du sérum employé dans la diphtérie, mais son emploi comportant aussi quelques inconvénients — qui, jusqu'à présent, il est vrai, se sont montrés sans gravité — il faut le réserver pour les cas qui en sont justiciables. Si donc nous nous trouvons en présence d'une angine légère et douteuse au point de vue des caractères objectifs, si les manifestations générales qui l'accompagnent (fièvre élevée surtout), nous font penser qu'il ne s'agit pas de diphtérie, nous conseillons de faire pratiquer un ensemencement, et de ne point injecter de sérum avant d'avoir le résultat de l'examen des cultures.

Cela demande vingt-quatre heures au plus, et, dans le cas que nous supposons, cette attente, pendant laquelle on pratiquera de grandes irrigations et des badigeonnages salicylés, n'aura pas d'inconvénients. Si, au contraire, l'angine paraît d'emblée diphtérique, si l'étendue des exsudats, l'absence ou le peu d'intensité de la fièvre, l'engorgement ganglionnaire, donnent cet ensemble clinique auquel on ne se trompe guère, il ne faut pas hésiter à pratiquer le plus tôt possible une injection de sérum, qui sera ou non suivie d'autres injections selon que le diagnostic sera confirmé ou non.

De même pour les cas d'accidents laryngés. Ici, cependant, la difficulté sera plus grande. Non pas certes si le médecin est appelé pour une laryngite accompagnée d'angine : dans ce cas, il n'y a pas à hésiter ; il faut immédiatement pratiquer une injection de sérum, l'expérience montrant l'extrême rareté des laryngites non diphtériques dans ce cas. Nous avons eu cependant l'occasion d'observer une enfant chez laquelle il s'agissait d'angine légère, compliquée de phénomènes laryngés graves, dus au streptocoque ; mais cette éventualité est tellement exceptionnelle qu'on peut ne pas en tenir compte, et agir en conséquence. Dans ce cas, nous conseillons formellement l'emploi immédiat de la sérumthérapie.

Plus difficile à indiquer sera la conduite à tenir en cas d'accidents laryngés développés isolément. Est-ce du croup d'emblée? Est-ce une laryngite striduleuse? Le diagnostic, qui semble facile si on s'en rapporte aux descriptions cliniques et à la thèse de M. Touchard, présente dans quelques cas une extrême difficulté et même une impossibilité absolue. Dans ces cas (et le doute est alors toujours fondé sur la violence des accidents laryngés), nous conseillons d'agir dans l'hypothèse la plus grave, et de pratiquer une injection de sérum, si les accidents laryngés sont assez intenses et assez persistants pour que leur nature diphtérique semble probable.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance annuelle du 11 décembre 1894. — Présidence de M. ROCHARD.

RAPPORT

M. CADET DE GASSICOURT, secrétaire annuel, donne lecture du rapport général sur les prix décernés en 1894.

PRIX DE 1894.

PRIX DE L'ACADÉMIE (1000 francs). — Question : *De l'étiologie de la grippe.* — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde à titre d'encouragement les récompenses suivantes : 1° 200 francs à M. le docteur Antony, médecin-major de première classe, au Val-de-Grâce ; 2° 200 francs à M. le docteur Jacquemart (de Paris) ; 3° 200 francs à MM. les docteurs Sapelier et Villecourt, médecins à la Maison départementale de Nanterre ; 4° 200 francs à M. le docteur Trouillet, médecin aide-major de première classe au 14e bataillon de chasseurs à pied, et M. le docteur Esprit, médecin aide-major de première classe au 4e régiment du génie à Grenoble ; 5° 200 francs à M. le docteur Chiaïs (de Menton).

PRIX ALVARENGA (800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Choux, médecin-major de première classe à l'hôpital militaire de Vincennes.

PRIX AMUSSAT (800 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Mauclaire (de Paris).

PRIX BAILLARGER (2000 francs). — L'Académie partage le prix entre les deux candidats, M. le docteur Bourneville (de Paris) et M. le docteur A. Marie, directeur de la Colonie familiale de la Seine, à Dun-sur-Auron (Cher).

PRIX BARBIER (2500 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix mais elle accorde les encouragements suivants : 1° 1000 francs à MM. les docteurs Bruhl et Dubief (de Paris) ; 2° 300 francs à M. le docteur Galliard (de Paris) ; 3° 300 francs à M. le docteur Bertin, médecin des épidémies (de Nantes) ; 4° 300 francs à M. le docteur Luton (de Reims).

PRIX MATHIEU BOURCERET (1200 francs). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 900 francs à MM. les docteurs Quénu et Lejars, professeurs agrégés à la Faculté de médecine de Paris ; 2° un encouragement de 300 francs à M. le docteur Arrou (de Paris) ; 3° enfin une mention honorable à M. le docteur Thibaudet, de Saint-Claude (Jura).

PRIX HENRI BUIGNET (1500 francs). — Le prix est décerné à M. Léon Guignard, professeur à l'École supérieure de pharmacie de Paris.

PRIX CAPURON (1200 francs). — Question : *Étude comparative sur le traitement hydrologique du diabète sucré.* — L'Académie partage le prix entre M. le docteur Paul Rodet (de Paris) et M. le docteur Duhourcau, médecin aux Eaux de Cauterets. — Une mention honorable est, en outre, accordée à M. le docteur H. Forestier, médecin adjoint de l'hôpital thermal et de l'Asile évangélique à Aix-les-Bains.

PRIX CIVRIEUX (800 francs). — Question : *Des troubles du langage chez les aliénés.* — Il n'y a pas lieu de décerner le prix. — La même question n'est pas remise au concours.

PRIX DAUDET (1000 francs). — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.* — L'Académie ne décerne aucune récompense ; la même question sera remise au concours pour l'année 1897.

PRIX DESPORTES (1300 francs). — L'Académie décerne le prix à MM. les docteurs Beni-Barde et Materne (de Paris). — Des mentions très honorables sont en outre accordées : 1° à MM. les docteurs Legendre et Broca (de Paris) ; 2° à M. le docteur Cathelineau (de Paris).

PRIX FALRET (900 francs). — Question : *Les Somnambulites.* — Il n'y a pas eu de candidat, la même question sera remise au concours pour l'année 1898.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — L'Académie a versé, en 1894, les sommes suivantes à MM. les stagiaires : 1° 2000 francs à M. Arthus ; 2° 2000 francs à M. Bernard ; 3° 1500 francs à M. Ranglaret ; 4° 1500 francs à M. Leblanc.

PRIX ERNEST GODARD (1000 francs). — L'Académie décerne le prix à M. le docteur GASTOU (de Paris).

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE (1000 francs). — Question : *De la mort apparente des nouveau-nés.* — Le prix est décerné à M. le docteur Demelin, chef de clinique obstétricale à la Faculté de Paris. — Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : 1° M. le docteur Jacquemart (de Paris) ; 2° M. le docteur G. Lepage, ancien chef de clinique obstétricale, et M. G. Brosset, externe des hôpitaux.

PRIX HERPIN (1200 francs). — Question : *Du traitement abortif de l'érysipèle.* — Le prix est décerné à M. et Mme Cristiani, docteurs en médecine (de Genève).

PRIX ITARD (2400 francs). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 2000 francs à M. le docteur Chauffard (de Paris) ; 2° une mention très honorable avec une somme de 400 francs à M. le docteur Courtois, médecin aide-major au 55e d'infanterie (à Nice) ; 3° une mention honorable à M. le docteur Vanlair (de Bruxelles) ; 4° une mention honorable à M. le docteur Juhel-Rénoy.

PRIX LABORIE (5000 francs). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 2000 francs à M. le docteur Broca, chirurgien des hôpitaux de Paris, et M. le docteur Maubrac (de Paris) ; 2° des encouragements de 500 francs à MM. les docteurs Delorme, professeur au Val-de-Grâce ; Demosthen, professeur à la Faculté de médecine de Bucarest ; Félizet (de Paris) ; Mauclaire (de Paris) ; Schwartz (de Paris) ; 3° des mentions très honorables à MM. les docteurs Binaud (de Bordeaux) ; Forgue (de Montpellier) ; Reclus (de Paris) ; Guillemain (de Paris) ; Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Tollet, ingénieur à Paris.

PRIX LAVAL (1000 francs). — Le prix est décerné à M. Levert, licencié ès sciences physiques, étudiant en médecine de la Faculté de Paris.

PRIX MEYNOT (2600 francs). — L'Académie décerne : 1° Un prix de 1600 francs à MM. les docteurs Broca et Lubet-Barbon (de Paris) ; 2° des récompenses de 500 francs à MM. les docteurs Nimier, professeur agrégé au Val-de-Grâce, et Gellé (de Paris).

PRIX ADOLPHE MONBINNE (1500 francs). — L'Académie décerne : 1° un prix de 1000 francs à M. le docteur Lermoyez (de Paris) ; 2° un encouragement de 500 francs à M. le docteur Marcel Baudouin (de Paris). — Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : M. Bourgès, vétérinaire en premier au 4e hussards ; MM. les docteurs Meilhon, médecin de l'Asile d'aliénés de Montauban ; Delvaille (de Bayonne).

PRIX NATIVELLE (300 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix. — Le même sujet sera reporté pour l'année 1897.

PRIX OULMONT (1000 francs). — Le prix a été décerné à M. Souligoux, interne des hôpitaux de Paris.

PRIX ORFILA (6000 francs). — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer l'impaludisme, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?* — Le prix n'est pas décerné, mais l'Académie accorde un encouragement de 1000 francs à M. le docteur Vicente Coronado, membro del laboratorio bacteriologico de la Cronica Medica de la Habana (Isla de Cuba). — *D'après les intentions du testateur, la somme de 5000 francs, restant disponible, sera versée dans la Caisse de l'Association des médecins de la Seine.*

PRIX PORTAL (600 francs). — Question : *Anatomie pathologique des maladies causées par le bacterium coli commune.* — Le prix est décerné à M. le docteur Macaigne (de Paris).

PRIX POURAT (1000 francs). — Question : *De la tension san-*

guine intra-vasculaire. — Aucun candidat ne s'est présenté, l'Académie remet la même question au concours pour l'année 1897.

Prix Saintour (4400 francs). — L'Académie partage un prix de 2000 francs entre M. le docteur Letulle (de Paris) et M. Alfred Franklin, administrateur de la Bibliothèque Mazarine. — Des encouragements sont, en outre, accordés : 1° de 400 francs à MM. les docteurs Pierre Janet (de Paris); Catrin, médecin-major de première classe, professeur agrégé au Val-de-Grâce; Ribemont-Dessaignes et Lepage (de Paris); Verchère (de Paris); Chipault (de Paris); 2° de 200 francs à M. Verwaest (de Paris), docteur en droit et à M. le docteur Henri Lamy (de Paris).

Prix Saint-Lager (1500 francs). — Aucun candidat ne s'est présenté, la même question sera remise au concours pour l'année 1896.

Prix Saint-Paul (25000 francs). — L'Académie décerne un prix d'encouragement de 1800 francs à M. le docteur Bourges (de Paris).

Prix Stanski (1800 francs). — L'Académie ne décerne pas le prix, mais elle accorde une récompense de 500 francs à MM. les docteurs Thoinot et Dubief (de Paris).

Prix Vernois (700 francs). — Le prix est décerné à M. le docteur Vincent, médecin aide-major, chef du laboratoire de bactériologie de l'hôpital militaire du Dey, à Alger. — Des mentions honorables sont, en outre, accordées à : MM. les docteurs Simon, médecin de première classe des colonies, sous-secrétariat des colonies; Le Roy des Barres (de Saint-Denis); Gautrez (de Clermont-Ferrand); Bouchereau, médecin-major de deuxième classe, et Grasset, médecin de l'hôpital de Riom; Bec (d'Avignon).

Service des eaux minérales. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder pour le service des Eaux minérales de la France pendant l'année 1892 :

1° *Médaille d'or à :* M. le docteur Ferras (de Bagnères-de-Luchon).

2° *Rappel de médaille d'or à :* M. le docteur Tillot (de Luxeuil).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Cathelineau (de Paris); de La Garde (de Bagnères-de-Bigorre); Messerer et Gasser, médecins aides-majors de première classe, à l'hôpital d'Oran; Gabriel Pouchet (de Paris).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs Forestier (d'Aix-les-Bains); Heulz (de la Bourboule); Lavielle (de Dax).

5° *Médailles de bronze à :* MM. les docteurs Censier (de Bagnoles); Emond, au Mont-Dore; M. Mallat (de Vichy); MM. les docteurs Paul Raymond (de Paris); Roland (de Divonne).

Service des épidémies. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service des épidémies en 1893 :

1° *Médailles d'or à :* MM. les docteurs Blanquinque (de Laon); Durand (de Marseillan); Legée (d'Abbeville).

2° *Rappels de médailles d'or à :* MM. les docteurs Chabenat (de La Châtre); Fichot (de Nevers); Fiessenger (d'Oyonnax); Lallemant (de Dieppe); Pennetier (de Rouen).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Bard (de Lyon); Bertin (de Nantes); M. Bunel (de Paris); MM. les docteurs Gorez (de Lille); Lang (de Liverdun); Lepage (d'Orléans); Liron, médecin-major de deuxième classe, à Fort-National; Paul Mantel (de Saint-Omer); Mathieu (de Vassy).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* MM. les docteurs André (de Toulouse); Balestre (de Nice); Dubrulle, médecin-major de première classe au 23e de ligne; Pauthier (de Senlis); Pedrono (de Lorient); Tueffert (de Montbéliard).

5° *Médailles de bronze à :* M. Alexandre, médecin vétérinaire à Paris; MM. les docteurs Barrault (de Paris); Bastiou (de Lannion); Bernard, médecin-major de deuxième classe à Dijon; Berthelé, médecin principal de deuxième classe à Marseille; Charlier (du Havre); Comte, médecin-major de première classe au 12e régiment de dragons; Courtet et Delaborde, médecins aides-majors des hôpitaux de Tunisie; Courtet, médecin aide-major, et M. Loir, directeur du laboratoire d'histologie de Tunis; MM. les docteurs Delbecq (de Gravelines); Delmas, médecin principal de deuxième classe à Poitiers; Dezautières (de La Machine); Fournié, médecin-major de première classe aux sapeurs-pompiers de Paris; Grizou (de Châlons-sur-Marne); Guiol (de Toulon); Hoel (de Reims); Huble, médecin-major de deuxième classe à Nantes; Jaubert, médecin aide-major de première classe à Constantine; Jaubert (d'Aumale); M. Lacour, pharmacien-major de première classe, au Mans; MM. les docteurs Lesueur (de Bernay); Magnant (de Gondrecourt); Malaingre (de Chaumont); Merz, médecin-major de deuxième classe à Lunel; Morisset et Meyer (de Mayenne); Mougeot (de Paris); Négadelle, médecin principal de la marine au port de Brest et Vincent, médecin de deuxième classe de la marine; Olivier, médecin-major de deuxième classe au 30e régiment de dragons; Prieur, médecin-major de deuxième classe au 125e de ligne; Séjournet (de Revin); Soulié (d'Alger); Tartière, médecin-major de première classe au 148e de ligne à Verdun; Trifaud, médecin-major de deuxième classe à Narbonne; Toussaint, médecin-major de deuxième classe à l'École Saint-Cyr; Vergely (de Bordeaux). *(A suivre.)*

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décret, en date du 8 décembre 1894, a été acceptée la démission de son grade offerte par M. de Boyer de Camprieu, médecin de première classe du corps de santé des colonies et pays de protectorat.

— Par décision ministérielle, en date du 3 décembre 1894, les médailles d'honneur ci-après ont été décernées pour récompenser des actes de dévouement à l'occasion d'épidémies qui ont atteint l'armée :

Médaille d'or : Mme Voisin, en religion sœur Bernard, de l'ordre de Saint-Thomas-de-Villeneuve, attachée aux salles militaires de l'hospice mixte, à Aix.

Médaille d'argent : M. Gastinel, infirmier à la 15e section, hospice mixte d'Aix.

Médailles de bronze : MM. Traverse et Bonard, soldats au 3e régiment d'infanterie; Delarue, soldat au 51e d'infanterie, et Chapon, cavalier au 10e chasseurs.

— Des concours s'ouvriront le 17 juin 1895 : 1° devant la Faculté de médecine de Paris, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales à l'École de médecine de Caen; 2° devant la Faculté de médecine de Lyon, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et clinique chirurgicale et de clinique obstétricale à l'École de médecine de Dijon.

— *L'hyperhydrose plantaire et le pied plat.* — D'après un travail de von Lesser (*Deutsch med. Woch.*, 1893, p. 1070) et qui mérite d'attirer l'attention, l'hyperhydrose plantaire dite spontanée coïnciderait presque toujours avec les varices superficielles dont elle serait la conséquence. Chez l'homme, le pied plat s'y ajouterait fréquemment.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Darcy (de Chambon), Perrin (de Bellac) et Thierrard (de Reims).

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 145. — SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 15 DÉCEMBRE 1894. — N° 145.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Sauf modifications, les mutations suivantes auront lieu le 1er janvier prochain dans les services chirurgicaux des hôpitaux de Paris :

M. Championnière passe de Saint-Louis à Beaujon, M. Reynier de Tenon à Lariboisière, M. Nélaton de Tenon à Saint-Louis, M. Prengrueber de la Maison municipale de santé à Tenon, M. Gérard-Marchant d'Ivry à Tenon, M. Tuffier du Bureau central à la Maison municipale de santé et M. Picqué du Bureau central à Bicêtre.

Ces deux dernières mutations sont subordonnées à l'approbation administrative. La suppression de la Maison municipale de santé a été votée par le Conseil de surveillance de l'Assistance publique, mais n'a pas encore été soumise au Conseil municipal ni à l'approbation du préfet de la Seine.

D'après l'avis de la Société des chirurgiens des hôpitaux, la place laissée libre par la mutation de M. Prengrueber doit être confiée à un chirurgien titulaire.

— Par arrêté ministériel, en date du 13 décembre 1894, un concours s'ouvrira le 17 juin 1895, devant la Faculté de médecine de Nancy, pour l'emploi de suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales à l'École de médecine de Reims.

— *Faculté de médecine de Paris.* — Un congé est accordé, sur sa demande et pour raisons de santé, à M. Sée, professeur de clinique médicale.

M. Marie, agrégé, est chargé d'un cours complémentaire de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. Caunieu est maintenu dans ses fonctions de préparateur du laboratoire d'anatomie pathologique.

M. Triboudeau est institué prosecteur.

Sont institués aides d'anatomie : MM. Bussière et Mage.

Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Hobbs, chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — M. le docteur Fromont est institué prosecteur.

M. Bédart, agrégé, est chargé des fonctions de chef du laboratoire des cliniques.

M. le docteur Masset est institué chef de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé à M. Deroide, agrégé, et à M. Lagoutte, prosecteur.

M. le docteur Thévenet est nommé aide de clinique.

M. Salvat est chargé des fonctions d'aide-préparateur de pathologie générale.

M. Durand est nommé moniteur de clinique chirurgicale.

— *Faculté de médecine de Montpellier.* — M. Rauzier, agrégé, est maintenu comme chargé d'un cours de pathologie médicale.

M. le docteur Bertin-Sans est maintenu dans les fonctions de chef des travaux de physique.

M. Mairet, professeur de clinique des maladies mentales et nerveuses, est nommé doyen de ladite Faculté.

M. Batailler est nommé préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. Maleterre (Nicolas-Justin) est institué aide de clinique.

M. le docteur Étienne est institué chef de clinique médicale.

M. Leloup est nommé préparateur de physique.

— *Faculté de médecine de Toulouse.* — M. Guilhem est maintenu comme chargé d'un cours de médecine légale.

Sont nommés préparateurs : 1° de physique (emploi nouveau) : M. Sarcos; 2° d'histoire naturelle (emploi nouveau) : M. Dagniac.

M. Bize est chargé des fonctions de prosecteur.

Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Lestrade, prosecteur.

— Hier jeudi a eu lieu à Menton l'inauguration du monument élevé à la mémoire du docteur James-Henry Bennett.

Digestions difficiles, Dyspepsies, Gastralgies, Douleurs stomacales, Vomissements de la grossesse

Pharmacie MONAVON
10, Rue de Trion
LYON

EUPEPTIQUE-MONAVON

Digestif Délicieux et Actif

Pepsine 0.50, Diastase 0.20
Cocaïne 0.005
Kola privée tannins qui précipiteraient la pepsine 0.40

contenant par cuillerée à bouche

A la même Pharm. et partout

KOLA granulée MONAVON

ou

Saccharure de Kola-Monavon

ELIXIR, VIN
Pastilles, Biscuits
DE KOLA-MONAVON

DRAGÉES de Fer Rabuteau

Lauréat de l'Institut de France

Les études faites dans les Hôpitaux de Paris ont démontré que le **Fer Rabuteau** régénère les globules rouges du sang avec une rapidité qui n'avait jamais été observée en employant les autres ferrugineux.

Ces résultats ont été constatés au moyen des divers **Compte-Globules.**

Les Préparations du **Dr Rabuteau** ne produisent pas la Constipation et sont tolérées par les personnes les plus délicates.

Elixir de **Fer Rabuteau** recommandé aux personnes qui ne peuvent pas avaler les Dragées.
Sirop de **Fer Rabuteau** destiné aux enfants.

Exiger le Véritable Fer Rabuteau
de la Maison CLIN & Cie, à Paris



Seule liqueur concentrée
BALSAMIQUE
ANTISEPTIQUE
donnant instantanément *l'eau de goudron du Codex*
(Deux cuillerées par litre)
MALADIES DE LA PEAU
Voies respiratoires
Voies urinaires
Diathèse furonculeuse
ÉPIDÉMIES
Le flac. **1 fr. 50**, rue de Rennes, 105,
PARIS, *et dans les pharmacies.*

SALIPYRINE RIEDEL
(MARQUE ET NOM DÉPOSÉS)
SPÉCIFIQUE
CONTRE L'INFLUENZA

Les résultats obtenus par l'emploi de la SALIPYRINE dans le traitement des *menstruations difficiles*, de la *névralgie*, du *rhumatisme*, de la *fièvre*, de la *migraine*, dépassent tous ceux obtenus jusqu'à ce jour avec les autres médicaments. — DOSE : 1/2gr à 1gr, plusieurs fois par jour. — Innocuité complète.

ENVOI FRANCO ÉCHANTILLON ET NOTICE

Se méfier des contrefaçons. — **Martin REINICKE,**
39, r. Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie, Paris.

VIN DE BUGEAUD

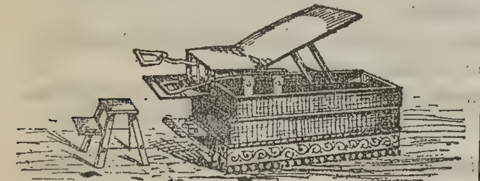
Toni-nutritif au quinquina et au cacao.

ENTREPOT GÉNÉRAL : **5, rue Bourg-l'Abbé, Paris.**

ATELIERS DE COURBEVOIE (SEINE)

BANQUETTE-**RAYGASSE, seul invr.** Bté s. g. d. g.
BANQUETTE A 4 TRANSFORMATIONS (1 m. 50 longueur)

Nouveau serre-tête, fer nickelé. Oreilles mobiles, se fixant après la têtière du meuble et se renfermant avec dans l'intérr (addition nouvelle).
51, Quai de Courbevoie, entrée, 3, rue Fallet (station d'Asnières).



Fauteuil-spéculum. — Plates-formes diverses.
Tentures et sièges pour cabinet sur devis.
RAPPORT DIRECT DE L'USINE AVEC MM. LES DOCTEURS
Seule Maison fabt ces meubles bon marché (garantis).

Le MOINS CHER de tous les Médicaments employés dans le Traitement de la PHTISIE PULMONAIRE et des autres Tuberculoses est le

CARBONATE de CRÉOSOTE "HEYDEN" (Créosotal)

CACHET DE GARANTIE

CONTENANT 92 % DE CRÉOSOTE DE HÊTRE PURE
ET 8 % D'ACIDE CARBONIQUE
De 2 à 3 Cuillerées à Café par Jour.
VENTE DANS TOUTES les PHARMACIES

CAPSULES HEYDEN au CARBONATE de CRÉOSOTE
à 50 centigrammes. 6 à 8 Capsules par jour. — VENTE EN GROS : BARBERON, PARIS.

DRAGEES CARBONEL

AU PERCHLORURE DE FER PUR

EMPLOYÉES AVEC SUCCÈS CONTRE

Hémorrhagies, Anémie, Chlorose, Lymphatisme.

PRIX du flacon : **4 francs.**
DÉPÔT : Dans toutes les bonnes pharmacies.

VIN NOURRY IODOTANÉ

EXACTEMENT TITRÉ

Une cuillerée à bouche contient :
0gr,05 d'Iode
et 0gr,10 de Tanin,
exempt de tout iodure alcalin.

Par son assimilation et sa tolérance parfaites, le **VIN NOURRY** est le curatif par excellence des affections qui ont l'Iode ou les Iodures pour base de traitement, telles que : **Lymphatisme, Scrofule, Anémie, Menstruations difficiles**, etc.....

DOSES. — Enfants : 1 cuillerée à café;
Adultes : 1 cuillerée à soupe,
avant les deux principaux repas.

Paris, 28, rue Saint-Claude, et Pharmacies.

DYSPEPSIES - GASTRALGIES

Pepsine Boudault

« *En prescrivant simplement : Pepsine,*
« *le pharmacien est obligé de ne donner*
« *que celle du Codex. Cette pepsine ne doit*
« *peptoniser que 20 fois son poids de fibrine,*
« *tandis que* **la Pepsine Boudault**
« *peptonise* **50 fois** *son poids.*

« Le *Vin* et l'*Elixir* de pepsine du Codex
« ne doivent peptoniser que la moitié de
« leur poids de fibrine, tandis que le **Vin**
« et l'**Elixir de Pepsine Boudault,**
« peptonisent **deux fois** leur poids de
« fibrine, soit **quatre fois plus.** »

CHLORÉTHYLE BENGUÉ



3f50
Médecins, 2f75

ANESTHÉSIE LOCALE — NÉVRALGIES

Dr BENGUÉ, phien, 34, rue La Bruyère, Paris.

QUINA * FER
Chlorose, Anémie

Vins Titrés d'Ossian Henry

Membre de l'ACADEMIE de MEDECINE
Professeur à l'Ecole de Pharmacie.
BAIN & FOURNIER
43, Rue d'Amsterdam, Paris

ELIXIR D'EUCALYPTOL VOIRY
LE SEUL
CHIMIQUEMENT PUR

Le RÉGIME LACTÉ

modifié comme suit est toujours bien toléré :
LAIT, sucré à volonté, 1 verre.
POUDRE de PEPTONE CATILLON, 1 cuillerée.
Avec 4 à 8 doses par jour on nourrit tous les ***malades aigus*** *ou* ***chroniques*** *et on leur permet de résister.*



NOUVEAU BANDAGE

expérimenté dans les hôpitaux de Paris, accepté à la Société de chirurgie (Acad. de méd.). Il a obtenu les plus hautes récompenses : *2 Médailles d'Argent, 2 Médailles d'Or, 1 Diplôme d'Honneur*. Il est garanti supérieur à tous les autres systèmes de bandages, maintient les **HERNIES les plus rebelles**, se porte sans gêne, supprime le ressort du dos et le sous-cuisse.

ENVOI SUR TOUTES DEMANDES

MEYRIGNAC, bandagiste, 229, r. St-Honoré, Paris.

DIGITALINE D'HOMOLLE & QUEVENNE

Approbation de l'Académie de médecine.

MÉD. D'OR DE LA SOCIÉTÉ DE PHARM. DE PARIS.

Le nouveau Codex a décidé, qu'à moins de désignation spéciale, c'est toujours la *Digitaline* découverte par Homolle et Quevenne (1) qui doit **SEULE** être délivrée.

Dose pr jour Granules (1 à 3). — Solution pr us. int. (10 à 30 gttes.

(1) A cause des *imitations impures*, formuler la **Vraie Digitaline d'Homolle et Quevenne.**

Phie COLLAS, 8, r. Dauphine, Paris, et ttes phies.

REVUE GÉNÉRALE

Traitement de la septicémie puerpérale par la réfrigération et en particulier par les bains froids.

Par M. O. Macé,
Interne des hôpitaux de Paris.

I

La septicémie puerpérale est une intoxication que l'on rencontre parfois, venant compliquer l'infection utérine. C'est le plus souvent chez des femmes qui n'ont pris aucun soin de propreté pendant le travail et l'accouchement. Nous ne nous arrêterons pas à la décrire dans tous ses symptômes, nous n'en voulons retenir rapidement que les traitements qui ont été employés pour la combattre et, à ce propos, nous signalerons, à côté des soins antiseptiques donnés à la femme infectée, l'emploi des antithermiques ordinaires, le sulfate de quinine, l'antipyrine, auxquels, surtout en Amérique, on ajoute, dans certains cas, l'essence de térébenthine, la teinture de Warbourg, la teinture d'aconit. Dans bien des cas, ces médicaments ne donnent pas les résultats qu'on était en droit d'en attendre et l'on se trouve en face d'une malade qu'il faut, néanmoins, traiter si l'on ne veut pas voir survenir la mort.

Ce sont ces considérations qui nous ont engagé, chez une malade, à employer la réfrigération par le bain froid, lorsque nous avions l'honneur d'être attaché au service de M. Maygrier, à l'hôpital de la Pitié. En présence de l'inefficacité des antithermiques, et devant l'intensité de l'intoxication, j'ai songé à mettre la malade aux bains. Le résultat obtenu m'engagea à renouveler à l'occasion cette thérapeutique. Cette occasion, je l'ai eue deux fois à l'hôpital Cochin. Je me suis alors livré à des recherches bibliographiques qui m'ont fait constater qu'avant moi, ce traitement avait déjà été mis en pratique.

Après avoir rappelé en quelques mots mes observations, j'ai l'intention de réunir dans cette Revue l'ensemble de matériaux publiés sur la question et d'étudier enfin les indications, les contre-indications et l'action de la réfrigération dans le traitement de la septicémie puerpérale. Nous verrons alors les conclusions que nous pourrons tirer de cette méthode.

La première observation est relative à une femme (1) enceinte de trois mois et qui avait expulsé, chez elle, un fœtus de dimensions ordinaires, après un travail de treize heures. A son arrivée dans le service, frissons, température élevée, lochies fétides qui ne cèdent pas aux injections intra-utérines. Le lendemain, facies de plus en plus mauvais, terreux, yeux cernés et excavés, céphalalgie intense, soif ardente, légère diarrhée, pouls dicrote, mou et difficile à séparer. La malade fut d'abord mise aux injections intra-utérines et au sulfate de quinine, puis un écouvillonnage à la glycérine créosotée fut fait. La température ne céda pas, mais à la suite de l'intervention, les lochies n'étaient plus fétides. Le lendemain, température 41 degrés. En présence de l'état général grave, je résolus d'essayer de la modifier par la réfrigération. Un premier bain fut donné à 2 degrés au dessous de la température que présentait la malade; il est refroidi progressivement de 1 degré toutes les cinq minutes jusqu'à 30 degrés. L'abaissement produit fut de 1°4. Un second bain fut donné quatre heures après dans les mêmes conditions, l'abaissement de température ne fut que de 0°4. Voyant que la température ne cédait pas suffisamment, je renonce au système des bains progressivement refroidis et j'emploie la méthode des bains froids d'emblée qui, en présence de l'hyperthermie persistante, pouvait me faire espérer un abaissement de température plus sensible. Des affusions froides sur la nuque furent associées aux bains à partir de ce moment et le bain a été donné lorsque la température rectale atteignit 38°5 et lorsque, sans avoir autant de fièvre, la malade paraissait abattue. Les bains ont été très bien supportés, leur durée était d'une dizaine de minutes; ils étaient régulièrement donnés toutes les trois heures. Le résultat fut très satisfaisant et tous les troubles ne tardèrent pas à disparaître. La malade a guéri, ce à quoi nous étions bien loin de nous attendre à son entrée à l'hôpital. Elle a pris quarante-sept bains. Aux premiers, était associé le sulfate de quinine, malgré son inaction sur la température; pendant tout le reste du traitement, la malade a eu des injections vaginales et des toilettes vulvaires après chaque bain, du benzonaphtol, des potions alcooliques, et a été alimentée.

La seconde observation est relative à une femme entrée dans le service, après avoir fait un avortement de trois mois et demi à quatre mois. Un curetage de l'utérus lui avait été fait dans un service de chirurgie. La température ne cédant pas, elle fut mise aux bains froids et on ne tarda pas à constater la disparition de son abattement, de la céphalalgie, de la soif et la chute de la température. Cette malade a pris dix-huit bains, dont trois à 25 degrés, deux à 20 degrés, treize à 23 degrés. Le sulfate de quinine, qui n'avait pas agi au début, n'a pas été continué dans cette observation; la malade n'avait que des bains, des soins de propreté, des potions alcooliques et 2 grammes de bétol. Elle a parfaitement guéri.

La troisième observation se rapporte à une femme qui avait fait en ville, trois jours avant son entrée à l'hôpital, une fausse couche de quatre mois et qui présente tous les signes d'une intoxication aiguë à son arrivée. En l'examinant, on est frappé du développement que le ventre présente; le tympanisme est très accentué. Il existe, au niveau de l'ombilic, une saillie transversale qui se dessine sur la paroi, saillie sonore qui devait être due à une partie du côlon transverse. La malade n'a pas vomi, mais se plaint de douleurs violentes dans les deux fosses iliaques, surtout à droite. Elle fut mise au bain à 25 degrés. Celui-ci fut bien supporté, mais les signes de péritonite s'accentuent, le traitement par la réfrigération fut suspendu et la malade mourut après avoir pris deux bains. L'autopsie nous révéla la présence d'une péritonite. Le petit bassin contenait deux verres de pus. Dans une pipette de ce pus, pris deux heures après la mort, M. Achard trouva des bacilles offrant les caractères morphologiques et les réactions du colibacille.

II

Les trois observations personnelles que nous avons rapportées ont été le point de départ de recherches bibliographiques qui m'ont permis de constater qu'avant moi des observations analogues avaient été publiées dans les littératures allemande, américaine et française.

(1) Macé. *Bull. et Mém. de la Soc. obstétr. et gynécol. de Paris*, nov. 1894, et in *Arch. de tocol. et de gynécol.*, déc. 1894.

En 1877 W. S. Playfair (1) cite un cas de septicémie puerpérale avec hyperpyrexie qu'il eut à traiter. Il s'agissait d'une femme primipare qui, le soir de son accouchement, avait une température de 102 degrés Farenheit, et dont le pouls est à 120. Pas de traitement ce jour-là.

Le lendemain, température 103 degrés, pouls 130 : lochies naturelles. Injections intra-utérines néanmoins, 20 grains de sulfate de quinine et 20 autres le soir. Le troisième jour de l'accouchement, pouls 120, température 101 degrés. Suppression de la quinine qui est mal supportée. « La face était jaune, terreuse, avec des plaques éruptives rouges et livides sur le front qui apparaissaient et disparaissaient. Le cas était devenu d'un caractère très alarmant et était un exemple frappant de ce que je croyais être une des formes les plus mortelles de fièvre puerpérale, celles dans lesquelles il n'existe aucun phénomène local. »

Playfair essaie alors l'acide salicylique à la dose de 15 grains toutes les trois heures, continue les injections intra-utérines, donne de l'extrait de viande et six onces d'eau-de-vie. Pas d'amélioration.

Le sixième jour, la malade allant plus mal, il résolut d'essayer les effets de l'application extérieure du froid. Il soumet alors sa malade au traitement par le drap mouillé, chaque séance dure une demi-heure. L'abaissement de température produit par l'enveloppement étant minime, et les difficultés de traitement étant très grandes, il substitue au drap mouillé, sur l'avis du docteur W. Fox, l'emploi de trois serviettes trempées dans l'eau glacée : une est placée sur les épaules et la poitrine, l'autre sur le ventre, la troisième sur les cuisses de la malade. Comme traitement interne, x gouttes de perchlorure de fer toutes les quatre heures et 10 onces d'eau-de-vie.

L'abaissement de la température était de trop courte durée, il employa alors une troisième méthode : on place la malade, sans aucun vêtement, sur un matelas rempli d'eau glacée. A ce matelas sont adaptés deux tubes en caoutchouc qui permettent de renouveler l'eau toutes les heures, au moyen d'une pompe de jardin. La malade est de plus recouverte de serviettes glacées.

La température baissa un peu plus, Playfair considérait néanmoins la malade comme perdue. Il ajouta alors au traitement un médicament employé dans l'Inde contre « les plus mauvaises formes de fièvre paludéenne », la teinture de Warbourg, et qui y est renommé comme antipyrétique. La malade guérit.

Après l'article du *British Medical*, nous trouvons mentionné l'usage des bains par Stoltz (2). Il s'explique en ces termes : « Les grands bains ont été conseillés, mais ils sont généralement peu employés. Il est pénible de déplacer une accouchée malade et dangereux de lui imprimer des mouvements trop grands qui pourraient occasionner des accidents ou pour le moins augmenter la douleur locale. Quelques praticiens prétendent en avoir retiré de bons effets, dans les affections péritonéales par exemple. Le bain doit être d'une température un peu plus basse que celle du corps et d'une durée un peu longue, être répété plusieurs fois dans la journée. Outre sa propriété calmante, il a celle de diminuer la température exagérée du corps et de favoriser les sécrétions. »

(1) W. S. Playfair. In *Brit. Med. Journ.*, nov. 1877, p. 687.
(2) J.-A. Stoltz. *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. Puerpéralité, 1881, p. 137.

Nous aurons lieu de revenir sur les indications des bains que donne si succinctement cet auteur et qui sont en contradiction avec celles de la majorité des auteurs.

En 1883, Gaillard Thomas (1) déclare à son tour qu'après avoir nettoyé l'utérus, il faut alors contrôler la température qui, dans la septicémie puerpérale, atteint et se maintient à un si haut degré qu'elle constitue un des facteurs immédiats de l'issue fatale. Les forces de la malade sont très épuisées par la haute température prolongée, sa puissance nerveuse très affaiblie, l'état de son sang et son état général rapidement compromis. Pour combattre l'hyperpyrexie, il employait jadis des affusions froides ou tièdes sur le corps. Il a substitué à ce mode de traitement un procédé qu'il considère comme plus aisé à mettre en pratique et comme plus agréable pour le malade. La disposition qu'il emploie est la suivante : « Un coussin, formé par un tube en caoutchouc enroulé sur lui-même, couvre tout l'abdomen, du cartilage ensiforme à la symphyse pubienne. La partie supérieure du tube trempe dans un récipient d'eau glacée et le bout inférieur repose dans un autre vase. » L'ensemble est amorcé et fait siphon. G. Thomas a toujours employé ce système à l'hôpital et sans accident. La température peut être abaissée ainsi pendant des semaines de 104 à 100 degrés Farenheit.

C'est donc un procédé analogue à celui de Playfair, mais d'une disposition et d'un effet plus sûrs lorsqu'il est installé.

Après G. Thomas, et la même année, nous trouvons une publication de Tauszky (2). Tauszky conseille l'administration de l'eau froide dans les cas de fièvre élevée et de longue durée et l'ordonne dès que la température de la malade dépasse la température normale Farenheit de 2 degrés.

La lotion avec éponge peut suffire lorsque la température ne dépasse pas 100 degrés Farenheit. Elle doit précéder un mode plus actif de l'administration du froid et préparer aussi la peau à ce deuxième mode de traitement.

A la lotion, il préfère de beaucoup « l'empaquetage » dans le drap mouillé. Pendant son application, on verse de temps à autre de l'eau sur le drap pour en entretenir l'humidité. Des frictions sont faites en même temps sur les mains et les pieds. Il obtient avec ce système des effets très salutaires, du moins dans quelques cas de fièvre puerpérale qui se termineraient fatalement si on les traitait autrement.

Il ne nous dit malheureusement pas combien de temps doit durer chaque séance d'empaquetage. « L'empaquetage est un stimulant très énergique pour les nerfs. Il cause aussi une dilatation des vaisseaux sanguins à la périphérie, dilatation qui, naturellement, produit des effets salutaires sur la distribution des courants sanguins dans tout le corps. L'empaquetage ôtera non seulement la fièvre, mais diminuera le coma, le délire, la céphalalgie, tous les symptômes cérébraux et les états hyperhémiques et inflammatoires des organes internes. Nous avons donc là un stimulant pour les nerfs, un sédatif pour le cœur, un remède par excellence contre la fièvre, remède qui est sans rival et incomparable à un médicament interne quelconque. J'ai souvent observé qu'après son application, la peau brûlante était redevenue moite et douce, couverte d'une petite transpiration. Le pouls tombait d'ordinaire, les pulsations cardiaques gagnaient en force, la respiration accélérée jusqu'alors revenait à l'état normal, l'urine devenait plus claire et de couleur naturelle.

(1) T. Gaillard Thomas. In *New-York Med. Journ.*, 15 déc. 1883, p. 656.
(2) Tauszky. In *Amer. Journ. of the Med. Sc.*, 1883, p. 40.

La troisième méthode dans l'administration du froid, qu'il préconise, est le demi-bain. C'est pour lui la méthode la plus puissante. Le malade est placé dans une baignoire où l'on a versé six à huit pouces d'eau de 53 à 70 degrés Farenheit, exceptionnellement à 80 degrés Farenheit pour les malades très affaiblies. Des ablutions froides sont faites sur la nuque, accompagnées de frictions sur les membres. Il insiste sur l'avantage qu'il y a à ne pas mettre d'emblée la malade dans l'eau trop froide, quitte à abaisser la température jusqu'à 50 degrés Farenheit. Cependant il faut savoir employer d'emblée cette température dans les cas de somnolence et de coma.

La malade reste de quinze à vingt minutes dans le bain, à moins que l'on ait affaire à un cas hyperthermique ; elle y demeure alors trente minutes.

Le bain doit être renouvelé aussitôt que la fièvre se manifeste, jour et nuit ; il a donné jusqu'à douze bains en vingt-quatre heures et n'a jamais regretté d'avoir suivi cette méthode.

Si, en dépit de ces manœuvres, la peau reste sèche et chaude, il emploie les enveloppements dans plusieurs draps mouillés et les bains successivement. Avec des malades très faibles, qui ont de très fortes températures, chez lesquelles on peut craindre une syncope, lorsqu'on les fait asseoir dans le bain, il est préférable d'employer l'empaquetage d'une façon continue jusqu'à la chute de la température.

Enfin, en terminant son article, il indique un traitement déjà connu, mais qu'il n'a pas expérimenté : coucher sur un matelas et un oreiller d'eau sa malade enveloppée dans un drap mouillé.

III

Le travail de Tauszky est celui qui nous paraît le plus complet de ceux que nous avons signalés jusqu'ici. Étudions maintenant la thèse inaugurale de M. le docteur Chabert [de Lyon (1)].

Cette thèse, inspirée par M. le professeur Vincent (de Lyon), mentionne les travaux de Playfair et de Stoltz, sans y insister. Elle relate vingt-huit observations, venant de la Maternité où sévissait à cette époque une épidémie de fièvre puerpérale, jusqu'alors terrible. M. Vincent, devant l'inutilité des traitements employés, pensa au traitement par l'eau froide.

Nous ne rapporterons pas toutes les observations qui y sont publiées, ce qui nous entraînerait trop loin, nous nous bornerons à en donner un aperçu succinct.

Les malades n'ont eu que des injections intra-utérines, du sulfate de quinine, en injections hypodermiques ou en cachets, et des bains. Les bains n'ont été ordonnés, en général, que le quatrième jour de l'infection, alors que le sulfate de quinine était sans action et que l'état général empirait.

Ces 28 observations se rapportent à 27 accouchements à terme et à 1 avortement de trois mois. Sur ces 27 accouchements à terme et dont l'infection a été traitée par les bains froids, il y a eu 3 morts : l'une était due à une métastase pulmonaire d'origine pyohémique ; l'autre survient chez une malade qui arrive dans un état lamentable : il s'agissait d'une femme en travail depuis trois jours, avec une rupture prématurée des membranes et une présentation de l'épaule, qui nécessita une version ; la troisième survient chez une femme dont la septicémie était particulièrement intensive.

Les 25 guérisons sont relatives à un avortement de deux mois et à 24 accouchements à terme. Tous ces accouchements se sont passés sans intervention, sauf un qui s'est compliqué d'une hémorragie de la délivrance.

Cinq de ces accouchements ont présenté des complications qui n'ont pas contre-indiqué ou fait suspendre les bains. Ces complications ont été une rougeole, un cas d'éclampsie, une bronchite et deux cas d'érysipèle.

Dans deux cas, les bains ont été suspendus à cause de l'apparition de phlegmons des ligaments larges, dans un troisième à cause des tendances de la malade à la syncope. Les bains étaient donnés lorsque la température de la malade dépassait ou atteignait dans le rectum 39°5 et à 30, 28, 26, 23, 20 et 18 degrés, suivant les cas.

Après Chabert, mention du sujet qui nous occupe est faite par Mundé (1) qui signale les applications froides comme traitement de la fièvre puerpérale, mais qui n'y attache pas d'importance. Il compte plus sur l'antipyrine.

En Allemagne, Olshausen, Osterloh, Schrœder, Spiegelber, Säxinger s'occupent de la question. Puis Runge (2) publie 20 observations de fièvre puerpérale traitée par les bains froids. Le nombre des bains donnés dans la journée varie avec le cas. Jamais, dit-il, il n'a été obligé d'en donner plus de trois et c'est l'état général plutôt que la température qui commande l'administration de la réfrigération. Quand la somnolence apparaît, faire des ablutions froides sur la nuque. En plus de ses bains, la malade prend une quantité d'alcool très forte, ce que quelques auteurs ont reproché à Runge. Il déconseille absolument les antipyrétiques qui, pour lui, fatiguent l'estomac. Il a publié 20 observations, et dans un de ces travaux, il relate qu'il a traité plus de 40 cas par les bains. En supposant, ce qu'il ne dit pas, que les 20 premiers cas sont compris dans le chiffre 40, il a eu 2 morts, dues à des accidents péritonéaux. Dans un cas, la septicémie s'est compliquée d'éclampsie, dans un autre de phlegmatia alba dolens. Ces complications n'ont pas fait suspendre les bains. Toutefois, il recommande dorénavant l'abstention dans cette dernière complication.

Après Runge, il faut signaler le nom de Skinner (3) qui a publié une observation très intéressante de septicémie très intense avec 43 degrés de température, traitée par les bains froids d'eau de mer. Il s'agissait d'une dame passagère sur un steamer, c'est-à-dire dans des conditions très défectueuses de confortable et d'hygiène. Les bains furent donnés le lendemain du jour où l'infection se manifesta. C'était le cinquième jour de son accouchement, la malade avait 43 degrés dans le rectum et 42 degrés dans l'aisselle. Les bains furent donnés à 28 degrés et étaient d'une heure de durée. La température tomba à 42 degrés. On la remit au bain immédiatement pendant une demi-heure. Pouls, avant le premier bain, 154 ; après le bain 120. Après le bain, on lui administra 50 centigrammes de sulfate de quinine. Le bain fut redonné toutes les fois que la température remontait à 39 degrés. Elle guérit sans avoir présenté d'incidents.

Tussau [de Génelard (4)] publia, l'année suivante, l'observation d'un nouveau cas traité par les bains froids. Le sul-

CHABERT. Th. de Lyon, juillet 1884.

(1) MUNDÉ. In *New-York Med. Journ.*, 9 oct. 1886.

(2) RUNGE. *Arch. f. Gynækol.*, 1886, p. 473; 1888. — *Samml. Klin Vortr.*, n° 287, 1886, p. 2099. — *Deuts. Med. Wochens.*, 1889, n° 1.

(3) SKINNER. *Progr. Med.*, 2 avril 1887.

(4) TUSSAU. *Lyon méd.*, 9 sept. 1888.

fate de quinine n'avait donné aucune amélioration le quatrième jour; c'est à cette époque que la malade fut mise aux bains; elle avait 40°2. L'état général prenait une allure légèrement ataxique, langue rôtie, carphologie. Un bain toutes les six heures fut donné à 28 degrés. Le bain contenait 5 grammes de sublimé dissous dans l'alcool. La quinine et l'alcool furent continués à l'intérieur. « Le premier bain entraîna un abaissement de 0°7 centigrades. La malade s'était bien trouvée dans son bain; elle en sort ranimée et réclame à tout instant un nouveau bain. Le second bain abaisse encore la température à 38°9. Je supprime la quinine et ne continue que l'alcool, mais dans la nuit les forces de la malade s'en vont, viennent des hallucinations, des visions, des spectres. On retarde, en raison de sa faiblesse et de son subdelirium, le bain du milieu de la nuit. Le lendemain matin devait avoir lieu le quatrième bain. La faiblesse est extrême, le faciès très effilé, les yeux cernés de noir, la respiration presque nulle, le pouls impossible à compter; léger rhoncus trachéal. La mort est imminente. Je juge inutile de donner le bain. La malade s'éteint à onze heures. »

Nous avons tenu à rapporter cette dernière partie de l'observation, car il nous semble que les bains étaient beaucoup trop espacés pour une pareille septicémie. C'était, comme nous le verrons, l'occasion de donner des bains très froids et très courts pendant une période qu'aurait suivie l'administration ordinaire de la réfrigération, lorsque les symptômes nerveux auraient été modifiés.

Après Tussau, en 1889, Napier (1) recommande les enveloppements avec les draps mouillés et rapporte deux cas de guérison. Il associe à son traitement la quinine à la dose de 10 grains par jours.

Byers (2), étudiant les divers antithermiques qui peuvent être opposés à la fièvre puerpérale, signale aussi les bains froids, mais sans y insister, en recommandant d'entretenir de la chaleur aux pieds de la malade et de la provoquer au besoin avec de la farine de moutarde. Il insiste sur l'alimentation qui doit être essentiellement réconfortante et faite avec des liquides, le bifteck, les œufs, le lait, l'alcool en petite quantité si le pouls est faible, un peu d'opium si la malade accuse des douleurs. A cela s'ajoutent des injections intra-utérines; il recommande de ne pas s'arrêter à l'emploi de l'antipyrine, du salicylate de soude, de la teinture d'aconit, de l'essence de térébenthine et de la teinture de Warbourg auxquels il n'attache pas beaucoup d'importance.

Swiecciki (3) enfin donne des bains tièdes et de fortes doses d'alcool; il ajoute à ce traitement des injections de sérum pour favoriser la diurèse et des injections de pilocarpine. Dans un cas, il signale que la malade a eu dix-sept litres de sérum et 6 centigrammes de pilocarpine d'injectés dans le tissu cellulaire sous-cutané.

De tout cet exposé historique, nous pouvons conclure qu'en général les bains ont été préconisés, admis et mis en pratique par un assez grand nombre d'auteurs pour que nous puissions tirer des indications suffisantes pour leur emploi. L'ensemble des observations que nous avons parcouru s'élève au nombre de 71 qui, unies aux 3 observations personnelles publiées au début de ce travail, nous donnent un total de 74.

Mais, ce que nous tenons à constater, c'est qu'il n'y a que deux auteurs, Mundé et Swiecciki, qui sont un peu septiques, le premier attachant, au traitement par l'antipyrine une action que ne lui reconnaît aucun des auteurs cités, l'autre avouant que c'est plutôt par manque d'expérience personnelle qu'il n'ose se prononcer.

Les bains, dans toutes ces observations, ont été donnés froids, au-dessous de 30 degrés, sauf dans notre première observation personnelle où, pendant deux jours, la température du bain oscillait autour de 38 degrés. En lisant cette observation, on a pu se rendre compte que je n'avais pas tardé à abandonner ce mode de réfrigération qui, dans le cas particulier, ne me donnait pas un abaissement suffisant.

Ils ont été associés aux antithermiques qui, malgré leur inefficacité, ont été continués pendant l'administration du traitement. On ne nous objectera pas que l'abaissement des températures qui a été constaté après la fin des bains peut être rapporté au sulfate de quinine, ou à quelque autre antithermique, puisque c'est l'inefficacité reconnue de ces médicaments qui a été dans la majorité des cas la raison de l'établissement du traitement. Une objection qui aurait une valeur plus réelle consisterait à accorder aux injections intra-utérines pratiquées une partie du résultat obtenu. Il est certain qu'elles ne sont pas sans importance, mais on pourra constater, en lisant les observations, que l'abaissement de température était minime avant l'établissement des bains, et les injections étaient néanmoins pratiquées. Secondement, il y a des observations où les injections intra-utérines n'ont même pas été faites.

Nous tenons aussi à constater que, dans aucune des observations, sauf deux personnelles, il n'y a pas eu d'intervention notée sur l'utérus. Nous constatons le fait sans le discuter en ce moment.

IV

Indications des bains froids dans la septicémie puerpérale. — *Quand et comment doit-on prescrire les bains froids dans la septicémie puerpérale?* — Les bains qui, pour nous, sont la seule méthode importante d'administrer la réfrigération comportent leurs indications. Je ne veux pas m'attarder à discuter l'opportunité de l'intervention chirurgicale sur la face interne de l'utérus, c'est une question qui est réglée depuis longtemps, et chacun a adopté sa manière de faire. D'ailleurs, cette intervention ne rentre pas dans le sujet que nous traitons, et nous plaçant dans le côté pratique de la question, à quel moment la septicémie puerpérale demande-t-elle l'usage du bain froid?

Les uns, en présence d'un cas semblable, donnent les antithermiques d'abord, le sulfate de quinine, l'antipyrine, la teinture de Warbourg en Amérique, et ajoutent à leurs prescriptions des vins généreux, du porto, du madère, du malaga, et prolongent leur traitement. D'autres, après avoir essayé pendant trois à quatre jours ce traitement, l'abandonnent pour mettre leur malade aux bains, qu'ils installent le quatrième ou le cinquième jour de l'apparition des troubles utérins et des troubles généraux, c'est-à-dire à une époque où l'état général est pris et bien pris.

Je crois pouvoir dire, d'après mes observations et les travaux que j'ai lus, que c'est là une méthode mauvaise et dangereuse. De même que je considère qu'on n'a pas le droit (intervention utérine faite ou non) de laisser une malade sous le coup d'une fièvre et d'une septicémie qui l'alitent longtemps si elles ne la tuent pas, mais qui sûrement la

(1) Napier. In *Praktitioner*, 1889, p. 109.
(2) Byers. *Dublin Journ. of Med. Sc.*, mai 1891, p. 479.
(3) Swiecciki. In *Wien. Med. Blætt.*, 1891, n° 15, p. 228.

laissent dans un état de déperdition et d'anéantissement très prononcés, de même je considère que c'est à tort que l'on attend quatre et cinq jours pour la mettre au bain, en me plaçant naturellement dans la moyenne des cas. Lorsque la septicémie ne cède pas le premier jour, pourquoi attendre? Qu'y a-t-il à y gagner? Renouveler un second ou un troisième essai est dangereux, l'état général empire, la malade perd chaque jour de sa résistance et vous aurez beaucoup plus de peine à la tirer d'affaire.

Je crois donc qu'en présence d'une malade atteinte d'infection puerpérale, on doit songer au bain dès que l'état général est pris. Nous avons vu que les observations citées ne mentionnent pas d'intervention sur l'utérus, je pense qu'il est préférable cependant de commencer par là et de suivre en cela les méthodes et les règles établies depuis longtemps. Si l'état général et la température ne se modifient pas, le traitement par les bains froids doit être immédiatement mis en vigueur.

Y a-t-il une température qui doit nécessiter le bain? Je pense que d'une façon générale la température 38°5 doit guider le médecin, cependant il y a des états généraux qui ne s'accompagnent pas d'une température aussi élevée, et qui, cependant, sont fortement atteints par l'affection. Aussi, pas de règle précise de ce côté, le médecin donnera le bain lorsqu'il verra sa malade abattue, le pouls faible, mou, difficilement séparable, la peau sèche, la céphalalgie intense, le teint terreux et les yeux cernés. A plus forte raison, lorsqu'il y aura des symptômes plus bruyants et une température élevée. Ce sont ces considérations qui m'ont fait donner souvent des bains à moins de 38°5 aux malades que j'ai signalées plus haut, et je n'ai jamais eu lieu de m'en plaindre.

A quelle température faut-il faire prendre le bain? Une réponse précise est bien difficile encore ici. Je crois qu'on peut adopter d'une façon générale 25 degrés, mais le médecin traitant doit se régler encore sur l'état de la malade. En général, il faut peu à peu refroidir le bain pour arriver à un degré qui amène une chute de la température intense et à sa suite une période de calme plus longue.

La durée du bain ne peut être fixée, non plus. En général, attendre que le frisson qui indique, comme dans les autres affections, que le traitement a agi, et laisser frissonner sur le lit la malade en veillant à ce que la circulation des extrémités se fasse régulièrement, soit au moyen de frictions, soit au moyen de boules d'eau chaude, soit en produisant une révulsion à ce niveau au moyen de farine de moutarde. Mais c'est à tort, selon nous, que Chabert a supprimé, dans un cas, l'emploi des bains parce que la malade traitée avait frissonné. Nous voyons tous les jours dans une autre septicémie, la fièvre typhoïde, les bains provoquer des frissons, et pourtant les bains ne sont pas suspendus. Le frisson indique que le traitement a agi, il faut donc se contenter, dans un cas moyen, de faire sortir la malade du bain à ce moment. Dans les cas intenses, on peut même la laisser frissonner un peu dans son bain, et l'hyperpyrexie que l'on notait avant la mise au bain n'en sera que plus sûrement vaincue.

Certains auteurs ont, dans les cas intenses, associé au mode de traitement décrit des compresses glacées qui, dans l'intervalle des bains, sont maintenues sur le corps de la malade. On pourra y avoir recours, ainsi qu'aux ablutions froides sur la nuque qui seront faites au début et à la fin du bain, ou pendant toute sa durée suivant l'intensité plus ou moins grande de la céphalalgie, de l'abattement et des troubles méningitiques. Ces ablutions, au début, sont désagréables à la malade, elles ne tardent pas à être supportées sans plaintes.

Enfin, dans cette catégorie des cas de septicémie intensive, on pourra faire précéder le bain d'injections sous-cutanées, de caféine ou de spartéine comme on en a l'habitude dans les autres affections traitées par les bains. Ces injections relèveront la puissance contractile du myocarde et remédieront aux tendances de la malade à la syncope. C'est dans ces cas qu'il faut savoir employer d'abord les lotions et les compresses glacées. Plus tard, lorsque le pouls aura repris sa force, on mettra la malade dans un bain très court pour la stimuler et la tirer de sa torpeur. Peu à peu on arrivera alors à traiter l'hyperpyrexie par les bains ordinaires, lorsque tous les symptômes alarmants se sont dissipés.

Ce mode de traitement qui donne des résultats aussi brillants n'est cependant pas applicable à tous les cas de septicémie puerpérale, et il a ses contre-indications. La première, impérative, est l'existence d'accidents du côté du péritoine, et tous les auteurs, sauf Stoltz, sont unanimes à le déclarer hautement. Pas de bains à une péritonite puerpérale, pas de bains à des phlegmons des ligaments larges. Le repos le plus absolu, et la thérapeutique ordinaire de ces cas (Runge).

La phlegmatia alba dolens demande aussi une abstention absolue, et nous n'avons trouvé qu'un cas de Runge compliqué de cette affection qui ait été baigné. Encore son auteur recommande-t-il de ne pas baigner ces cas, et se promet-il de ne plus recommencer.

En dehors de ces deux affections, toutes les complications qui peuvent survenir, dans le cours de la maladie que l'on traite, ne doivent pas arrêter le médecin, et nous avons vu des observations de septicémie compliquées qui ont guéri, le traitement des bains étant continué malgré leur apparition. Chabert signale une rougeole, une bronchite, deux érysipèles, un cas d'éclampsie; Runge un cas d'éclampsie.

Le bain agit en abaissant la température, en calmant la soif de la malade; il fait disparaître la céphalalgie qui l'empêche de reposer un moment, en même temps que le cœur se contracte avec plus d'énergie et avec plus de régularité. Le pouls reprend sa force en diminuant de fréquence. Les sécrétions sont augmentées et l'urine tout d'abord. Elle devient plus abondante, plus claire, en même temps que l'albumine qu'elle peut contenir disparaît. Il nous est arrivé de voir ces modifications se produire. Malheureusement elles sont passagères et il faut savoir renouveler les bains assez souvent, toutes les trois ou quatre heures, pour que les bénéfices obtenus ne soient pas perdus par l'inaction.

Appliqués ainsi, les bains représentent la méthode de choix du traitement de la fièvre puerpérale et doivent être toujours employés. Le plus tôt possible sera le meilleur.

En relisant les observations publiées et qui s'élèvent, avec nos observations personnelles, au nombre de 74, nous trouvons signalées 7 morts. Runge a eu 2 morts par péritonite, Chabert 3 morts, la première due à la pyohémie, la seconde survient chez une femme épuisée, en travail, depuis trois jours, pour une présentation de l'épaule, la troisième se rapporte à l'observation d'une femme dont la septicémie particulièrement intensive a été traitée trop timidement. Tussau a une mort chez une femme à laquelle il ne donne que des bains que toutes les six heures et qui était pourtant dans un état excessivement grave. Nous avons déjà dit que, traitée d'une façon plus suivie, cette malade aurait sûrement guéri. Moi-

même j'ai publié une observation de mort par péritonite, le lendemain de l'entrée de la malade dans le service et après avoir pris deux bains.

En admettant la statistique la plus brutale, cela nous donne 7 morts sur 74 cas. Le chiffre diminuera à l'avenir maintenant que l'on sait qu'il ne faut pas baigner les péritonites. Quoi qu'il en soit, ce chiffre de sept morts ne doit pas arrêter le médecin, il saura que les cas baignés étaient des cas désespérés, perdus, baignés tardivement pour la plupart, après avoir trop attendu les effets douteux des antithermiques ordinaires. Il ne nous paraît pas nécessaire d'insister, ces considérations jugent la méthode.

BIBLIOGRAPHIE. — BYERS. In *Dublin Journ. of Med. Sc.*, mai 1891, p. 479. — CHABERT. Th. de Lyon, juillet 1884. — MACÉ. In *Bull. et Mém. de la Soc. obstét. et gynéc. de Paris*, nov. 1894, et in *Arch. de tocol. et de gynécol.*, déc. 1894. — MUNDE. In *New-York Med. Journ.*, 9 oct. 1886. — NAPIER. In *Practitioner*, 1889, p. 169. — OSTERLOH. *Deutsch. Zeitsch. f. pratik. Mediz.*, n° 9, 1875. — PLAYFAIR (W. S.). *Brit. Med. Jour.*, nov. 1877, p. 687. — RUNGE. *Arch. f. Gynæk.*, 1886, p. 473 et 1888. — *Saml. klin. Vortr.*, 1886, n° 287, p. 2099. — *Deutsch. med. Wochens.*, 1889, n° 1. — SŒXINGER. *Mittheil an der Geburtshülflich. Gynæk. klin. f. Tübingen*, 1884, p. 146. — SCHRŒDER. *Manuel d'accouchement*, trad. Charpentier, p. 693, 694. — SKINNER. In *Progrès médic.*, 2 avril 1887. — STOLTZ (J.-A.). *Dict. de méd. et de chir. prat.*, art. PUERPÉRALITÉ, 1881, p. 137. — TAUSZKY. In *Americ. Jour. of the Med. Sc.*, 1883, p. 40. — TUSSAU. In *Lyon méd.*, 9 sept. 1888. — THOMAS (T. G.). In *New-York Med. Jour.*, 15 déc. 1883, p. 656. — SWIECCIKI. In *Wiener med. Blaetter*, 1891, n° 15, p. 228.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX DE 1894 (*fin*)

SERVICE DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — L'Académie accorde :

1° *Médaille de vermeil à :* M. le docteur Faivre (de Paris).

2° *Rappel de médaille de vermeil à :* M. le docteur Bournet (d'Amplepuis).

3° *Médailles d'argent à :* MM. les docteurs Augé (de Reuilly); Baratier (de Jeugny); Czajewski (d'Orléans); Doumic (de Poissy); Gaudeffroy (de Vatan).

4° *Rappels de médailles d'argent à :* M. Audoin (de Périgueux); MM. les docteurs Barthès (de Caen); Carassus (de Milly); Coffignon (de Marle); Delobel (de Noyon); Durand (de Saint-Martin d'Auxigny).

5° *Médailles de bronze à :* M. Béretta (d'Amiens); M. le docteur Lehec (de Châtillon-sur-Indre).

SERVICE DE LA VACCINE. — L'Académie a proposé, et M. le ministre de l'Intérieur a bien voulu accorder, pour le service de la vaccine en 1893 :

I. *Un prix de* 1500 *francs*, à partager entre MM. les docteurs dont les noms suivent : 1° 500 francs à M. Antony, médecin-major de première classe, ex-professeur agrégé du Val-de-Grâce; 2° 400 francs à M. Lombard, médecin aide-major de première classe, à l'hôpital militaire de Tiaret (Algérie); 3° 300 francs à M. P. Courrent, docteur en médecine à Tuchan (Aude); 4° 300 francs à M. H. Haneur, médecin de première classe du corps de santé des colonies, au Tonkin.

II. *Quatre médailles d'or à :* MM. les docteurs Marchoux, médecin de première classe du corps de santé des colonies (Cochinchine); A.-J. Martin, inspecteur général du service de l'assainissement de la Ville de Paris (M. A.-J. Martin a rendu un véritable service à la prophylaxie des maladies infectieuses et de la variole en particulier, en créant et organisant le service de l'assainissement. Dans l'épidémie variolique qui vient de se terminer, il a contribué pour une large part à l'extinction de cette épidémie); Simond, médecin de première classe du corps de santé des colonies (Tonkin); Trifaud, médecin-major de première classe au 100e régiment d'infanterie à Narbonne (Aude).

III. *Cent médailles d'argent :* Aux vaccinateurs dont les noms suivent et qui se sont distingués soit par leurs travaux sur la vaccine, soit par le grand nombre de leurs vaccinations : MM. les docteurs E.-L. André, médecin-major de première classe, au 106e régiment d'infanterie à Châlons-sur-Marne; Odilon Arnaud, médecin aide-major de première classe du service des hôpitaux, brigade d'occupation de Tunisie; Ausset, médecin aide-major de première classe, au 20e régiment de dragons, à Limoges; Antonin Baratier (de Jeugny); Bertholle (de Paris); Bizien (de Douarnenez); E. Blayac, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; Ch. Bontemps (de Jussey); Boquin (d'Autun); Jean Camescasse (de Saint-Arnoult); P.-A. Cassedebat, médecin-major de première classe au 2e régiment de zouaves, à Oran; Jacques Cavasse (de Vallauris); Chabaud (de Prades); Chapoy (de Besançon); Edmond Chaumier (de Tours); J. Ciaudo (de Nice); Cordillot, médecin aide-major de première classe au 145e d'infanterie, au Quesnoy; Courtois, médecin-major au 55e d'infanterie, à Nice; Créquy (de Paris); Crimail (de Nantes); Ernest Darbouet, médecin aide-major du 20e régiment de dragons, à Limoges; David (d'Espelette); Denizet (de Château-Landon); Deschamps (de Montigny-le-Roi); Dezautière (de La Machine); Ducamp (de Montpellier); Ducor (de Paris); Dupérié (d'Agen); Édouard Dupuy (de Grenoble); Duvernet, médecin-inspecteur des nourrices à la préfecture de police à Paris; Fabre (d'Astaffort); J. Feltz (de Saint-Denis); Fougeron (de Confolens); A.-J. Gerbault, médecin-major de première classe de la garde républicaine, à Paris; Gérodolle (d'Objat); Gidon (de Cunlbat); Gounand (de Besançon); Guével (de Pont-l'Abbé); Hally (de Champenoux); G. Hervéou (de Saint-Quentin); Martial Hublé, médecin-major de deuxième classe, attaché à la direction du service de santé du 11e corps d'armée, à Nantes; Édouard Jaubert, médecin de colonisation, à Aumale; Jenot (de Dercy); de Lacrousille (de Périgueux); Lagarde (de Montauban); Lamy (de La Rochefoucauld); Laurent, médecin-major au 22e rénîment d'artillerie, à Versailles; de Lavergne (de Confolens); Lequette (de Liévin); Maison, médecin-major de deuxième classe au 29e régiment d'infanterie, au Creusot; Marcailhou-d'Aymeric (de Blidah); Albert Martin (de Cognac); Martin, médecin aide-major de première classe, à Frendah; Marty, médecin-major de première classe au 77e régiment d'infanterie, à Cholet; François Massina (du Boulou); Maze (du Havre); Merz, médecin-major de deuxième classe, à Lunel; Mordagne (de Tourny); Mordret (du Mans); Morer, médecin-major de deuxième classe, au 11e régiment de dragons, à Tarascon; Morvan (de Pleyben); Gaston Olivier, médecin-major de deuxième classe au 30e régiment de dragons, à Saint-Étienne; Perrachon, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; Quéré (de Callac); G. Rafinesque, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; Paul Raymond, médecin-inspecteur des écoles de la ville de Paris; G. Reynaud, médecin principal des colonies (Tonkin); Ricard (d'Agen); Rigollet, médecin de deuxième classe du corps de santé des colonies, à Saïgon; Romain, médecin-major de première classe, à Aurillac; Séguy, médecin de la marine, médecin-major de l'*Achéron*, à Toulon; Séjournet (de Revin); Simon, médecin-major, à Souk-el-Arba (Tunisie); Henri Vachez, médecin-major de deuxième classe, à Bordj-Bou-Arreridj

(Algérie); de Valicourt (de Philippeville); Lucien Vivier (d'Angoulême); Wisard (de Genève).

Mmes les sages-femmes Aernant-Scheefer et Beulens (de Roubaix); Bonnot (de Narbonne); Burellier (de Roanne); Carré (d'Aigurande); Carré (de Châteaulin); Maria Chauffour (de Miramont); Madeleine Ciprandi, de Saint-Denis-du-Sig (Algérie); Debruyne-Vermeirsch (de Roubaix); Donnedieu (de Pompadour); veuve Véronique François (de Nubécourt); Gory (de Chambon); Marie Klin (de Sos); Lecorre (d'Antony); veuve Louis (de Ploërmeur); Julie Martin (de Halluin); Mingeot (de Bergerac); veuve Odelin (de Rostrenen); Valerie, née Vignal (de Saint-Germain-les-Vergnes).

Mlle Coutrix, sous-directrice de la Maternité, à Tulle.

MM. les médecins vétérinaires A. Bérard (d'Angoulême); Mazeaux (de Périgueux); Pourquier (de Montpellier).

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 12 décembre. — Présidence de M. L.-Championnière.

SUITE DE LA DISCUSSION SUR LES POLYPES NASO-PHARYNGIENS

M. Verneuil fait observer que, au point de vue du choix de la méthode de traitement des polypes naso-pharyngiens, la plupart de ses collègues professent un certain éclectisme. M. Tuffier lui-même, qui a présenté un cas si favorable à la cure radicale, sur 6 polypes naso-pharyngiens qu'il a eu à traiter, en a traité 5 par les procédés de lenteur. M. Verneuil estime, actuellement, que ces procédés de lenteur doivent être appliqués 95 fois pour 100 au traitement des polypes naso-pharyngiens.

Au point de vue de l'anatomie pathologique de ces tumeurs naso-pharyngiennes, il existe une échelle très étendue entre le fibrome simple, le vrai polype naso-pharyngien, et les sarcomes ou les tumeurs qu'on appelait autrefois fibro-plastiques. S'il se base sur sa propre expérience, M. Verneuil considère comme très rare la variété sarcomateuse. Pour lui, le vrai fibrome, le fibrome dur, est, de beaucoup, la variété la plus commune. Toutefois, il y a de grandes réserves à faire au sujet de la transformation possible de l'une de ces variétés dans l'autre. Si on laisse de trop grands intervalles dans les cautérisations d'un polype primitivement fibreux, si on laisse se produire plusieurs récidives, ce polype finit par devenir sarcomateux.

M. Verneuil a combattu pendant longtemps les procédés parcimonieux. Avec Robert, Flaubert, etc., il a longtemps soutenu la résection du maxillaire supérieur pour le traitement chirurgical des polypes naso-pharyngiens. Il a suivi cette conduite jusqu'en 1870. Gosselin, dans sa thèse, avait bien insisté sur l'importance des hémorragies qui surviennent dans le cours de l'opération de ces polypes, mais il ajoutait que ces hémorragies n'étaient jamais mortelles. M. Verneuil professait la même opinion, lorsque, en 1870, un malade mourut d'hémorragie entre ses mains au cours d'une de ces opérations. Il étudia alors la question de plus près, et il ne tarda pas à rassembler un grand nombre de faits dans lesquels on avait noté des hémorragies formidables, foudroyantes, souvent mortelles, au cours de l'opération radicale des polypes naso-pharyngiens. Il changea alors de méthode et conclut en faveur de l'emploi des procédés de douceur ou de cure lente de ces polypes.

Lorsqu'il s'agit d'un traitement chirurgical quelconque, il faut toujours avoir présents à l'esprit ces trois facteurs : efficacité, simplicité, bénignité. Or, dans l'espèce, la cure radicale est-elle plus efficace que la cure lente par les méthodes de douceur? Certainement non. On voit aussi bien apparaître des récidives après la cure radicale qu'après la cure lente. Au point de vue de la simplicité, il n'est pas douteux que la cure lente est plus simple que la cure radicale, qui nécessite une opération grave, extrêmement sanglante en général. Il en est de même au point de vue de la bénignité. Personne ne pourra soutenir le contraire.

Pour toutes ces raisons, les procédés de lenteur, aux yeux de M. Verneuil, doivent avoir le pas sur les autres procédés et la voie palatine doit toujours être préférée aux autres voies pour l'ablation ou le traitement des polypes naso-pharyngiens. Il y a, en effet, une grande importance à conserver toujours une voie ouverte pour surveiller la récidive. Il importe, en effet, de la surprendre aussitôt que possible. Pour peu que l'on attende, elle est déjà trop étendue pour qu'on puisse agir efficacement. Il ne faut donc pas d'entr'actes dans la cure des polypes naso-pharyngiens. C'est pourquoi il faut toujours avoir la voie ouverte.

Contrairement à l'assertion émise par plusieurs de ses collègues, M. Verneuil estime que plus le polype naso-pharyngien est volumineux et grave, plus il importe de recourir, pour son traitement, à des procédés de douceur. Il cite, à cette occasion, l'observation d'un jeune homme devenu infirmier à l'Hôtel-Dieu, et qui avait un énorme polype naso-pharyngien avec des prolongements multiples. M. Verneuil lui fendit le voile du palais à l'aide du thermocautère; le polype fit irruption dans la cavité buccale; il put alors facilement en extraire une bonne partie avec l'écraseur de Chassaignac, puis il creusa dans la partie restante deux puits avec le thermocautère; ces deux puits se réunirent bientôt, de telle sorte qu'il ne restait plus qu'une coque qui se rétracta de plus en plus. Le reste fut cautérisé par plusieurs applications successives d'acide chromique. Ce malade a bien guéri, en conservant sa voûte palatine ouverte. L'acide chromique est, pour ces cas, un caustique de choix.

En résumé, plus un polype naso-pharyngien est grave, plus il est indiqué de l'opérer par les procédés de douceur.

M. Picqué rapporte quatre observations de polypes naso-pharyngiens, dont trois lui sont personnelles. Ces trois cas ont été opérés par la voûte palatine. Dans aucun d'eux il n'a été fait de restauration immédiate. Dans deux de ces cas, il s'agissait de fibromes télangiectasiques, qui ont donné lieu à des hémorragies inquiétantes. Il fallut recourir à un tamponnement sévère. M. Picqué se demande ce qui serait advenu dans ces cas, s'il avait fait la restauration immédiate. Il n'aurait pu se rendre maître de l'hémorragie, comme il a pu le faire, la voie étant restée ouverte.

M. Berger rappelle les pratiques de Gosselin et de Trélat qui étaient basées sur les cautérisations par la voie palatine. Il se rappelle, d'autre part, avoir vu M. Verneuil, à la Pitié, enlever le maxillaire supérieur, poursuivre les divers prolongements de la tumeur, en ayant affaire à d'abondantes hémorragies et annoncer lui-même que celles-ci ne cesseraient que quand il serait arrivé à enlever la tumeur en totalité, ce qu'il fit d'ailleurs très brillamment. M. Berger estime que les méthodes parcimonieuses ont aussi bien des désavantages et il pense qu'il est toujours préférable de recourir à l'exérèse immédiate et d'un seul coup, chaque fois que cela est possible, sauf à surveiller ensuite de très près la récidive. Pour lui, la voie palatine est préférable à toutes les autres voies. En plaçant le malade dans la position de Rose on empêche le sang de pénétrer dans les voies respiratoires et on arrive ainsi à faciliter beaucoup le tamponnement. L'hémorragie, dans ces cas, est plus ou moins abondante, mais elle cède toujours à la compression. M. Berger fait le tamponnement avec des éponges. Il n'est pas partisan des restaurations immédiates. Il est plus prudent, selon lui, de laisser la voie ouverte qui permet, en cas d'hémorragies secondaires, d'intervenir efficacement. Les malades dont M. Picqué a fourni les observations en sont un exemple. On aurait été très gêné, dans ces cas, si l'on avait pratiqué la

restauration immédiate. Quant aux récidives, on prend souvent, pour des transformations sarcomateuses, des fibromes jeunes.

M. QUÉNU fait observer qu'il a été soulevé quatre questions dans cette discussion : la nature des tumeurs, le choix de la méthode, le choix de la voie et la restauration immédiate. Pour ce qui est de la nature des tumeurs, celles qui guérissent par la cautérisation ne sont que des fibromes télangiectasiques ou des angiomes. Jamais on n'a guéri un sarcome en le cautérisant. Quant au choix de la méthode, M. Quénu se rallie à l'opinion émise par M. Berger et il pense avec lui que, chaque fois que cela est possible, il est préférable de tout enlever en une seule séance. L'ablation complète de la tumeur est encore le meilleur moyen de se rendre maître des hémorragies. La voie de choix est évidemment la voie palatine. M. Quénu, contrairement à MM. Berger et Picqué, se montre absolument partisan de la restauration immédiate. Loin de gêner le tamponnement en cas d'hémorragies secondaires, la restauration immédiate le facilite, au contraire, en fournissant un point d'appui de plus. Enfin, entre autres inconvénients que M. Quénu reproche à l'emploi des méthodes lentes, il insiste particulièrement sur les déformations consécutives de la voûte palatine.

M. VERNEUIL fait observer que, par les procédés de cure lente, on n'a pas d'hémorragie. Si l'on veut enlever complètement la tumeur par la voie palatine, il faut se servir du thermocautère. C'est le meilleur moyen de se mettre à l'abri des hémorragies. Enfin M. Verneuil rappelle qu'il y a eu des cas de mort par hémorragie après la seule incision du voile du palais au bistouri.

PRÉSENTATIONS

Gastrostomie. — M. SEGOND présente un malade atteint d'un cancer de l'œsophage, chez lequel il a fait une gastrostomie. Il a eu soin, chez ce malade, de faire une bouche stomacale extrêmement petite et cette bouche fonctionne très bien. Seulement il a fait l'ouverture de la bouche stomacale deux jours après l'opération et il ne le fera plus, parce qu'il a eu beaucoup de peine à établir cette bouche avec un trocart au fond de la plaie cutanée.

M. PEYROT, dans un cas analogue, a éprouvé les mêmes difficultés pour établir la bouche stomacale.

M. LE DENTU cite un cas analogue. Il préfère inciser l'estomac dans la même séance que l'opération.

M. MICHAUX, dans deux cas, a eu de grandes difficultés pour ouvrir l'estomac deux ou trois jours après l'opération.

M. SCHWARTZ n'est pas de cet avis. Il ne procède jamais autrement et n'a jamais eu de difficultés.

Bouton de Murphy. — M. QUÉNU présente les pièces d'un malade qui a succombé à la suite d'une gastro-entérostomie pratiquée à l'aide du bouton de Murphy. Cette pièce montre le parfait accolement obtenu quarante-deux heures après l'opération par le bouton de Murphy.

Kyste hématique de la capsule surrénale. — M. ROUTIER présente un kyste hématique de la capsule surrénale, qu'il a opéré et qui contenait 1 500 grammes de liquide.

La séance est levée.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Traité élémentaire de clinique thérapeutique (1), par G. LYON, chef de clinique médicale à la Faculté de médecine.

Les publications relatives à la thérapeutique sont extrêmement nombreuses; elles ont, en revanche, une valeur tout à fait inégale. Ce sont cependant celles qui intéressent le plus vivement le praticien.

Le nombre si grand de ces publications tient à des causes complexes : les théories médicales évoluent rapidement à notre époque de travail intensif et de publication abondante; les applications qu'on tire des idées théoriques sont très nombreuses, souvent trop hâtives; on essaie une grande quantité de substances et de méthodes nouvelles; enfin, il faut bien avouer que l'intérêt personnel des auteurs est loin d'être étranger à cette surproduction. Il en résulte une richesse bien plus apparente que réelle.

Comment se retrouver au milieu de tout cela? comment savoir par la lecture des journaux où on en est, ce qu'il semble légitimement convenable de faire à l'heure actuelle, pour le traitement de telle ou telle maladie?

Les médecins sauront donc gré à M. Gaston Lyon d'avoir écrit cette revue générale de la thérapeutique contemporaine. Il lui a fallu un vrai courage pour l'entreprendre et une rare persévérance pour la mener à terme.

Les idées défendues dans ce livre ne sont pas toujours les nôtres, mais nous aurions fort mauvaise grâce d'en prendre prétexte pour chercher querelle à l'auteur. Parmi les opinions émises, il a choisi en toute liberté celles qui lui paraissaient préférables et il leur a donné soit la place la plus grande, soit la place tout entière : cela est bien naturel.

Le mérite de ce livre est précisément de montrer quelle peut être sur la thérapeutique actuelle l'opinion d'un médecin instruit, qui, après avoir passé de longues années dans les hôpitaux, aspire avec raison à y entrer prochainement comme chef de service.

D'une façon générale, il a su mettre à profit les plus importants des travaux contemporains, et en tirer une œuvre d'ensemble d'un réel intérêt.

« Nous avons, dit l'auteur, suivi le plan le plus simple, c'est-à-dire que nous avons adopté le classement des maladies par appareil; mais nous ne nous sommes pas borné à l'étude des maladies, nous avons tenté celle du traitement des principaux symptômes et syndromes, ce qui n'avait pas encore été fait; dans cette étude, nous avons eu soin d'insister particulièrement sur la nécessité de remonter toujours à la cause du symptôme pour pouvoir en instituer le traitement rationnel. D'ailleurs, cette préoccupation d'une thérapeutique pathogénique se retrouve à toutes les pages de ce livre. Nous avons toujours fait précéder l'exposé du traitement de celui de la cause de la maladie, du mécanisme de son développement, estimant que ce préambule était obligatoire et qu'on nous en saurait quelque gré. »

Il se vante avec raison d'avoir été sévère pour les médicaments nouveaux, dont bien peu survivront à une éphémère renommée.

Nous souhaitons vivement que cet ouvrage trouve près du public médical le succès que doit lui mériter l'effort considérable de travail et de sélection dont il est issu.

(1) In-8°. Prix : 15 francs. — Paris, G. Masson.

Formulaire des stations d'hiver, des stations d'été et de la climatothérapie, par le docteur DE LA HARPE, professeur de balnéologie à l'Université de Lausanne. 1 volume in-18 de 300 pages, cartonné. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50**. — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Il est créé deux services nouveaux, l'un à l'hôpital Trousseau, l'autre aux Enfants-Malades; tous les deux seront consacrés au traitement de la diphtérie. Ces services ne seront plus, comme par le passé, desservis à tour de rôle par les divers médecins de l'hôpital auquel ils appartiennent, mais par des titulaires qui s'en occuperont exclusivement et d'une façon continue. C'est là une heureuse innovation.

L'Administration s'occupe aussi d'améliorer l'installation matérielle des diphtériques; il y aura enfin un nombre de lits suffisant pour les salles d'observation à l'entrée, et l'isolement des diphtéries compliquées. C'est là une amélioration réclamée depuis longtemps par le service médical; espérons que sa réalisation ne se fera pas longtemps attendre. Tout retard se traduirait par un certain nombre de morts que l'on eût pu éviter.

— Nous recevons le premier numéro de « la Chronique médicale », revue bi-mensuelle de médecine scientifique, littéraire et anecdotique, publiée sous la direction du docteur Cabanès. Nos lecteurs ont lu dans notre journal un certain nombre de Variétés dues à notre confrère et ont pu apprécier les qualités de ce véritable curieux des choses de la médecine. Nous faisons des vœux pour le succès de cette entreprise qui débute avec une interview de M. le doyen Brouardel, et une étude fort intéressante sur Claude Bernard dramaturge.

— Par arrêté ministériel, M. Granet, professeur à la Faculté de médecine de Montpellier, est nommé chevalier du Mérite agricole.

— Le concours de la médaille d'or (médecine) s'est terminé de la manière suivante : médaille d'or, M. Gouget; médaille d'argent, M. F. Besançon; mention, M. Durante.

— Le concours de l'internat des hôpitaux de Montpellier vient de se terminer par les nominations suivantes :

Internes titulaires, MM. Gibert, Tissier et Arrufat; internes provisoires, MM. Blanc, Itier, Pelon et Brunsweig.

— La Société médicale des bureaux de bienfaisance de Paris vient de constituer son bureau pour l'année 1895, de la manière suivante :

Président, M. Dusseaud; premier vice-président, M. de Pradel; deuxième vice-président, M. Séailles; secrétaire général, M. Le Coin; trésorier, M. Kinzelbach; premier secrétaire, M. Binsenstein; deuxième secrétaire, M. Thominet; membres du conseil de famille : MM. Billon, Yvon, Rotillon.

— M. le docteur Besson a été élu conseiller général pour le canton de Saint-Jeoire (Haute-Savoie).

— *Angleterre.* — Cette année ont eu lieu, à Aldershot, des expériences de mobilisation partielle des hôpitaux de campagne et des compagnies d'infirmiers. D'après l' « Indian Med. Gaz. » le système employé serait insuffisant et défectueux, les abris pour blessés étant trop rapprochés de la ligne de feu, et le service du transport des blessés aux abris et aux hôpitaux de campagne étant rendu de ce fait très difficile. L' « United Service Gazette » croit que le service pourra être assuré, si les médecins disposent les abris à la limite de la zone dangereuse, et si ces derniers assurent le fonctionnement du service de santé, en l'adaptant du mieux possible aux nécessités du moment.

— M. le docteur Jules Voisin commencera à l'hospice de la Salpêtrière ses leçons cliniques sur les maladies nerveuses et mentales, le jeudi 20 décembre prochain, à dix heures, et les continuera les jeudis suivants à la même heure.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursions en Italie et sur le littoral*, organisées avec le concours des « Indicateurs Duchemin » du 7 au 31 janvier 1895; au départ de Paris, Lyon et Marseille, comprenant les frais de transport, le logement et la nourriture, les guides et interprètes.

1° Paris, Marseille, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin, Paris. — Prix : 1re classe, **825** fr.; 2e classe, **725** fr.

2° Lyon, Marseille, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin, Lyon. — Prix : 1re classe, **810** fr.; 2e classe, **710** fr.

3° Marseille, Monte-Carlo, Gênes, Pise, Rome, Naples, Pompéi, Florence, Bologne, Venise, Milan, Turin (Mont-Cenis ou la Corniche), Marseille. — Prix : 1re classe, **780** fr.; 2e classe, **680** fr.

Le nombre des places est limité.

Les souscriptions sont reçues aux agences des « Indicateurs Duchemin », à Paris, 20, rue Grammont; à Lyon, 75, rue de l'Hôtel-de-Ville; à Marseille, 1, quai de la Fraternité; à Nice, 4, rue Garnier; à Menton, 2, rue Saint-Michel.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare de Paris P. L. M. et dans les bureaux succursales ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Tiquetonne, 64; et au bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris Saint-Lazare (General Ticket Office).

Paris, le 17 décembre 1894.

Un bien intéressant procès est engagé en ce moment devant la première chambre du tribunal civil.

La veuve D... réclame à l'Assistance publique la somme de 80000 francs, à titre de dommages et intérêts, à raison de la mort de son mari survenue à l'hôpital de la Pitié, dans les circonstances suivantes :

Le nommé D..., camionneur de son état, était entré à l'hôpital pour se faire enlever un kyste synovial de la main gauche. La mort survint au cours de l'anesthésie chloroformique.

Les différentes plaidoiries présentent, pour le corps médical des hôpitaux, certains côtés intéressants. C'est ainsi que l'avocat de la veuve D... soutient que la nécessité d'une anesthésie ne s'imposait pas, que la robuste constitution de M. D... aurait dû empêcher d'y recourir, et qu'enfin on a commis une grande faute en confiant à un « simple interne » le soin d'administrer le chloroforme.

Les faits sont vieux de deux ou trois ans déjà, et il nous souvient que l'interne incriminé, aujourd'hui docteur et praticien dans une ville du centre, fut fort malmené au parquet et devant le juge d'instruction, pour avoir donné le chloroforme. On a même prétendu, à l'époque de l'incident, que son chef ne l'avait soutenu que mollement, très mollement même, déclarant, dit-on, se mettre tout à fait en dehors du débat.

Nous ne nous arrêterons pas longtemps sur les théories du défenseur de la veuve D... Nous ne discuterons ni sur l'inutilité de l'anesthésie, ni sur la « forte constitution » du décédé, nous ne voulons relever qu'un seul point : c'est lorsque l'avocat reproche au chirurgien, comme une faute grave, d'avoir confié le chloroforme à un « simple interne ».

L'avocat de la plaignante ne se fait évidemment aucune idée ni d'une opération chirurgicale, ni de l'organisation de nos hôpitaux, ni de la valeur des internes. S'imagine-t-il que le chirurgien opère d'une main et anesthésie de l'autre? Ne sait-il pas que l'interne est le second, l'assistant, le collaborateur indispensable du chirurgien? Évidemment ses arguments ne doivent pas avoir grande portée devant des juges instruits de la pratique chirurgicale.

Toutefois les choses changeraient singulièrement de face, si un décès survenait au cours d'une opération ou d'une anesthésie pratiquée par un interne en l'absence d'un chef de service. Les magistrats consultés à cet égard sont unanimes dans leur réponse et tous ont déclaré que, dans aucun cas, un règlement d'administration intérieure ne pouvait mettre l'interne au-dessus des lois existantes et le préserver de poursuites judiciaires.

La plaidoirie de M. Waldeck-Rousseau offre encore un intérêt plus grand, non seulement à cause de la valeur personnelle de l'avocat que l'Assistance publique a choisi pour se défendre, mais à cause des théories qu'il soutient. Si nous en croyons les comptes rendus qui nous sont parvenus, la thèse du défenseur de l'Assistance publique est que : l'Administration ne saurait être rendue responsable des négligences qu'aurait commises le service médical, attendu que « ce service ne dépend pas d'elle ».

Cette thèse étrange, inspirée évidemment par l'Administration à l'avocat chargé de sa défense, nous montre bien l'esprit qui règne avenue Victoria.

La théorie est fausse d'ailleurs. Nous avons, devant nous, une lettre administrative, adressée à un chirurgien, où nous pouvons lire : « JE vous ai désigné pour ... en remplacement de M. X... à qui J'AI accordé un congé... Veuillez vous rendre à ... » Ne sont-ce pas les termes qu'emploie un administrateur vis-à-vis d'un de ses subordonnés? Et si l'Administration a laissé tomber en désuétude les règlements dont elle est armée, est-ce que ces règlements en existent moins? Singulière administration! Singuliers procédés! Travaillez, donnez votre temps et votre peine, pour qu'à un moment pénible on vous renie en disant ne pas vous connaître! Aussi il y a bien longtemps que tout esprit de solidarité a disparu de l'Administration, chacun y tire de son côté, et dans cette triste affaire, qui se déroule devant la première chambre, on aurait vu le chef abandonner son interne et les chefs abandonnés par l'Administration.

Singulier temps! singulières mœurs! Comme il eût été plus beau, plus généreux et plus noble de voir le chef se porter, comme nos anciens (1), entre son interne et la justice, le défendant jusqu'au bout. Comme il eût été plus digne de voir l'Administration comprendre autrement son rôle, et au lieu d'esquiver l'attaque, au lieu de se dérober en reniant son personnel, aborder le front haut la discussion, revendiquer la responsabilité, et sortir fière et digne d'un procès qu'elle gagnera certainement, mais qu'elle gagnera en perdant un peu de sa considération et de sa dignité!

De nouveaux documents relatifs au traitement de la diphtérie par le sérum ont été apportés à la dernière séance de la Société médicale des hôpitaux (14 décembre).

M. Le Gendre a eu l'occasion d'employer le sérum dans 17 cas de diphtérie vraie : la mortalité globale a été de 12,5 p. 100; si on en déduit deux décès survenus sans que le sérum ait pu agir à cause de la gravité de l'état des enfants à leur arrivée à l'hôpital, la mortalité tombe à 11 p. 100. 6 cas de croup ont guéri sans trachéotomie.

M. Le Gendre a noté quelques inconvénients de la sérumthérapie; il a constaté des érythèmes de divers ordre, de la diarrhée, de la dépression générale des forces, de la phosphaturie.

Deux faits semblent démontrer que les injections de sérum ne peuvent ni prévenir la paralysie diphtérique, ni la guérir lorsqu'elle existe déjà.

M. Lebreton, chargé du service de la diphtérie aux Enfants-Malades pendant le mois d'octobre, apporte, lui aussi, sa statistique.

Deux cent quarante-deux malades pris sans distinction de gravité à leur entrée ont donné 28 décès, soit une mortalité globale de 11,60 p. 100. Cette mortalité tomberait même à 8 p. 100, si on en défalquait les non-valeurs, c'est-à-dire les cas dans lesquels, en vertu de la gravité de la maladie à l'entrée des malades ou de complications, le sérum devait être sans aucune utilité possible.

Vingt-trois trachéotomies ont donné une mortalité de 34,77 p. 100; 48 intubations n'ont donné que 14 décès, soit seulement 24 p. 100. L'intubation serait donc préférable à

(1) Lisez dans la *Gazette des hôpitaux*, année 1853, pages 215 et 320, les jugements du Tribunal correctionnel et de la Cour impériale de Paris, dans une affaire de mort par le chloroforme. Le médecin et l'élève en médecine, condamnés d'abord, sont renvoyés des fins de la poursuite, sans dépens. Les maîtres qui prirent leur défense se nommaient Trousseau et Velpeau.

la trachéotomie; la statistique qui la concerne irait en s'améliorant en raison, sans doute, de l'habitude et de l'habileté plus grande des opérateurs.

M. Sevestre ne dirige le service de la diphtérie à l'hôpital Trousseau que depuis le 1er décembre; il ne peut pas encore apporter de statistique arrêtée, mise à jour, mais il peut dire que ce qu'il a vu confirme complètement les bons résultats annoncés devant la Société.

Depuis le commencement du mois, et, plus particulièrement, depuis quelques jours, les cas de diphtérie deviennent plus nombreux et plus graves; il semble que l'on soit au début d'une épidémie, qui permettra, sans doute, de juger la valeur de la sérumthérapie dans des conditions nouvelles.

Malheureusement, les services menacent d'être encombrés, et si la méthode donnait de moins bons résultats, ce n'est pas elle qu'il faudrait en accuser, mais les vices et l'insuffisance de l'installation hospitalière.

Comme M. Le Gendre, M. Sevestre a vu que les phénomènes d'intoxication observés à la suite de l'injection du sérum antidiphtérique vont par séries ; cela résulte sans doute de ce que ce sérum vient de chevaux différents.

Pour remédier à cet inconvénient, dit M. Roger, on a l'intention, à l'Institut Pasteur, de mélanger le sérum des divers animaux avant de le livrer aux médecins. Est-ce bien là le meilleur moyen de remédier à cet inconvénient? Mieux vaudrait certainement, si cela était possible, éliminer ceux des chevaux dont le sérum est moins bien toléré.

Le sérum, il ne faut pas l'oublier, est une substance active, nouvellement introduite dans la thérapeutique; son dosage est difficile, ses inconvénients possibles encore incomplètement connus. Les praticiens, auxquels on va prochainement en fournir à volonté, ne devront le manier qu'avec prudence. Ils auront certainement à résister à la pression que les familles ne manqueront pas d'exercer sur eux.

M. Le Gendre veut qu'on n'en injecte que lorsque le diagnostic de la diphtérie est fait d'une façon indubitable par l'examen bactériologique et il a parfaitement raison. Mais ne va-t-il pas un peu loin en proscrivant les injections préventives? La question de ces injections préventives, qui seraient certainement d'une grande utilité dans certains milieux, nous paraît encore ouverte.

MM. Charrin et Roger ont fait sur le lapin des expériences destinées à l'étude de la toxicité du sérum antidiphtérique. Ils en ont injecté de 3 à 5 centimètres cubes à ces animaux, ce qui, vu leur poids, représente une dose très élevée.

Les lapins sains n'ont pas eu d'amaigrissement, ni de fièvre. Dans leurs urines, on a constaté une augmentation de la densité, de l'urée et des phosphates et une diminution des chlorures ; jamais on n'y a trouvé d'albumine, ni de peptone.

Il n'en est plus de même lorsque l'injection est faite à des lapins déjà malades auparavant ; c'est ainsi que chez ceux de ces animaux qui avaient déjà de petits abcès, on a relevé la diminution de la quantité d'urine émise, l'amaigrissement, une phosphaturie et une azoturie beaucoup plus intenses que chez les lapins sains. On a trouvé aussi de la peptonurie.

Revenant sur la discussion relative à l'appendicite et à la pérityphlite, M. Albert Mathieu insiste sur quelques données fournies par Sonnenburg, dans une publication récente. Ce chirurgien, sur 57 cas d'appendicite simple, ou d'appendicite perforative sans péritonite généralisée, sans autre complication, a constaté 52 fois l'existence d'une perforation appendiculaire avec abcès du voisinage. Sur 80 cas opérés, 20 fois les malades avaient auparavant présenté au moins une poussée antérieure de pérityphlite. Ces faits sont de nature à éveiller des doutes sur la valeur de certaines guérisons médicales; il y aurait lieu, non seulement de surveiller les malades avec soin, mais d'établir, d'une façon exacte, quelle est la proportion des récidives à la suite des pérityphlites appendiculaires traitées par les moyens médicaux.

M. Hanot rapporte un cas de pneumonie attribuable sans doute à la compression du pneumogastrique par un ganglion carcinomateux. Il s'agirait d'une pneumonie particulière, avec mortification du tissu pulmonaire et ulcérations.

M. Duflocq rapporte l'histoire d'un morphinomane qui prenait chaque jour 3 à 4 grammes de morphine. La suppression se fit avec succès en une huitaine de jours, mais ce ne fut pas sans quelques péripéties. Le malade eut de la diarrhée, de l'insomnie, de l'abattement, des lipothymies; il réussit à se procurer de la morphine par ruse et à s'en faire deux piqûres de 20 centigrammes. La guérison fut cependant obtenue. Durera-t-elle?

M. Ballet a entrepris, on le sait, avec M. Enriquez, des expériences sur l'action des injections de suc thyroïdien chez le chien; chez trois de ces animaux, il a constaté une tuméfaction assez notable avec lésions du corps thyroïde.

Il se réserve de tirer plus tard de ces expériences les conséquences qu'elles comportent au point de vue de la nature et de la pathogénie de la maladie de Basedow et de l'emploi thérapeutique du corps thyroïde.

HOPITAL INTERNATIONAL. — M. Péan.

I. Fistule congénitale; ablation de la fistule et de la tumeur; ouverture du canal rachidien; excision de la dure-mère; fermeture par un lambeau anaplastique. — II. Sarcome du sacrum; opération; guérison; pas de récidive.

I. La nommée P... (Honora), trente-trois ans, modiste, entre à l'hôpital International le 14 février 1894. Rien de particulier dans ses antécédents héréditaires ou personnels.

A sa naissance, la sage-femme aurait prévenu sa famille que l'enfant portait une petite fossette, là où nous voyons aujourd'hui un orifice fistuleux.

La malade n'avait jamais éprouvé aucune gêne lorsqu'il y a trois mois, elle ressentit dans la région lombaire quelques douleurs qui furent traitées par l'ignipuncture. Au bout d'un mois, un abcès se forma à la partie inférieure de la région lombaire. Il fut incisé et drainé pendant huit ou dix jours. Durant ce temps, des fragments d'os auraient fait issue à deux reprises différentes par l'ouverture de l'abcès.

Depuis, le trajet persiste et donne toujours un peu de pus sans qu'il y ait cependant une grande douleur.

Cette fistule siège au niveau de la région lombo-sacrée. Elle laisse le stylet pénétrer jusqu'à la surface des os sous-jacents. A ce niveau nous faisons sur la ligne médiane une incision longue de 15 centimètres, ayant pour centre la fistule et intéressant toutes les parties molles qui recouvrent le squelette, depuis l'apophyse épineuse de la quatrième lombaire jusqu'au coccyx. De la sorte, le trajet fistuleux se trouve divisé en deux moitiés symétriques en même temps que les insertions aponévrotiques et tendineuses des grands

fessiers et le périoste qui recouvre le sacrum. Nous enlevons de chaque côté largement, et une tumeur intermédiaire formée par du tissu cellulo-adipeux épaissi, parsemé de tractus fibreux blanchâtres, d'aspect cicatriciel et non cicatriciel, qui doublent la fistule sur une largeur de 6 centimètres de chaque côté. Pour être bien certain que nous avons dépassé les limites des tissus morbides, nous mettons à nu la surface des muscles fessiers sur une assez grande étendue, en dehors du trajet fistuleux, à l'endroit où la fistule passe entre les deux fessiers, c'est-à-dire à 5 centimètres au-dessous de l'articulation sacro-lombaire. Nous voyons que l'intérieur de la fistule est rempli de bourgeons charnus, qui sont enlevés par grattage. Le diamètre de ce trajet fistuleux est de 1 centimètre. Autour de lui nous voyons un orifice elliptique à grand axe antéro-postérieur, long de 4 centimètres, à petit axe transversal, ayant au centre 3 centimètres de diamètre, dont les bords sont constitués par les insertions de l'aponévrose et des faisceaux musculaires des grands fessiers, ainsi que par les bords de l'échancrure du sacrum qui se prolonge anormalement jusqu'à ce niveau. L'intervalle qui sépare les parois de la fistule de ce pourtour ostéo-musculaire est rempli par une sorte de tissu fibro-adipeux jaunâtre, très différent de celui de la couche sous-cutanée, qui était relié aux tractus superficiels de la tumeur par un tissu dense, qui criait sous les ciseaux quand il a été coupé. Après avoir enlevé par grattage les bourgeons charnus de la fistule, nous voyons qu'ils remplissaient l'intervalle du canal sacré, au-dessous de la dernière vertèbre lombaire, sur une hauteur de 3 centimètres, et qu'ils étaient entourés par le peloton adipeux dont nous avons parlé. Aussi, pour ne rien laisser de suspect, après avoir enlevé les bourgeons charnus avec la cuillère à bords tranchants, nous enlevons le peloton adipeux qui remplit le canal sacré jusqu'à la hauteur de la première pièce du sacrum, laquelle est elle-même en partie entr'ouverte de ce côté. Malgré le soin que nous prenons de détacher ce tissu fibro-graisseux des parois du canal sacré en arrivant à la partie supérieure, et de chercher à les distinguer de l'extrémité inférieure de la dure-mère rachidienne, au moment où nous réséquons cette partie supérieure, nous voyons s'écouler 100 grammes de liquide encéphalo-rachidien, et nous constatons qu'une petite portion de la dure-mère, haute de 1 millimètre, large de 2 millimètres, a été réséquée en même temps que le tissu morbide. Dès lors, il ne nous reste plus qu'à fermer l'orifice anormal de la dure-mère et la plaie faite aux couches superficielles.

Tout d'abord, nous constatons que la fermeture du petit orifice, fait à la dure-mère, est loin d'être facile. Nous constatons, en effet, que les parois de cette membrane fibreuse, au niveau du petit orifice, sont intimement soudées sur toute la périphérie au périoste qui tapisse la face interne du canal sacré; de sorte qu'il serait impossible d'en rapprocher les bords. Cependant, comme il importe d'y parvenir, au moyen de la gouge et du maillet nous détachons circulairement tout autour de la dure-mère une lame ostéo-périostique, épaisse de 3 à 4 millimètres, sur une hauteur de 3 centimètres, de façon à suffisamment mobiliser cette lame pour pouvoir fermer, par suture avec un surget de catgut, l'orifice anormal de la dure-mère, en même temps que le périoste qui l'entoure. Pour mieux assurer encore cette oblitération, je coupe transversalement au-dessus et au-dessous de l'ouverture anormale du canal sacré, les muscles fessiers et leurs aponévroses au moyen de deux incisions transversales parallèles, longues de 8 centimètres et distantes l'une de l'autre de 6 centimètres. Après les avoir disséqués de chaque côté, je les fais glisser de manière à rapprocher leurs bords opposés et à les suturer l'un à l'autre sur la ligne médiane. Je dissèque ensuite de haut en bas les muscles fessiers et le périoste au-dessous des incisions transversales inférieures, de façon à pouvoir les mobiliser à leur tour et les suturer aux lambeaux transversaux, adossés sur la ligne médiane par un autre surjet de catgut. Enfin, je ferme la plaie cutanéo-celluleuse par une autre suture en surjet de catgut, en ayant soin de laisser à la partie inférieure de la plaie un petit tube à drainage qui est fixé à demeure par un point de suture en crin de Florence, qui est destiné, pendant les premiers jours qui suivront l'opération, à prévenir la stagnation des liquides de la plaie.

Pansement iodoformé sublimé ouaté compressif.

Pendant les jours suivants il y a une légère suppuration sans fièvre. Le 16 mars, nous enlevons le drain. Il persiste encore une légère fistulette par laquelle s'écoulent quelques gouttes de pus. Le 20 avril, guérison complète.

Comme on le voit, un examen superficiel fait par des chirurgiens exercés les avait portés à croire, chez cette malade, à l'existence d'une de ces ostéites, si communes au bassin et à la colonne vertébrale, comme sur les autres portions du squelette. Le siège médian de la fistule, sa forme symétrique, l'aspect général de la malade qui n'était, au reste, ni scrofuleuse, ni tuberculeuse, tout cet ensemble de circonstances nous avait permis de rejeter *de plano* cette hypothèse. Il nous semblait manifeste qu'il s'agissait d'une de ces tumeurs suppurées qui ont une origine congénitale. Toutefois, à la suite de l'opération, on pouvait discuter ces deux points : les orifices fistuleux se rattachaient-ils au développement d'une tumeur ano-coccygienne ou devait-on les rattacher au *spina bifida*? La question a été bien mise en lumière par l'excellent travail de l'un de nos meilleurs internes, Calbet, sur ce sujet (Thèse de Paris, 1893). Si la fistule eût été située dans la région ano-coccygienne, il n'y aurait eu aucun doute, on l'aurait aussitôt rangée parmi les tumeurs congénitales qui prennent si souvent naissance à ce niveau. Mais, non seulement la fistule n'occupait pas la région qui sépare l'anus du coccyx; non seulement elle ne siégeait pas au niveau de la fossette sacro-coccygienne, si apparente chez cette malade, qu'elle paraissait être le vestige du point où commence l'appendice caudal des animaux, mais encore elle siégeait très haut au niveau de la première pièce du sacrum, là où il est bien autrement fréquent de voir apparaître la saillie du *spina bifida* sacré. Or, en constatant que la fistule conduisait directement dans le canal osseux du sacrum; — que celui-ci était ouvert beaucoup plus haut et beaucoup plus largement qu'à l'état normal; — qu'au niveau de cet écartement supérieur, il y avait une perte de substance apparente jusque sur le périoste et la couche musculo-aponévrotique; — que le canal sacré était rempli par un tissu fibro-graisseux d'aspect cicatriciel, qui se continuait directement avec les autres tractus fibreux qui entouraient la fistule purulente à travers la couche graisseuse sous-cutanée jusqu'à la peau; — que la couche graisseuse, située dans cette portion du canal sacré, avait une consistance et un aspect anormaux; — que les filets nerveux, émanant de la queue de cheval, étaient atrophiés, et qu'elle-même adhérait à la partie inférieure de la dure-mère, sans ligne de démarcation appréciable; — en tenant compte enfin de cette particularité qu'à ce niveau la dure-mère rachidienne, au lieu d'être distante du périoste contenu dans le canal sacré, était intimement confondue avec lui, au point de ne pouvoir en être disjointe par dissection : — pour tous ces motifs, nous fûmes amené à conclure que la fistule et les tissus anormaux qui l'entouraient provenaient d'un *spina bifida* ancien, d'origine fœtale.

On pouvait pourtant se demander s'il n'existe pas une véritable relation entre certaines variétés de spina bifida congénitaux et certaines tumeurs ano-coccygiennes que nous avons décrites dans nos leçons cliniques et qui font le sujet de la thèse de Calbet.

Quant au traitement, il ne pouvait être autre que celui que nous avons appliqué. Les chirurgiens appelés avant nous s'étaient contentés d'inciser les abcès, de dilater, de cautériser les fistules; ce qui n'empêchait pas ces dernières de rester purulentes, intarissables, et d'épuiser la malade. L'ablation complète était la dernière ressource thérapeutique à utiliser.

Malheureusement celle-ci exposait à léser l'extrémité terminale de la dure-mère rachidienne, à donner issue au liquide céphalo-rachidien par un orifice anormal, difficile à fermer. Par suite, elle exposait à provoquer une méningite rachidienne et les accidents fâcheux qui en sont la conséquence. On a vu comment, à l'aide d'un lambeau ostéo-périostique, et à l'aide de l'anaplastie musculaire, nous sommes parvenu, non seulement à fermer l'orifice anormal de la dure-mère, mais encore à combler en grande partie l'ouverture trop grande du canal sacré. Nous avons pu ensuite fermer la totalité de la plaie, en ayant soin de laisser à la partie supérieure un petit tube à drainage destiné à prévenir l'accumulation des liquides irritants qui pourraient être sécrétés les premiers jours.

Nous avons été d'autant plus heureux d'obtenir une guérison prompte chez cette intéressante malade, que nous ne connaissons, dans la science, aucun autre exemple de perte de substance de la dure-mère, et du canal rachidien, due à un *spina bifida* suppuré ou non, qui ait été comblée par un lambeau anaplastique emprunté, d'une part à cette membrane en même temps qu'au périoste et au tissu osseux avec lesquels elle était intimement confondue à ce niveau, d'autre part à la couche musculaire voisine qui participait elle-même à la perte de substance congénitale.

II. Le nommé P... (Benoît), cinquante-sept ans, employé.

Rien de particulier à signaler dans ses antécédents héréditaires et personnels.

Le début de la maladie remonte à trois ans environ, époque à laquelle il y eut des douleurs vagues vers l'extrémité inférieure du sacrum, en même temps qu'une légère augmentation de volume de la région.

Il y a deux ans, à la suite d'une chute, la tumeur prit un développement rapide. Au mois de juillet dernier, elle avait le volume d'une mandarine. A cette époque, un chirurgien en fit l'ouverture et en vit s'écouler trois cuillerées d'un sang noirâtre. Six semaines après, la plaie était fermée. Néanmoins, la tumeur augmentait de plus en plus.

Le 2 mai 1893, le malade entre à l'hôpital International. En l'examinant, nous voyons que la tumeur a acquis un volume presque aussi considérable que celle que nous avons figurée dans le tome II de nos *Leçons cliniques*. Elle commence au-dessous de l'articulation sacro-iliaque, s'étend jusqu'à l'orifice anal et se prolonge, de chaque côté, jusqu'au milieu de la région fessière, dont tous les muscles sont soulevés.

Au centre, existe la cicatrice résultant de l'ancienne incision. Au palper, nous constatons que la masse morbide est arrondie, bosselée, qu'elle offre partout un certain degré de résistance, qu'elle est dure et osseuse au centre, ramollie et presque fluctuante à la périphérie. Par le toucher rectal, nous sentons, à 4 centimètres au-dessus de l'anus, la partie inférieure de la tumeur et nous la suivons jusqu'aux deux ischions. La limite supérieure ne peut être atteinte. La muqueuse rectale est lisse et mobile. Il est facile de voir que tout le sacrum est envahi par une tumeur à marche rapide sarcomateuse. Aucun symptôme nerveux grave, à part quelques élancements peu douloureux. L'état général est excellent.

Le 20 mai, opération : anesthésie chloroformique, asepsie de la région. Incision verticale, médiane sur toute l'étendue de la tumeur. Le bistouri pénètre dans une masse rougeâtre, ramollie, parsemée de points osseux. Chaque moitié de la tumeur est enlevée par fragment, avec la curette, jusqu'à la périphérie. De ce côté, elle est entourée par une coque osseuse résistante, qui est enlevée par morcellement avec les ciseaux et la pince emporte-pièce. Tout le sacrum se trouve ainsi enlevé, excepté à gauche. Nous parvenons à conserver de ce côté deux petites portions à travers lesquelles restent les nerfs de la queue de cheval.

Nous enlevons ensuite la portion de la tumeur qui est reliée au rectum par des adhérences résistantes. Ce temps de l'opération exige une dissection très minutieuse. La perte de substance produite par l'amputation complète du sacrum est considérable. La cavité est remplie de gaze iodoformée, puis un drain est transversalement placé; elle est ensuite fermée par un surjet de catgut profond et des anses superficielles au crin de Florence.

Suites opératoires excellentes, malgré un léger délire survenu dans les premiers jours et dû à l'iodoforme. Ce délire cesse avec la suppression de ce médicament et la réunion a lieu par première intention.

Le 25 juillet, le malade quitte le service guéri.

L'examen histologique, fait par M. Brault, montre qu'il s'agit d'un sarcome.

Cette observation est intéressante à plusieurs titres. Au point de vue du diagnostic, on aurait pu croire, en tenant compte des symptômes, qu'il s'agissait d'un lipome, comme dans le cas décrit par Témoin dans les *Archives provinciales de chirurgie*, ou d'un lymphangiome, comme dans l'observation de Lagner, publiée par M. Chipault, dans son remarquable travail sur la chirurgie médullaire. Il est vrai que nous avions donné au diagnostic la précision voulue, en tenant compte des signes locaux et de la marche de la tumeur. Au point de vue opératoire, ce fait démontre, comme nous l'avions déjà fait observer dans le tome II de notre *Traité des tumeurs de l'abdomen et du bassin*, que le sacrum peut être enlevé presque en entier et avec succès, sans qu'il en résulte des troubles fonctionnels, lorsqu'il est le siège de tumeurs très étendues. On sait aussi que, depuis cette époque, notre confrère Kraske a confirmé notre manière de voir, en montrant tout le parti que l'on peut tirer de la résection partielle de cet os pour exciser le rectum et même l'utérus quand ils sont le siège de productions malignes remontant très haut dans la cavité pelvienne.

TRAITEMENT

DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME PAR INTRODUCTION ÉLECTROLYTIQUE DU LITHIUM (1)

Par M. Labatut,

Chargé du cours de chimie à l'École de médecine de Grenoble,

et MM. les docteurs Jourdanet et Porte.

II

Électrotechnie. — La solution de chlorure de lithium est mise en contact avec la peau sous forme de bain. Toute

(1) Suite. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1318.

application d'éponge ou de tampon imprégnés de solution est défectueuse, parce que les produits qui se diffusent à travers la peau de l'intérieur à l'extérieur restant localisés au contact de la peau viennent diminuer la quote part utile du courant et affaiblissent l'introduction.

Le titre de la solution importe peu, il suffit que le bain soit bon conducteur. Nous employons une solution à 2 p. 100, alcalinisée par 1/2000 de lithine caustique.

La sortie du courant se fait par un bain de chlorure de sodium.

Il est indispensable de pratiquer l'introduction par toute l'étendue des lésions et non pas seulement aux points douloureux. Par suite, les parties non lésées ou débarrassées des lésions, qui, par la forme du bain, seraient nécessairement immergées, sont protégées du contact du bain, soit par des bandes de caoutchouc, soit par du vernis isolant au caoutchouc ou à la gomme laque déposé au pinceau.

Tout appareil pouvant fournir un courant continu peut servir à l'électrolyse à la condition que le courant soit établi progressivement sans secousses. Les appareils ordinaires au bisulfate de mercure, introduisant successivement les éléments peuvent très bien servir. On doit pouvoir disposer d'une force électromotrice de 50 volts pour pouvoir obtenir une intensité de courant suffisamment active, les résistances des parties du corps intercalées dans le courant variant en moyenne de 1000 à 2000 ohms.

Le bain positif de chlorure de lithium baigne la partie malade et reçoit le courant au moyen d'une électrode en charbon plongeant dans le bain.

Le bain négatif (chlorure de sodium) laisse sortir le courant par une autre électrode en charbon.

Les récipients sont de forme adaptée aux articulations à traiter. Tout métal doit être exclu de leur construction.

Les pieds, les mains sont simplement mis dans des bocaux de verre. Les récipients du commerce pour accumulateur, conviennent très bien pour cet usage.

L'appareil qui sert à traiter les genoux (station debout) est une bague en bois imperméabilisé, fermée à sa partie inférieure par une feuille de caoutchouc, et percée d'un trou par ou s'engage le membre. Cet appareil affecte donc la forme d'un tambour de basque. Il est suspendu à la ceinture par des courroies. L'appareil à position couchée (jambe horizontale) est le même, seulement la bague annulaire en bois est fermée des deux côtés par une feuille de caoutchouc. L'introduction du liquide et de l'électrode en charbon se fait par une petite fenêtre située à la partie supérieure.

Pour les coudes, appareil identique. Pour les reins et les épaules, la solution du problème qui, comme on le voit, consiste à maintenir autour des parties malades un bain liquide, est plus difficile. On peut y arriver néanmoins au moyen de bandes et de feuilles de caoutchouc formant des appareils spéciaux à chaque malade et laissés à l'ingéniosité de l'opérateur.

L'intensité du courant ne doit pas dépasser 20 milliampères par décimètre carré de surface, sinon le traitement est douloureux. Pratiquement nous adoptons 10 milliampères environ. Ces chiffres concordent à peu près avec ceux que Boudet de Pâris a indiqués dans des tableaux très pratiques indiquant la surface que doivent avoir les électrodes pour une intensité donnée (1).

Les quantités introduites dépendent de deux facteurs : l'intensité du courant et la durée de la séance. On se basera pour l'intensité sur la susceptibilité électrique du malade, le courant ne devant jamais être douloureux. La durée des séances varie avec une foule de circonstances, tolérance du courant par le sujet (très variable et très faible chez les sujets nerveux), position incommode à la longue, fatigue par suite de l'immobilité imposée par le traitement, etc. On peut fixer la moyenne de durée à une demi-heure, mais il n'y a aucun inconvénient à la prolonger une heure, et à en faire deux par jour.

(1) Boudet de Paris. *Électricité médicale*, p. 305.

III

Les affections auxquelles s'adresse ce traitement sont : les manifestations articulaires de la goutte, le rhumatisme articulaire aigu, et certaines formes de rhumatisme chronique.

Pour le *rhumatisme chronique*, la méthode ne peut avoir la prétention de faire rétrocéder des lésions portant sur les cartilages ou sur le tissu osseux ; mais elle fait disparaître assez rapidement les empâtements péri-articulaires et les douleurs qui en sont souvent la conséquence.

En particulier, nous avons obtenu de bons résultats dans des cas de rhumatisme chronique des mains, alors qu'il n'y avait pas encore de déformations articulaires, mais seulement de l'impotence fonctionnelle par gonflement des tissus.

Notons en passant que l'action du traitement se produit encore après la cessation de celui-ci : dans les mois qui suivent, il se fait encore des réductions dans les empâtements qui avaient résisté, et ce n'est qu'au bout de deux à trois mois que l'on peut juger complètement des résultats obtenus.

Dans le *rhumatisme articulaire aigu*, il nous a semblé que le traitement électrolytique fait cesser les douleurs et la tuméfaction plus rapidement que les médicaments tels que le salicylate de soude : l'impotence fonctionnelle nous a paru surtout plus rapidement amendée : mais on conçoit que le traitement ne peut être facile à appliquer dans les cas de rhumatisme articulaire aigu généralisé à plusieurs articulations, et qu'il doit être réservé plutôt pour les cas de *rhumatisme subaigu* ou les formes lentes dans lesquelles le salicylate de soude donne de moins bons résultats.

Enfin, dans *la goutte*, les manifestations articulaires peuvent rétrocéder en quelques jours ; les tophus diminuent et même disparaissent sous l'influence du traitement qui s'accompagne d'une décharge considérable d'urates.

Avant de rapporter ici quelques observations typiques, voici les réflexions que nous avons pu faire, d'après les cas que nous avons eu à traiter :

Les malades atteints d'une lésion articulaire d'origine rhumatismale ou goutteuse ont souvent des troubles de calorification (troubles vaso-moteurs?) portant, non seulement sur la région atteinte, mais sur tout le membre correspondant ; en particulier, quand la lésion n'est pas franchement inflammatoire, dans le rhumatisme chronique par exemple, on arrive facilement, en passant le dos de la main sur la région, à saisir une sensation de frigidité particulière accompagnée d'un état visqueux de la peau. Cet état des téguments dépasse généralement la région douloureuse, et le traitement doit avoir pour but, non seulement de faire rétrocéder les douleurs et le gonflement, mais de rendre aux tissus leur coloration et leur degré normal de calorification.

Avec un peu d'habitude, on peut même arriver à distin-

guer une coloration particulière, coloration ambrée de certaines régions, telles que la paume de la main ou la plante des pieds, qui trahit un trouble dans les fonctions normales de la peau à ce niveau.

Dès les premières séances de traitement, une coloration rouge envahit progressivement ces tissus qui reprennent une chaleur normale, et en même temps disparaissent ces sensations de froid aux extrémités dont se plaignent souvent les malades atteints de rhumatisme chronique.

On peut voir de jour en jour la coloration gagner du terrain et arriver finalement jusqu'à l'extrémité des doigts ou des orteils. En même temps, les tissus œdématiés redeviennent plus souples : ils se flétrissent en quelque sorte, et il semble que la peau devienne trop large au niveau des petites jointures qui étaient primitivement atteintes.

Au moment où la coloration rouge dont nous parlons plus haut gagne les extrémités, il se produit une sensation très désagréable de picotement, sensation que l'on peut comparer au phénomène de l'onglée, et qui, en annonçant un retour complet de la circulation, peut être regardé comme un véritable symptôme *critique*, précédant la régression des empâtements. Tels sont les phénomènes qui se passent dans les cas de rhumatisme chronique des extrémités.

Dans le cas de rhumatisme aigu ou de goutte, le traitement est plus rapide : il se produit parfois, à la suite, une abondante desquamation épidermique aux points traités.

Lorsque les lésions sont tenaces et nécessitent un grand nombre de séances, on observe quelques petits accidents qu'il est nécessaire d'indiquer : au début, il y a, au moment de l'établissement du passage du courant, une sensation douloureuse de fourmillement qui cesse au bout de cinq minutes, il suffit d'établir un courant progressif, surtout chez les enfants qui sont plus sensibles.

S'il y a, au niveau des régions que l'on traite, de petites excoriations de la peau, il est nécessaire de les isoler préalablement, soit en les recouvrant de vaseline, soit, si la région est un peu étendue, en l'entourant d'une bande de caoutchouc. Si l'on ne prend pas ces précautions, on peut être obligé d'interrompre le traitement pendant quelques jours, ou de diminuer notablement l'intensité du courant : nous avons vu des malades qui supportaient très bien au début des courants de 25 à 30 milliampères, et qui, au bout de quelques jours, pouvaient à peine en supporter 10 en raison des picotements intolérables produits au niveau de petites excoriations de la peau. Il suffisait de recouvrir ces points douloureux pour voir disparaître toute sensation pénible.

De même, lorsqu'on veut limiter l'action du courant à une région très localisée, on aura soin d'entourer d'une bande de caoutchouc le reste du membre plongeant dans le liquide.

Nous n'avons pas observé de retentissement notable sur l'état général de nos malades pendant la durée du traitement : la quantité d'urines émise en vingt-quatre heures augmente dès la quatrième ou la cinquième séance, en même temps que la sensation de soif. On constate aussi une augmentation notable du taux de l'urée.

Ajoutons, en terminant, qu'il faut tenir compte, pendant la durée du traitement, de l'état des muscles correspondant aux articulations atteintes. Ces muscles sont le siège de troubles trophiques tenant en partie à l'immobilisation prolongée dans les cas de rhumatisme à forme lente. Il faut absolument faire sur ces muscles des séances fréquentes de faradisation, si l'on veut rendre à l'articulation des mouvements complets.

D'ailleurs, l'exploration de ces muscles au point de vue des réactions électriques donne, dès le début du traitement, un signe important de *pronostic*. Ils présentent, en général, non pas la réaction de dégénérescence, mais une diminution à la contractilité faradique dont le degré mesure les chances possibles de *restitutio ad integrum*.

Enfin, le *massage* lui-même doit être combiné à ces divers traitements pour rendre aux articulations toute la souplesse de leurs mouvements.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1895

(Les Concours seront clos fin février 1895.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Phénomènes circulatoires thermiques et chimiques de la contraction des muscles striés.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. (Annuel.) — Ce prix sera distribué à l'auteur du meilleur mémoire ou œuvre inédite (dont le sujet restera au choix de l'auteur), sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura découvert les moyens complets de guérison pour les maladies reconnues incurables, comme la rage, le cancer, l'épilepsie, les scrofules, le typhus, le choléra morbus, etc. — Des encouragements pourront être accordés à ceux qui, sans avoir atteint le but indiqué dans le programme, s'en seront le plus rapprochés.

PRIX HENRI BUIGNET. — 1 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail manuscrit ou imprimé sur les applications de la physique ou de la chimie aux sciences médicales. — Il ne sera pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés ; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Le prix ne sera pas partagé ; si, une année, aucun ouvrage ou mémoire n'était jugé digne du prix, la somme de 1 500 francs serait reportée sur l'année suivante, et, dans ce cas, la somme de 3 000 francs sera partagée en deux prix de 1 500 francs chacun.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1 200 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur qui aura fait le meilleur ouvrage ou les meilleurs travaux sur la circulation du sang.

PRIX ADRIEN BUISSON. — 10 500 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur des meilleures découvertes ayant pour résultat de guérir des maladies reconnues jusque-là incurables dans l'état actuel de la science.

PRIX CAPURON. — 1 200 francs. (Annuel.) — Question : *Recherches expérimentales sur un sujet d'obstétrique laissé au choix de chacun des concurrents.*

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *Des obsessions en pathologie mentale.*

PRIX CHEVILLON. — 1 500 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur le traitement des affections cancéreuses.

PRIX DAUDET. — 1 000 francs. (Annuel.) — Question : *Du myxœdème.*

PRIX DESPORTES. — 1 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail de thérapeutique médicale pratique.

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de

stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1895. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1896. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie externe.

PRIX HUGUIER. — 3000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé en France, *sur les maladies des femmes, et plus spécialement sur le traitement chirurgical de ces affections* (non compris les accouchements). — Il n'est pas nécessaire de faire acte de candidature pour les ouvrages imprimés; seront seuls exclus les ouvrages faits par des étrangers et les traductions. — Ce prix ne sera pas partagé.

PRIX DE L'HYGIÈNE DE L'ENFANCE. — 1000 francs. — Question : *Hygiène de la peau pendant la première enfance.*

PRIX LABORIE. — 5000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail qui aura fait avancer notablement la science de la chirurgie.

PRIX LAENNEC. — 1000 francs. — Question : *De la bronchite capillaire (d'emblée ou consécutive à la bronchite simple) chez les enfants du premier âge.*

PRIX LAVAL. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix devra être décerné chaque année à l'élève en médecine qui se sera montré le plus méritant. — Le choix de cet élève appartient à l'Académie de médecine.

PRIX LOUIS. — 4000 francs. (Triennal.) — Question : *Étude comparée des iodures au point de vue thérapeutique.*

PRIX MÈGE. — 900 francs. (Triennal.) — Question : *De la pathogénie des myocardites.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — M. Monbinne a légué à l'Académie une rente de 1500 francs, destinée « à subventionner, par une allocation annuelle (ou biennale de préférence), des missions scientifiques d'intérêt médical, chirurgical ou vétérinaire. — Dans le cas où le fonds Monbinne n'aurait pas à recevoir la susdite destination, l'Académie pourra en employer le montant soit comme fonds d'encouragement, soit comme fonds d'assistance, à son appréciation et suivant ses besoins. »

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire ayant pour but l'extraction du principe actif défini, non encore isolé, d'une substance médicamenteuse.

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'internat. — (Médecine.)

PRIX PERRON. — 3800 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du mémoire qui paraîtra à l'Académie le plus utile au progrès de la médecine.

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique des tumeurs de la parotide.*

PRIX POURAT. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *Déterminer expérimentalement le mode de contraction et d'innervation des vaisseaux lymphatiques.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur ouvrage, paru dans les deux ans, sur les maladies vénériennes.

PRIX VERNOIS. — 700 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné au meilleur travail sur l'hygiène.

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1896

(Les concours seront clos fin février 1896.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du rôle respectif de l'hérédité et de la contagion dans la propagation de la tuberculose.*

PRIX AMUSSAT. — 1000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du travail ou des recherches, basés simultanément sur l'anatomie et l'expérimentation, qui auront réalisé ou préparé le progrès le plus important dans la thérapeutique chirurgicale.

PRIX ALVARENGA DE PIAUHY (Brésil). — 800 francs. — Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX BAILLARGER. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur mémoire sur la thérapeutique des maladies mentales et sur l'organisation des asiles publics ou privés, consacrés aux aliénés.

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX CHARLES BOULLARD. — 1200 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné au médecin qui aura fait le meilleur ouvrage et obtenu les meilleurs résultats de guérison sur les maladies mentales, en en arrêtant ou en en atténuant la marche terrible.

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1384).

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX CAPURON. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'influence des maladies du poumon de la mère sur l'état de santé du fœtus.*

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX CIVRIEUX. — 800 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hallucination dans les maladies mentales.*

PRIX DAUDET. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des angines couenneuses non diphtériques.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX FALRET. — 900 francs. (Bisannuel.) — Question : *Le morphinisme et la morphinomanie.*

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. (Annuel.) — Au meilleur travail sur la pathologie interne.

PRIX HUGO. — 1000 francs. (Quinquennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur un point de l'histoire des sciences médicales.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX LEFÈVRE. — 1800 francs. (Triennal.) — Question : *De la mélancolie.*

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies de l'oreille.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX ORFILA. — 2000 francs. (Bisannuel.) — Question : *Existe-t-il dans l'air, dans l'eau ou dans le sol, des corps de nature animée ou purement chimiques, aptes à développer la dysenterie, lorsque, par les moyens ordinaires ou expérimentaux, ils s'introduisent dans l'économie animale?*

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel du prix de l'Internat. — (Chirurgie.)

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique du système lymphatique (réseaux, canaux et ganglions), dans la sphère des néoplasmes malins.*

PRIX POURAT. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Des relations qui existent entre la thermogenèse et les échanges respiratoires.*

PRIX SAINTOUR. — 4400 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail, manuscrit ou imprimé, sur n'importe quelle branche de la médecine.

PRIX SAINT-LAGER. — 1500 francs. — Extrait de la lettre du fondateur : « Je propose à l'Académie une somme de

1500 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme, destiné à récompenser l'expérimentateur qui aura produit la tumeur thyroïdienne à la suite de l'administration aux animaux de substances extraites des eaux ou des terrains à endémies goitreuses. » Le prix ne sera donné que lorsque les expériences auront été répétées avec succès par la Commission académique.

PRIX SAINT-PAUL. — 25000 francs. — M. et Mme Victor Saint-Paul ont offert à l'Académie une somme de 25000 francs pour la fondation d'un prix de pareille somme qui sera décerné à la personne, sans distinction de nationalité ni de profession, qui aurait, la première, trouvé un remède reconnu par l'Académie comme efficace et souverain contre la *diphtérie*. — Jusqu'à la découverte de ce remède, les arrérages de la rente à provenir de cette donation seront consacrés à un prix d'encouragement qui sera décerné, tous les deux ans, par l'Académie, aux personnes dont les travaux et les recherches sur la diphtérie lui auront paru mériter cette récompense.

PRIX STANSKI. — 1800 francs. (Bisannuel.) — Ce prix sera décerné à celui qui aura démontré le mieux l'existence ou la non-existence de la contagion miasmatique, par infection ou par contagion à distance. Si l'Académie de médecine ne trouvait pas un travail sous ce rapport digne de cette récompense, elle l'accordera à celui qui, dans le courant des deux années précédentes, aura le mieux éclairé une question quelconque relative à la contagion dans les maladies incontestablement contagieuses, c'est-à-dire inoculables. (Extrait du testament.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX PROPOSÉS POUR L'ANNÉE 1897

(Les Concours seront clos fin février 1897.)

PRIX DE L'ACADÉMIE. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Du rapport étiologique entre le choléra dit nostras et le choléra dit indien.*

PRIX ALVARENGA, de Piauhy (Brésil). — 800 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX BARBIER. — 2000 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX HENRI BUIGNET. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX MATHIEU BOURCERET. — 1200 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX CAPURON. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'action des eaux minérales dans le traitement des maladies du système artériel et veineux.*

PRIX CIVRIEUX. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *Valeur séméiologique des délires systématisés.*

PRIX MARIE CHEVALIER. — 6000 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur français du meilleur travail publié dans l'intervalle de chaque période triennale, sur les origines, le développement ou le traitement soit de la phtisie pulmonaire, soit des autres tuberculoses.

PRIX CHEVILLON. — 1500 francs. (Annuel.) — Voir plus haut, p. 1384.)

PRIX DAUDET. — 1200 francs. (Annuel.) — Question : *De l'hystérectomie totale et de sa valeur dans le traitement du cancer de l'utérus.*

PRIX DESPORTES. — 1300 francs. — (Voir plus haut, p. 1384.)

CONCOURS VULFRANC GERDY. — Le legs Vulfranc Gerdy est destiné à entretenir près des principales stations minérales de la France ou de l'étranger des élèves en médecine, nommés à la suite d'un concours ouvert devant l'Académie de médecine. — L'Académie met au concours deux places de stagiaires aux eaux minérales. — Les candidats devront se faire inscrire au siège de l'Académie de médecine, 49, rue des Saints-Pères, à Paris. La liste d'inscription sera close le 1er décembre 1897. — Les candidats nommés entreront en fonctions le 1er mai 1898. — Une somme de 1500 francs sera attribuée à chaque stagiaire.

PRIX ERNEST GODARD. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX ITARD. — 2400 francs. (Triennal.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur livre de médecine pratique ou de thérapeutique appliquée. — Pour que les ouvrages puissent subir l'épreuve du temps, il est de condition rigoureuse qu'ils aient au moins deux ans de publication.

PRIX LABORIE. — 5000 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX LAVAL. — 1000 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX MEYNOT aîné père et fils, de Donzère (Drôme). — 2600 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'auteur du meilleur travail sur les maladies des yeux.

PRIX ADOLPHE MONBINNE. — 1500 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX NATIVELLE. — 300 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX OULMONT. — 1000 francs. (Annuel.) — Ce prix sera décerné à l'élève en médecine qui aura obtenu le premier prix (médaille d'or) au concours annuel des prix de l'internat (chirurgie).

PRIX PORTAL. — 600 francs. (Annuel.) — Question : *Anatomie pathologique de la péritonite dite tuberculeuse.*

PRIX POURAT. — 1000 francs. (Annuel.) — Question : *De la tension sanguine intra-vasculaire.*

PRIX PHILIPPE RICORD. — 600 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

PRIX VERNOIS. — 700 francs. — (Voir plus haut, p. 1385.)

Les concours des prix de l'Académie de médecine sont clos, tous les ans, fin février. Les ouvrages adressés pour ces concours devront être écrits lisiblement, en français ou en latin, et accompagnés d'un pli cacheté avec devise, indiquant les nom et adresse des auteurs.

Les ouvrages présentés par des étrangers sont admis au concours, à l'exception des prix Buignet, Chevallier et Huguier.

Tout concurrent qui se fera connaître, directement ou indirectement, sera, par ce seul fait, exclu du concours.

Les concurrents aux prix Alvarenga, Amussat, d'Argenteuil, Baillarger, Barbier, Charles Boullard, Bourceret, Buignet, Buisson, Chevallier, Chevillon, Desportes, Godard, Hugo, Huguier, Itard, Laborie, Meynot, Monbinne, Nativelle, Perron, Ricord, Roger, Saint-Paul, Saintour, Stanski, Tremblay et Vernois, pouvant adresser à l'Académie des travaux *manuscrits* ou *imprimés*, sont exceptés de cette dernière disposition.

Les mémoires présentés au concours pour les services généraux des eaux minérales, des épidémies, de l'hygiène de l'enfance et de la vaccine, travaux faits en dehors des questions posées pour les prix, doivent être adressés à l'Académie, tous les ans, avant le 1er juillet.

Les manuscrits, imprimés, instruments, etc., soumis à l'examen de l'Académie, ne seront pas rendus aux auteurs.

Les prix seuls donnent droit au titre de lauréat de l'Académie de médecine.

PRIX AUBERT. — 500 francs. — M. le docteur Aubert, de Mâcon (Saône-et-Loire), a donné à l'Académie de médecine la somme de 500 francs pour être distribuée, en 1898, à l'auteur du meilleur travail sur le sujet suivant : *Rechercher par l'observation clinique et expérimentale s'il existe chez l'homme des constitutions réfractaires à la tuberculose.*

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par décision ministérielle, en date du 17 décembre 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

M. le médecin principal de première classe Bouchez, pour la direction du service de santé de la division de Constantine.

MM. les médecins-majors de première classe Hocquard, pour l'hôpital de Marseille (pour ordre); Vuillemin, pour le 4e d'infanterie.

MM. les médecins aides-majors de première classe Donnadieu, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Visbecq, pour le 1er bataillon d'infanterie légère d'Afrique.

— Le concours d'agrégation (pathologie interne et médecine légale) a commencé par l'épreuve de trois quarts d'heure, hier 18 décembre. Aux deux premières séances ont passé, le 18 : MM. Zilgien et Besançon; le 19 : MM. Thoinot et Charmeil.

Les autres candidats subiront cette épreuve dans l'ordre suivant :

Décembre 20, MM. Achard et Rispal; 21, MM. Bret et Ferrier; 22, MM. Specker et Lion; 24, MM. Le Dantec et Widal; 26, MM. Daunic et Barbier; 27, MM. Sacaze et Lesage; 28, MM. Brunelle et Hobbs; 29, MM. Foveau et Springer.

Janvier 7, MM. Ausset et Sabrazès; 8, MM. Chatin et Gilles de La Tourette; 9, MM. Thiroloix et Girode; 10, MM. Legay et Wurtz; 11, MM Dupré et Étienne; 12, MM. Frenkel et Duflocq; 14, MM. Claisse et Bosc; 15, MM. Renon et Morel; 16, MM. Collet et Boyer; 17, MM. Arnould et Pic; 18, MM. Blocq et Mosny; 19, MM. Vaquez et Gastou.

— *École de médecine de Besançon.* — M. le docteur Zilgien est institué suppléant des chaires de pathologie et clinique médicales.

— M. le docteur Balestre est nommé membre du comité d'inspection et d'achats de livres de la bibliothèque de Nice.

— *Les secours aux blessés dans la guerre de montagne.* — Le docteur Dettling vient d'étudier récemment (*Arch. de méd. mil.*, novembre 1894) les différentes organisations ayant pour but, dans les armées étrangères, d'assurer le service des secours en montagne. C'est à l'initiative privée des Sociétés de la Croix-Rouge que revient le mérite des premiers essais tentés. En Autriche, l'ordre des chevaliers peut mobiliser deux ambulances divisionnaires avec un matériel spécial (paniers pour le transport, brancards à sangles, cannes de montagne) et stationnées l'une à Innsbrück, l'autre à Raguse. En Suisse, les sociétés ont aussi des approvisionnements et ont organisé des exercices de transport à l'aide du matériel sanitaire. C'est en Italie que l'organisation est la plus complète. La Croix-Rouge italienne possède 27 hôpitaux de montagne mobiles, à 50 lits chacun. Le personnel de chaque hôpital de montagne se compose de 2 médecins, 3 officiers d'administration, 1 pharmacien, 1 aumônier et 15 infirmiers de la Croix-Rouge. Le matériel est contenu dans 67 colis, ballots ou caisses. Chaque hôpital coûte de 10 à 12000 francs.

— M. le docteur Campenon, chargé du cours des stagiaires, a repris ses conférences cliniques, à l'hôpital Broussais, le mardi 18 décembre, et les continuera les mardis à dix heures.

— Le docteur Foveau de Courmelles, lauréat de l'Académie de médecine, reprendra son cours libre d'électrothérapie, à l'École pratique (amphithéâtre Cruveilhier) le lundi 7 janvier 1895, à huit heures du soir, et le continuera les lundis suivants à la même heure.

L'objet du cours sera : l'électricité dynamique, électrolyse, biélectrolyse et pyrogalvanie.

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Excursion dans les Alpes*, organisée avec le concours des « Indicateurs Duchemin » du 10 au 20 janvier 1895, au départ des gares de Paris, Lyon, Marseille.

Itinéraire : Chambéry, Grande-Chartreuse, Grenoble, Vizille, Bourg-d'Oisans, Vallée de la Romanche, Le Frenay, La Grave, Le Lautaret, Monetier-les-Bains, Briançon, Mont-Dauphin, Guillestre, Château-Queyras, Aiguilles, Abriès, vallée du Guil, Mont-Genèvre, Oulx, Turin. Retour par la vallée de la Maurienne.

Prix : au départ de Paris, 1re classe, 350 francs; 2e classe, 310 francs; — de Lyon, 1re classe, 300 francs; 2e classe, 260 francs; — de Marseille, 1re classe, 320 francs; 2e classe, 275 francs.

Ces prix comprennent les frais de transport, le logement, la nourriture et les guides.

Les souscriptions sont reçues aux agences des « Indicateurs Duchemin », à Paris, 20, rue de Grammont; à Lyon, 75, rue de l'Hôtel-de-Ville; à Marseille, 1, quai de la Fraternité.

Le nombre des places est limité.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : à la gare de Paris P.-L.-M. et dans les bureaux-succursales ci-après désignés : rue Saint-Lazare, 88; rue des Petites-Écuries, 11; rue de Rambuteau, 6; rue du Louvre, 44; rue de Rennes, 45; rue Saint-Martin, 252; place de la République, 16; rue Sainte-Anne, 6, et rue Molière, 7; rue Tiquetonne, 64; bureau général des billets de chemins de fer de l'Hôtel Terminus de la gare de Paris-Saint-Lazare (General Ticket Office).

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A en juger par le nombre des communications qui ont été faites dans cette séance, il est permis d'espérer que l'Académie en a fini, au moins pour un certain temps, avec ses rapports officiels qu'on n'écoute pas et ses comités secrets d'où nous sommes exclus. Six lectures ou communications, un rapport, des élections et une discussion, tel est le bilan de cette séance. Il y a longtemps qu'on ne s'est trouvé à pareille fête.

Signalons d'abord un nouveau sauvetage émouvant dû au procédé de M. Laborde, qui a été effectué par un brigadier des douanes et communiqué à l'Académie par M. le directeur général des douanes. Ce fait prouve une fois de plus combien il importe de propager la méthode des tractions rythmées de la langue et que, comme l'a dit, maintes fois, M. Laborde, cette méthode est bien réellement à la portée de tous.

On se rappelle que, dans l'une des dernières séances, M. Laveran a fait une communication sur le coup de chaleur. M. Vallin, à ce propos, a fait connaître à l'Académie une série d'expériences qu'il a faites sur des chiens, il y a déjà longtemps. Les résultats auxquels il est arrivé diffèrent sensiblement de ceux qu'avait présentés M. Laveran : question de différence des conditions expérimentales dans lesquelles se sont placés les deux expérimentateurs. Alors que M. Laveran a soumis ses animaux en expérience à un surmenage physique dans une étuve à plus de 60 degrés, M. Vallin s'est contenté d'attacher ses chiens en plein soleil, au moment de fortes chaleurs, et de les laisser tranquillement mourir dans l'immobilité. N'y aurait-il pas, dans ces faits, une distinction à établir entre le coup de soleil et le coup de chaleur?

M. Teissier (de Lyon) nous a fait une intéressante communication sur le cœur forcé et le surmenage dans les exercices de sport. La conclusion à tirer des observations de M. Teissier, c'est qu'en fait d'exercices physiques il ne faut abuser de rien et que les records de toutes sortes peuvent avoir leurs dangers.

M. Doyen (de Reims) a donné lecture d'une note sur les résultats éloignés des opérations pour des affections non cancéreuses de l'estomac. Sans contredit, les brillantes interventions, pratiquées par M. Doyen, ont généralement donné de bons résultats. Nous croyons, malgré cela, qu'il aura quelque peine à convaincre les médecins que la gastro-entérostomie doive devenir un moyen de traitement courant de la dyspepsie.

Signalons l'observation intéressante d'un nouveau-né, atteint de hernie diaphragmatique de plusieurs organes abdominaux avec ectopie du cœur, présenté par M. Clozier (de Beauvais) et l'ingénieux moyen de traitement des névrites périphériques préconisé par M. Delorme, moyen consistant dans une énergique compression exercée sur les nerfs atteints.

Enfin, M. Proust a fait un rapport sur une observation de M. Bourges relative à un cas de paralysie du voile du palais, consécutive à une angine non diphtéritique.

L'Académie a renouvelé son bureau pour l'année 1895. M. Empis devenant président, M. Hervieux a été élu vice-président. MM. Colin et Tillaux ont été nommés membres du conseil.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. LANDOUZY.

Technique de l'examen bactérioscopique; son degré de certitude; comment on lit un tube de culture; incidents du traitement par le sérum : la fièvre ortiée.

Je ne voudrais pas que les derniers développements dans lesquels je vais entrer aujourd'hui, au sujet du diagnostic bactérioscopique de la diphtérie, vous parussent superflus dans un cours de thérapeutique. Je suis guidé par le désir de vous conquérir à la thérapeutique vraiment spécifique, et ce ne sont pas de simples affirmations que je prétends vous apporter ici, mais bien la démonstration que nous touchons à cette ère heureuse d'un traitement pathogénique et spécifique de la diphtérie. Si M. Roux n'avait pas fait, au laboratoire, le diagnostic de tous les cas qu'il a traités, il n'aurait pas pu nous imposer la certitude quand il a proclamé sa méthode. D'ailleurs, ce que je vous dis à propos du diagnostic de la diphtérie, vous en trouverez l'application à bien d'autres maladies : à l'heure présente, il n'est pas permis à un médecin de se contenter de l'examen clinique d'un tuberculeux; l'oreille, c'est très bien; mais le microscope et le réactif vivant, c'est encore mieux. Le praticien qui n'aurait pas recours à ces derniers procédés serait aussi coupable que celui qui, voyant un malade qu'un grand frisson a couché dans son lit, la pommette rouge, un point douloureux au-dessous du mamelon, s'empresserait de porter le diagnostic de pneumonie sans avoir cherché les râles crépitants et le souffle tubaire. Nul n'est quitte envers sa conscience s'il n'a poussé un diagnostic dans ses dernières limites.

Vous n'avez donc pas le droit de prononcer le mot de diphtérie, si vous n'avez mis la fausse membrane *au bout de votre œil*, soit sur le champ du microscope, soit dans le tube de sérum, soit chez l'animal; si vous ne vous êtes renseignés sur la nature, sur les caractères de simplicité ou de complexité, sur les caractères de virulence, de bénignité ou de malignité de la maladie. N'oubliez pas avec quelle facilité le diagnostic clinique est faussé par des maladies qui miment la diphtérie : de telles erreurs sont si facilement évitées qu'il n'est pas un d'entre vous qui ne doive se mettre en demeure de faire lui-même un examen de fausse membrane, véritablement aussi simple que la recherche de l'albumine dans l'urine.

Pour examiner une fausse membrane, on commence par l'essuyer entre deux feuilles de papier brouillard, puis, avec un tout petit fragment, on fait des frottis sur une lame, et on y ajoute deux ou trois gouttes de bleu de Roux et Yersin, qui est un mélange de deux liqueurs mères, dans les proportions suivantes :

A 1/3	Violet dahlia. . . .	1 gramme.
	Alcool à 90 degrés .	10 grammes.
	Eau distillée. . . .	90 —
B 2/3	Violet de méthyle. .	1 gramme.
	Alcool à 90 degrés. .	10 grammes.
	Eau distillée. . . .	90 —

La coloration étant faite, on porte la lame sur le champ du microscope, et, si la fausse membrane est diphtéritique, on voit des bâtonnets à extrémités mousses, se présentant sous l'aspect de caractères cunéiformes ou d'accents circonflexes. Quand les bâtonnets sont très nombreux, ils se présentent sous l'aspect d'un paquet d'aiguilles qu'on aurait laissé

tomber sur une table. Je tiens à ajouter qu'il ne faudrait pas vivre sur la foi des traités, et, parce que vous n'auriez pas trouvé, dès le premier examen, le bacille de Klebs, écarter du premier coup la diphtérie, car si la fausse membrane ne contenait pas le bacille, ce matin, dans ses mailles, peut-être pourriez-vous l'y trouver ce soir. La bactérioscopie donne des renseignements très probants, mais non des affirmations absolues. Je le dis en passant, parce qu'il y a eu, de ce côté, quelques méprises qui ont été interprétées injustement contre les laboratoires : il importe donc que vous sachiez que même le sérum peut cultiver le bacille diphtéritique de tel sujet plus ou moins vite que celui de tel autre. Une fausse membrane détachée par moi, le matin, et envoyée aussitôt à l'homme le plus expert en matière de diphtérie, à M. Roux, me valait, dans la soirée, la réponse suivante : « Je ne crois pas que ce soit de la diphtérie »; mais, le lendemain, après la culture en tube, je recevais une autre dépêche : « Diphtérie bénigne. » En résumé, pas de certitude après un premier examen; la culture est plus ou moins lente à germer, d'où la nécessité de renouveler et de varier les épreuves.

Si on fait la culture sur du sérum de cheval au lieu du sérum de bœuf, elle s'obtient un peu plus rapidement, et la couleur des taches tranche davantage; aussi est-ce le sérum de cheval que je vous engage à choisir.

Voici de quelle manière vous devez lire macroscopiquement les taches produites dans le tube par les divers micro-organismes qui peuvent se rencontrer. Les petites taches, qui apparaissent les premières en date, représentent, les unes le bacille de Klebs-Lœffler : ce sont les taches opaques dans leur milieu et transparentes à la périphérie; les autres, le coccus de Brisou : taches plus petites, opaques dans toute leur étendue. Vous n'ignorez pas que le bacille de Klebs-Lœffler est ainsi nommé parce que Klebs a décrit, le premier, le microbe pathogène de la diphtérie, et que Lœffler en a donné les caractères biologiques. Quant au coccus de Brisou, il doit son nom à cette circonstance que, chez un petit malade qu'on croyait atteint de diphtérie, on trouva, cinq fois de suite, un microcoque isolé : on donna à ce microbe le nom du malade, qui s'appelait Brisou. J'ai déjà eu l'occasion de vous dire que l'association du bacille de Klebs et de ce coccus indiquait généralement une diphtérie bénigne.

De petites taches rondes se développant après vingt-quatre heures de culture et montrant, au microscope, des chaînettes de grains, sont dus au streptocoque, fréquemment associé à la diphtérie, dont il fait la haute fièvre et les engorgements ganglionnaires.

Enfin, d'autres taches peuvent survenir au bout de quarante-huit heures ; elles sont assez grandes et de forme ovale : elles appartiennent au staphylocoque. Il lui faut quarante-huit heures pour se développer dans le tube de culture, et la durée de son évolution est la même *in anima nobili*. A l'examen histologique, il apparaît en amas de grains réguliers, simulant une grappe de raisin.

S'il vous faut un moyen mnémotechnique pour ne pas mettre de confusion entre les divers microbes, retenez que, seul, le bacille de Klebs se présente sous la forme de bâtonnets; en dehors de lui, il n'y a, dans une fausse membrane, que des éléments ronds : cocci de Brisou, éléments ronds disséminés; streptocoques, éléments ronds en chapelets; staphylocoques, éléments ronds en grappes de raisin.

Voulez-vous savoir ce que donnent dans l'application les notions que je viens de vous exposer? Sur 30 examens de fausses membranes, faits sur sérum de cheval, 16 fois on a trouvé le bacille de Klebs, 2 fois le streptocoque tout seul, 14 fois rien; comme association au bacille de Klebs, dans les 30 cas, 1 fois on a trouvé le coccus de Brisou, 3 fois le streptocoque, 3 fois le staphylocoque, 2 fois le streptocoque et le staphylocoque combinés.

En ce qui me concerne personnellement, dans 4 cas récents où j'avais cru à la diphtérie, d'après l'examen clinique, le laboratoire m'a répondu que je me trompais, et que ce que j'avais pris pour de la diphtérie n'était que de la streptococcie. J'avais déjà fait l'injection de sérum antitoxique : les malades ont guéri en très peu de temps, et j'ai vu les fausses membranes se déterger rapidement. J'en conclus que l'antitoxine diphtéritique est bonne aussi contre la streptococcie, et les examens bactérioscopiques ne nous auraient-ils pas appris autre chose, il n'y aurait pas à les regretter.

Quelques esprits pessimistes ont déjà murmuré que la méthode de M. Roux n'offrait pas que des avantages. Qu'y a-t-il de vrai derrière ce *susurrus*? Quels sont les inconvénients du traitement sérothérapique? Il y a eu, en effet, quelques incidents, et j'estime que, loin de les taire, il faut les proclamer pour qu'on puisse juger s'il y a de quoi incriminer la méthode. Au commencement de juillet dernier, j'étais appelé en consultation dans le Midi, auprès d'un enfant atteint de diphtérie. Je proposai l'application du sérum, avec le concours de M. Roux, qui fit lui-même, le lendemain, une injection de 10 centimètres cubes. La guérison de la diphtérie fut très rapide, le détergement des fausses membranes eut lieu comme nous l'espérions, et, à l'endroit de la piqûre il ne se produisit aucun phénomène suspect. Mais, le soir même du jour où fut faite l'injection, grand émoi dans la famille : la température s'élève, l'enfant est couvert de rougeur de la tête aux pieds, il a des plaques d'urticaire et un prurit intense. Le médecin qui m'avait appelé était fort inquiet, mais tous ces symptômes bruyants s'éclipsèrent au bout de vingt-quatre heures.

Eh bien, cette fièvre ortiée, on l'a vue ailleurs, on la voit encore ces jours-ci. Il y a des chevaux dont le sérum dépose dans la peau humaine une toxine qui se traduit par l'urticaire, et c'est la même série de flacons de sérum qui donne l'urticaire à plusieurs sujets : l'origine paraît donc être au point de départ et non dans le terrain où se développe l'urticaire.

En dehors de ce fait, je ne connais rien qu'on puisse reprocher au sérum. Vous entendrez parler de cas où l'antitoxine ne s'est pas comportée selon la règle et n'a pas donné les résultats qu'on attendait. Ces cas sont, du reste, tout à fait exceptionnels; mais vous ne seriez pas biologistes s'ils vous étonnaient. Est-ce que nous ne connaissons pas tous des gens vaccinés qui ont pris la variole, ou des gens vaccinés cinq fois de suite sans succès, ou des syphilitiques chez lesquels ont échoué le mercure et l'iodure de potassium?

Quant à l'éruption urticarienne, on ne saurait en faire un reproche sérieux à l'antitoxine; c'est comme si on allait condamner le mercure parce qu'il donne quelquefois des éruptions hydrargyriques.

Je ne voudrais pas avoir l'air de défendre la méthode de M. Roux, parce que je ne sache pas qu'elle soit attaquée et attaquable. J'ai pourtant le devoir de vous tenir au courant, non des accidents — il n'y en a pas — mais des incidents que vous êtes exposés à rencontrer.

NOTE SUR UN CAS DE THROMBOSE CARDIAQUE

Par le docteur A. Rispal,
Chef de clinique à la Faculté de médecine de Toulouse.

Les concrétions sanguines, qu'on rencontre quelquefois au cours des autopsies dans les cavités cardiaques, sont connues depuis longtemps et ont été désignées d'abord sous le nom de polypes du cœur. On confondait, en effet, sous cette dénomination, toute espèce de productions organiques siégeant à la surface de l'endocarde ou dans les cavités du cœur; on ne savait pas davantage distinguer les coagulations sanguines cadavériques de celles qui se forment pendant la vie, aussi les idées les plus bizarres et les plus contradictoires furent émises sur la nature et l'importance de ces productions.

Laënnec, le premier, désigna, sous le nom de végétations globulaires du cœur, des concrétions, le plus souvent en forme de boules plus ou moins grosses, ayant la consistance du blanc d'œuf cuit et renfermant parfois une substance demi-solide ou liquide présentant les apparences du pus. Il sépara ainsi ces végétations globuleuses des végétations verruqueuses et des autres productions analogues qui peuvent se développer à la surface de l'endocarde. Depuis Laënnec, un grand nombre d'auteurs leur donnèrent le nom de kystes fibrineux à contenu puriforme.

En 1851, Charcot, reprenant la description de Laënnec, y ajoute l'intervention du microscope et cherche à établir une classification entre les diverses concrétions cardiaques dites suppurées. Dans une première catégorie de faits, la matière puriforme siège au centre d'un ou plusieurs caillots plus ou moins organisés, plus ou moins adhérents aux parois de la cavité ventriculaire. L'examen microscopique montre que la matière puriforme possède, en réalité, les caractères anatomiques du pus, cela chez des malades atteints de pneumonie, de rhumatisme, d'hypertrophie du cœur. Dans une deuxième catégorie, la matière puriforme est contenue dans des kystes multiples appendus aux parois du ventricule droit. L'examen microscopique démontre que ce n'est pas du pus véritable, mais bien un amas de globules blancs du sang mêlés à de la fibrine désagrégée; de plus, ces cas ne se rencontreraient que chez des phtisiques en général très avancés.

Plus tard, Charcot eut l'occasion d'observer deux faits démontrant que la matière liquide qu'on rencontre dans certains kystes de la cavité ventriculaire gauche du cœur peut également offrir, à l'œil nu, les apparences du pus sans en présenter toutefois les caractères anatomiques.

Depuis les recherches de Charcot, on trouve quelques observations analogues dans les *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux* et surtout *de la Société anatomique*.

C'est un cas de ce genre que nous désirons rapporter nous-même.

A... (Henri), âgé de trente-cinq ans, est entré à l'Hôtel-Dieu de Toulouse, dans le service de clinique médicale du professeur Caubet, le 4 août 1892, salle Notre-Dame, n° 26.

Dans ses antécédents de famille, on note qu'une de ses sœurs est morte hydropique; lui-même s'est toujours bien porté mais a fait de nombreux excès alcooliques.

Le début de sa maladie actuelle remonterait à six mois environ; à l'occasion de fatigues excessives et d'un refroidissement il eut du gonflement des membres inférieurs avec gêne de la respiration. Un médecin consulté lui prescrivit de la digitale et pratiqua des mouchetures aux jambes, après quoi l'œdème disparut et il y eut une amélioration sensible, mais de peu de durée.

Au mois de juillet l'œdème reparut, la dyspnée devint très marquée, accompagnée d'une toux sèche et de crachats sanguinolents; diarrhée abondante et persistante. Le 4 août, les symptômes précédents s'aggrave et le malade entre à l'hôpital.

Facies pâle, jaunâtre, avec bouffissure des paupières; œdème des membres inférieurs, du scrotum et de la paroi abdominale; pas d'ascite mais foie gros et douloureux à la pression.

L'examen de la poitrine fait découvrir, en arrière, de la matité au niveau de la base droite, remontant jusqu'à l'angle de l'omoplate, avec diminution des vibrations thoraciques; néanmoins, l'auscultation permet d'entendre la respiration mêlée de quelques crépitations jusqu'à la base. En avant, la matité remonte jusqu'au bord supérieur de la troisième côte droite; la dyspnée est très intense, la toux fréquente et impérieuse fait rejeter des crachats noirs, hémoptoïques d'apoplexie pulmonaire.

La région précordiale est soulevée par les battements tumultueux du cœur dont l'aire de matité est extrêmement étendue, tandis que la pointe bat dans le sixième espace intercostal en dehors du mamelon. A l'auscultation, les battements sont réguliers mais très précipités, les deux bruits perceptibles mais sourds; le pouls faible, fréquent (120 pulsations à la minute).

Les urines sont peu abondantes (1000 à 1200 grammes en vingt-quatre heures), hautes en couleur, contiennent 50 centigrammes d'albumine et 14 à 15 grammes d'urée par litre; à l'examen microscopique, nombreux cylindres granuleux.

On prescrit le régime lacté absolu, de l'infusion de feuilles de digitale et des inhalations d'oxygène.

Malgré ce traitement, la quantité des urines émises n'augmente pas, les œdèmes persistent, la dyspnée devient très intense (48 respirations par minute). Il y a par moments des crises de suffocation avec orthopnée, cyanose et sueurs profuses; la tachycardie s'accroît, le pouls devient faible, presque filiforme et incomptable (140 pulsations).

Le 19 août, l'angoisse respiratoire et l'agitation sont extrêmes; on est obligé de recourir à plusieurs injections sous-cutanées de morphine et de caféine; la mort a lieu le 20 août, dans le collapsus.

Autopsie le 21 août, vingt-quatre heures après la mort.

A l'ouverture de la cavité abdominale, pas d'épanchement ascitique, le foie volumineux dépasse d'un travers de doigt environ le rebord costal. Cet organe, très congestionné, présente à la coupe l'aspect du foie muscade; rien de particulier du côté de l'estomac, de l'intestin et de la rate.

Les reins, de volume à peu près normal, se laissent décortiquer avec difficulté, leur surface est irrégulière et hérissée de granulations saillantes; à la coupe, le parenchyme est dur et montre une diminution notable d'épaisseur de la substance corticale.

A l'ouverture de la plèvre droite, il s'écoule 500 grammes environ de liquide citrin, contenu dans une loge située au-dessus du diaphragme et au-dessous de la base du poumon refoulée en haut. En arrière, la base du poumon non refoulée descend jusque dans le sinus costo-diaphragmatique où elle est retenue par des adhérences.

La surface du poumon et la plèvre diaphragmatique sont tapissées d'épaisses lames fibrineuses jaunes et molles. Cette disposition explique comment on a pu percevoir en arrière le murmure vésiculaire jusqu'à la base, tandis que la matité remontait très haut en avant.

A la coupe, ce poumon montre une congestion très intense, surtout au niveau du lobe inférieur, qui contient plusieurs noyaux d'apoplexie pulmonaire recouverts de fausses membranes.

Pas d'épanchement dans la plèvre gauche; le poumon peu adhérent présente de la congestion et de l'œdème.

Petite quantité de liquide citrin dans le péricarde, qui est largement distendu par le cœur dont le volume est énorme.

Les cavités droites sont dilatées et amincies, l'orifice tricuspidien largement béant; des caillots fibrineux remplissent l'auricule.

Pas d'altérations de l'aorte et des coronaires; à l'ouverture du ventricule gauche très dilaté, les parois apparaissent extrêmement épaisses (4 centimètres environ), de couleur blanchâtre, très dures et comme fibreuses. L'orifice mitral laisse passer largement l'index et le médius réunis; les bords de la valvule ne sont pas épaissis, mais sur la face supérieure de la grande et de la petite valve, existent quelques végétations, du volume d'un grain de millet, adhérentes et de consistance assez ferme.

On aperçoit alors, à la partie inférieure du ventricule gauche, une grosse tumeur du volume d'un œuf, non pédiculée, mais adhérant largement, par sa base, à la pointe du cœur et à la cloison inter-ventriculaire. Sa surface est lisse, de couleur rougeâtre, sa consistance est molle et fluctuante.

En incisant cette tumeur, on donne issue à une assez grande quantité d'un liquide blanc jaunâtre avec des débris rougeâtres ressemblant à des fragments de caillots sanguins. Une petite partie de ce liquide puriforme est recueillie pour être soumise à l'examen microscopique. La paroi de la cavité, ainsi vidée de son contenu, est assez mince et comme membraneuse dans sa partie supérieure qui fait saillie dans la cavité ventriculaire; la portion adhérente de la cavité est constituée par la cloison inter-ventriculaire et par la pointe du cœur. A ce niveau, la surface est irrégulière, comme tomenteuse, cependant la membrane endocardique paraît conservée et il n'y a pas d'amincissement de la paroi musculaire, ni de traces de péricardite.

Examen microscopique. — Le liquide d'aspect puriforme, examiné au microscope, a montré l'existence d'éléments divers : 1° de leucocytes, les uns transparents, les autres granuleux, quelques-uns munis d'un noyau unique, mais ne se colorant pas par le picro-carmin; 2° de quelques globules rouges plus ou moins déformés et décolorés; 3° d'une grande quantité de fines granulations qui se coloraient fortement en noir par l'action d'une solution d'acide osmique.

Les coupes histologiques pratiquées au niveau de la portion du ventricule gauche qui servait de paroi à la cavité présentèrent des lésions très avancées d'endocardite et de myocardite. En ce point, la membrane endocardique est très épaissie, hérissée de végétations formées de tissu fibreux à la surface desquelles on aperçoit une couche d'hématies et de leucocytes plus ou moins altérés et plongés dans une matière granuleuse amorphe. Les piliers musculaires sont eux-mêmes transformés presque complètement en tissu conjonctif contenant encore dans ses mailles quelques fibres musculaires. Le myocarde est parcouru par d'épaisses travées de tissu scléreux, surtout au voisinage des vaisseaux qui sont frappés d'endo-péri-artérite très accusée. Il n'existe pas cependant de dégénérescence granuleuse ou graisseuse des fibres musculaires encore conservées.

L'étude des végétations qui étaient implantées sur les valves de la mitrale a montré qu'elles étaient formées de fibres conjonctives adultes et non d'éléments jeunes ou de fibrine, ce qui prouve leur origine relativement ancienne, ainsi d'ailleurs que celles développées sur l'endocarde de la pointe du ventricule.

Les coupes histologiques du poumon droit présentaient les lésions de la pneumonie chronique, avec infarctus hémorragiques et épaississement de la séreuse pleurale.

Les altérations du foie consistaient dans l'atrophie et l'infiltration graisseuse des trabécules hépatiques situées autour de la veine sus-hépatique, comme dans le foie cardiaque, mais sans trace de cirrhose.

Enfin, les reins étaient atteints, à un haut degré, de néphrite diffuse, caractérisée par la sclérose péri-tubulaire et péri-glomérulaire, avec épaississement de la capsule de Bowmann et la dégénérescence graisseuse de l'épithélium des tubes contournés. On remarquait la présence de nombreux cylindres albumineux dans la cavité des tubes et surtout l'existence d'une endo-périartérite si avancée que la lumière de certains vaisseaux était à peu près oblitérée par les végétations issues de la tunique interne.

Il s'agit, en résumé, dans cette observation, d'un malade qui, après avoir présenté les symptômes d'une néphrite chronique, paraissait avoir succombé à des accidents de dilatation et d'affaiblissement du cœur.

L'autopsie a confirmé de tout point ce diagnostic, mais a permis, en outre, de découvrir l'existence d'une complication imprévue, qui a dû cependant jouer un certain rôle pour aggraver l'asystolie et hâter ainsi la terminaison fatale. Comme il arrive d'ordinaire, en pareil cas, on n'avait même pas songé à l'existence possible d'une thrombose cardiaque; l'examen du cœur, plusieurs fois répété, n'avait montré autre chose que la dilatation de ses cavités, et les symptômes fonctionnels tels que la dyspnée, l'angoisse précordiale, etc., paraissaient devoir être légitimement attribués à cet état.

C'est qu'en effet, il n'existe pas de symptômes caractéristiques de la thrombose cardiaque, qui ne se traduit, le plus souvent, que par des signes communs aux autres affections du cœur, de sorte que le diagnostic clinique en est à peu près impossible et que seule l'autopsie vient en révéler l'existence. On s'explique d'ailleurs assez bien cette insidiosité et cette tolérance facile de la lésion, en songeant au mode de formation lente et progressive des coagulations sanguines intra-cardiaques, à leur siège fréquent à la pointe des ventricules où elles n'entravent nullement le fonctionnement des valvules.

Nous avions été frappé, néanmoins, du vivant du malade, par un symptôme qui avait particulièrement attiré notre attention, c'était le degré extrême de la tachycardie. En effet, le nombre des pulsations radiales, après avoir oscillé pendant quelques jours de 120 à 130, s'est même élevé ensuite jusqu'à 140 pulsations.

C'était là un signe dont la signification exacte nous échappait, car on ne rencontre pas d'habitude, dans l'asystolie vulgaire, une accélération aussi marquée des battements du cœur. Peut-être, dans des circonstances analogues, une pareille constatation pourrait-elle faire soupçonner l'existence de la thrombose cardiaque. Ce serait là un élément diagnostique de plus à ajouter à ceux qui ont été déjà signalés par les auteurs, mais qui nous paraissent, pour la plupart, beaucoup moins caractéristiques. On ne peut considérer, en effet, les accès de palpitations, la faiblesse et l'irrégularité du cœur, la tendance à la syncope, la dyspnée et l'angoisse précordiale que comme des indices assez infidèles au point de vue du diagnostic de la thrombose cardiaque, car ils constituent des symptômes tout à fait vulgaires et communs à toutes les variétés d'asystolie.

Nous accorderions, pour notre part, beaucoup plus d'importance à l'apparition soudaine ou rapide de bruits de souffle valvulaire, aux accidents d'embolies périphériques ou viscérales avec production d'infarctus, et enfin, à l'affolement du cœur se traduisant par la tachycardie.

Au point de vue anatomo-pathologique, l'examen microscopique du liquide puriforme et des parois de la cavité qui le renfermait est venu confirmer, d'une façon absolue, les idées soutenues par M. Pitres, au sujet de la composition de ce liquide et du mécanisme qui préside à la coagulation du sang. Ce n'est pas, en effet, du pus véritable que l'on rencontre au centre des caillots contenus dans le cœur gauche, ainsi que l'avait d'abord cru Charcot. Le liquide possède bien les apparences du pus, mais n'en présente pas les caractères anatomiques; nous avons constaté, en effet, outre la présence d'hématies et de leucocytes, l'existence de nombreuses granulations graisseuses provenant de la désintégration des globules blancs, sans traces de fibrine à l'état fibrillaire.

Les végétations de la surface interne de l'endocarde et l'inflammation très intense de cette membrane, constatées aussi dans ce cas, constituaient les conditions les plus favorables à l'arrêt et à la fixation des globules blancs. Enfin, la gêne et le ralentissement de la circulation du sang dans la cavité ventriculaire dilatée, joints aux altérations chimiques dans la composition de ce liquide, résultant des lésions rénales, réalisaient, d'une façon complète et absolue, tous les éléments nécessaires à la formation des caillots au niveau des points altérés de l'endocarde.

TRAITEMENT

DES MANIFESTATIONS ARTICULAIRES DE LA GOUTTE ET DU RHUMATISME PAR INTRODUCTION ÉLECTROLYTIQUE DU LITHIUM (1)

Par M. Labatut,
Chargé du cours de chimie à l'École de médecine de Grenoble,
et MM. les docteurs Jourdanet et Porte.

IV

Nous reproduisons quelques-unes des observations de malades que nous avons eu à traiter par l'introduction électrolytique du lithium. Deux de ces observations ont déjà été publiées, il y a plus d'un an, dans le *Dauphiné médical*.

Observation. I. (*Dauphiné médical*, mai 1893.) — *Tophus goutteux.* — M. A..., négociant, quarante-trois ans; tempérament pléthorique, homme fort, bien constitué, diathèse urique goutteuse ancienne.

Avait à la main droite et au pied droit plusieurs tophus. La main seule a été traitée.

Avec un empâtement général s'opposant complètement à la flexion des doigts et à la fermeture de la main, on remarquait d'abord à la partie interne du poignet un volumineux tophus affectant la forme et le volume de la moitié d'une noix; puis, par place et sans ordre, de nombreux tophus plus petits et quelques cicatrices dues à l'élimination, par perforation spontanée des tissus, de tophus anciens.

Impossibilité complète de se servir, depuis un an, de sa main droite même pour manger.

Le sujet a été traité une première fois (juin 1891) par un courant de 35 milliampères pendant une heure. Le lendemain, les mouvements de flexion commençaient à être permis.

Deux autres traitements furent faits à deux jours d'intervalle (courant de 35 milliampères pendant 30 minutes).

Six jours après le commencement du traitement, il n'existait plus que des traces de tophus, et le sujet écrivait sa correspondance.

(1) Fin. — Voir *Gazette des hôpitaux*, 1894, p. 1382.

Obs. II. — *Accès de goutte.* — M. B..., cinquante ans, antécédents rhumatismaux personnels.

A été atteint, le 25 septembre 1894, d'un accès de goutte au niveau du gros orteil du pied gauche, caractérisé par un gonflement très douloureux avec rougeur et tension des téguments. Impossibilité pour le malade d'appuyer sur le pied atteint.

Traitement à 25 milliampères, deux séances par jour. A la quatrième séance, le malade accuse une amélioration sensible, et une diminution très nette des douleurs, permettant le sommeil.

Le malade a cessé tout traitement après sept séances : le gonflement et la rougeur ont complètement disparu : il persiste une légère douleur à la pression.

Obs. III. (*Dauphiné médical*, juin 1893.) — *Rhumatisme articulaire aigu et subaigu.* — M. E..., étudiant à la Faculté des sciences, vingt-cinq ans, grand et solide, rhumatisant depuis neuf ans, issu de père et mère rhumatisants, n'a jamais éprouvé que des améliorations passagères par le salicylate de soude : crises espacées de deux en deux ans, et rhumatisme persistant ensuite pendant un mois à l'état subaigu.

Vu la veille d'une crise qui s'annonçait par une douleur au poignet droit : a été traité pour cette main (intensité 16 milliampères pendant vingt-cinq minutes), a subi la crise le lendemain, mais l'articulation traitée est restée absolument indemne.

Après la crise, le rhumatisme subaigu a été traité articulation par articulation, et, environ sept heures après chaque électrolyse, l'articulation qui avait reçu le lithium était complètement dégagée et elle seule, les autres restant purement et simplement en l'état.

Sur ce sujet, on a étudié l'élimination du lithium par les urines.

Obs. IV. — *Rhumatisme articulaire aigu et subaigu.* — M. B..., quarante-huit ans, a déjà eu trois atteintes de rhumatisme articulaire aigu ayant laissé un peu de gonflement et de gêne dans les mouvements des pieds et des mains.

Le 10 octobre 1894, le malade est pris brusquement d'une douleur vive au poignet gauche : le lendemain, toute la main est le siège d'un gonflement très prononcé avec rougeur au niveau des articulations métacarpo-phalangiennes. Le coude du même côté est douloureux sans gonflement.

Traitement commencé, le 11 octobre, à 30 milliampères, pendant trois quarts d'heure. On traite à la fois la main et le coude. Au troisième jour, le malade peut se servir de sa main qui présente cependant encore du gonflement. La tuméfaction a complètement disparu au sixième jour : le coude est encore un peu douloureux.

Obs. V. — *Rhumatisme subaigu à forme lente.* — M. T..., dix-huit ans, antécédents rhumatismaux héréditaires.

Depuis quatre ans, nombreuses atteintes de rhumatisme ayant donné lieu, dès le début, à des empâtements péri-articulaires surtout prononcés au niveau de la région des malléoles.

Depuis six mois, gonflement au niveau de l'insertion du tendon d'Achille, avec douleurs à l'occasion de la marche, qui est particulièrement pénible pour la descente des escaliers.

Du côté des mains, tuméfaction de la première phalange de l'index gauche avec douleur à la pression, datant de deux ans.

Traitement du 9 avril au 10 mai 1894, deux séances par jour, intensité variant de 25 à 35 milliampères.

A partir du 16 avril, la douleur rétro-calcanéenne a disparu et le malade descend facilement les escaliers.

Au 23 avril, les empâtements péri-articulaires ont disparu, sauf un gonflement au-dessous de la malléole gauche,

gonflement qui n'est d'ailleurs pas douloureux et qui a persisté jusqu'à la fin du traitement; il persiste encore une légère tuméfaction, mais la pression n'est plus douloureuse.

Obs. VI. — *Rhumatisme chronique.* — Mme B..., quarante-six ans, rhumatisme portant surtout sur les extrémités. Début il y a trois ans par des douleurs peu violentes dans les articulations des doigts où on constate, à la date du 11 juillet 1894, de la raideur à l'occasion des mouvements, avec craquements articulaires. Nodosités au niveau des dernières phalanges.

Les doigts sont le siège d'un œdème dur; la flexion est possible, mais lorsque la malade veut coudre, elle ressent d'assez fortes douleurs dans les articulations phalangiennes.

Traitement pendant vingt-cinq jours à deux séances par jour (30 milliampères).

A la dixième séance, les doigts qui étaient peu colorés deviennent rouges avec sensation de chaleur très prononcée. Au quinzième jour, les doigts ont diminué d'épaisseur, et la malade peut porter une bague qu'elle n'avait pu mettre depuis deux ans.

A la fin du traitement, les mouvements ont moins de raideur; les nodosités persistent et la pression est encore douloureuse au niveau de deux des dernières phalanges.

Obs. VII. — *Rhumatisme déformant.* — Mlle M..., vingt-huit ans, est atteinte, depuis quinze ans, de rhumatisme déformant portant sur les mains et les pieds.

Les doigts sont déformés, en partie ankylosés; il y a de la rétraction de l'aponévrose palmaire.

Deux articulations phalangiennes sont épaisses, douloureuses à la pression.

Le traitement a été suivi pendant quinze jours à deux séances par jour (25 milliampères). Aucune amélioration dans les déformations. L'impotence fonctionnelle persiste : on ne note qu'une légère diminution de la douleur à la pression dans les articulations atteintes.

V

En résumé, nous croyons pouvoir conclure que :

L'introduction de substances dans l'organisme par l'action du courant continu est certaine. On peut faire la preuve de leur passage dans les urines.

Le corps humain se comporte vis-à-vis du courant comme un conducteur électrolytique, et non comme un conducteur métallique.

Les effets du courant ne se produisent qu'aux points d'entrée et de sortie, et non sur tout le parcour du courant (son action physiologique étant mise à part).

Les résultats obtenus dans le traitement de la goutte et du rhumatisme par le courant continu sont dus en majeure partie à son action électrolytique.

L'introduction des substances dans l'organisme est due à l'électrolyse et non à la cataphorèse qui, telle qu'on l'avait comprise jusqu'ici, n'existe pas, ou n'est que la dialyse.

Tous les éléments des électrolytes pénètrent les tissus, mais en étant entraînés par le courant dans des sens différents qu'il importe de connaître au point de vue thérapeutique pour pouvoir déterminer sûrement l'introduction.

Les quantités introduites dans l'organisme par électrolyse, quoique étant très petites et se comptant par milligrammes, produisent des effets supérieurs à ceux de l'ingestion stomacale, à cause de la localisation du médicament et de son introduction directe dans les cellules.

Les indications principales de ce traitement sont : les manifestations articulaires de la goutte, les tophus, les empâtements péri-articulaires des diverses formes du rhumatisme.

L'électrisation faradique des muscles et le massage sont un adjuvant indispensable de ce traitement.

Bibliographie. — Arrhénius. *Lumière électrique*, 1890. — Abramovski. *Berl. Klin. Woch.*, 1876. — Boudet de Paris. *Électricité médicale*, Paris 1888. — Beetz. *Deuts. Arch. f. Klin. Med.*, 1876. — Danion. *Traitement des affections articulaires par l'électricité*, 1887. — Chéron. Traitement du rhumatisme chronique par courant continu, *Gaz. des hôp.*, 1869. — Corning. *New-York Med. Journ.*, 1886. — Erb. *Traité d'électrothérapie.* — Froriep. *Beob. uber d. Heilwirkung d. Electr.*, 1843. — Gautier. *Rev. int. d'électroth.*, 1891. — Grasset. *Maladies du système nerveux.* — Harries. *Rev. int. d'électroth.*, 1891. — Hittorf. *Ann. Pogg*, 1853. — Labatut. *Dauphiné méd.* (mai, juin 1893; avril, août, septembre 1894), et *Bull. de l'Acad. de med.*, février 1894. — Larat. *Précis d'électrothérapie.* — Lauret. Th. de Montpellier, 1885. — Massy. *Arch. d'élect.*, de Bordeaux, novembre 1893. — Onimus. *Traité d'électrothérapie.* — Remak. *Galvanothérapie*, 1860. — Richardson. *Med. Times and Gaz.*, 1859. — Wagner. *Wien. med. Presse*, 1886. — Weisflog. *Deutsch. Arch. f. Klin med.*, 1870. — Yvon. *Traité analyses urines*.

HERNIE CONGÉNITALE DIAPHRAGMATIQUE

ECTOPIE CARDIAQUE

Par M. le docteur Clozier (de Beauvais).

L'observation suivante concerne un enfant né à terme, vigoureusement constitué et qui a vécu deux jours (1).

Pendant sa courte existence, le petit être, dont l'abdomen météorisé était surdistendu, *a présenté* une respiration superficielle et intermittente; *il est resté* cyanosé et en état d'asphyxie; *il a émis* quelques cris plaintifs à peine perceptibles; *il n'a pu garder* aucun liquide introduit par la voie buccale.

Le diagnostic de la transposition du cœur à droite s'imposait. De plus, l'auscultation, et surtout la percussion, qui accusait une sonorité anormale de toute la région précordiale gauche, aurait sans doute permis à un maître de diagnostiquer à coup sûr la présence de l'estomac à la place du cœur.

L'autopsie que nous avons pratiquée, quelques heures après la mort, en présence des docteurs Dévé et Lesage, nos amis, nous a fait constater l'existence :

1° D'une hernie de l'estomac, et respectivement d'une portion du foie, du côlon transverse et de l'intestin grêle, à travers le diaphragme;

2° D'une ectopie cardiaque.

Description. — *Le foie* est étranglé au niveau de son extrême lobe gauche, et creusé, sur sa face supérieure, d'un profond sillon qu'a produit la cravate diaphragmatique, fortement serrée.

L'estomac, subjacent au foie, a conservé sa forme de cornemuse et mesure une capacité de quarante centimètres cubes; mais il est inversé à la façon d'une bouteille dont le goulot regarderait en bas.

Le cardia et le pylore, placés sur la même ligne verticale, sont à peine distants d'un centimètre.

Dix centimètres de *côlon* et une petite anse d'*intestin grêle* sont rejetés à gauche contre les côtes.

L'œsophage, recouvrant l'aorte, est fixé à la partie corres-

(1) Les parents ont eu trois autres enfants indemnes de toute malformation.

pondante de la colonne vertébrale par une gangue amorphe, composée de tissu cellulo-adipeux.

L'anneau herniaire comprend donc toute la moitié gauche du diaphragme, qui se trouve ainsi privé de ses insertions costo-postérieures.

Le cœur, de volume normal et recouvert de son péricarde, est logé entièrement dans le thorax droit.

Il occupe une position nettement oblique de droite à gauche.

Sa base répond sensiblement au mamelon droit et sa *pointe* à la ligne médiane du sternum.

L'organe repose, par tout son ventricule droit, sur la moitié droite non intéressée du diaphragme.

Les poumons, réduits l'un et l'autre au tiers de leur volume, descendent à peine au même niveau que le thymus.

La crosse de l'aorte s'est naturellement redressée.

Il n'existait pas de médiastin antérieur.

Conclusions. — De cette observation, il semble résulter que le cœur aurait été simplement luxé par la pression considérable qu'ont exercée sur lui l'estomac et les anses intestinales herniés, ces cavités étant anormalement distendues par des gaz extensibles et incompressibles.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 17 décembre 1894. — Présidence de M. Rochard.

COMMUNICATIONS

Tractions rythmées de la langue. — M. LABORDE communique la note suivante qu'il a reçue de M. Le Boullenger, directeur des douanes à Saint-Malo :

« Le 20 novembre dernier, vers une heure de l'après-midi, plusieurs enfants du village de Port-Blanc (Côtes-du-Nord) jouaient sur les rochers assez élevés qui bordent la mer en cet endroit. Tout à coup, une fillette, âgée de dix ans, la jeune Penauhoat, tomba dans un grand trou rempli d'eau et profond de 7 à 8 mètres environ. Sans hésiter, une de ses petites camarades, Blanche Le Masson, âgée de treize ans, se précipita à son secours ; elle put la saisir par ses vêtements, mais, entraînée par son poids, elle tomba également. Aux cris poussés par les autres enfants, un marin, nommé Le Diagon, accourut en toute hâte, aperçut Blanche Le Masson, se jeta à l'eau et réussit à la sauver. Il la transporta évanouie au domicile de ses parents, où elle revint assez promptement à la vie.

Alors, la courageuse enfant s'informa du sort de sa petite camarade. Le Diagon comprit aussitôt qu'une autre fillette était tombée dans l'eau ; il retourna précipitamment sur le lieu du sinistre, distant de 200 mètres environ. Après avoir plongé à deux reprises différentes, il fut assez heureux pour ramener à terre la pauvre petite Penauhoat qui fut recueillie chez l'institutrice. Elle ne donnait plus aucun signe de vie ; l'asphyxie paraissait complète. La submersion avait duré près de vingt minutes.

En apprenant ce qui se passait, le brigadier Le Masson, de service dans le voisinage, se rendit vivement auprès de l'enfant et s'empressa de mettre la méthode Laborde en pratique : d'abord, il ouvrit, non sans peine, la bouche de la fillette, puis il exerça sur la langue de fortes tractions rythmées et cadencées.

Au bout de cinq à six minutes, l'enfant poussa un soupir. Le brigadier lui introduisit une barbe de plume d'oie dans la gorge qu'il chatouilla. Il s'ensuivit un vomissement qui débarrassa l'estomac de l'eau et des aliments qu'il contenait. L'enfant avait mangé peu de temps avant sa chute.

Enfin, après trois quarts d'heure de soins intelligemment donnés, la petite Penauhoat respirait librement, couchée dans un lit bien chaud. Le Masson l'avait arrachée à une mort certaine.

Et pendant ce temps-là, le dévoué sauveteur ignorait que sa propre enfant (car c'était sa fille qui s'était jetée à l'eau pour en retirer la jeune Penauhoat) venait de courir les mêmes dangers. »

Résultats éloignés des opérations pour des affections non cancéreuses de l'estomac. — M. DOYEN (de Reims) fait une communication sur ce sujet.

Depuis ma première communication à l'Académie, en 1892, et au Congrès français de chirurgie, en 1893, sur la cure de l'ulcère de l'estomac et des dyspepsies graves par la gastro-entérostomie, j'ai eu l'occasion de pratiquer un certain nombre d'opérations et de suivre, chez mes premiers opérés, les résultats définitifs de l'intervention.

Mettant de côté les opérations pour cancer, je viens donc, aujourd'hui, donner les résultats définitifs de la gastro-entérostomie pour les affections non cancéreuses et particulièrement pour les affections autres que la sténose fibreuse du pylore ou du duodénum.

Mes premières opérations m'avaient donné à penser que tous les phénomènes pénibles éprouvés par les dyspeptiques, les hémorragies et la non-cicatrisation de l'ulcère, etc., étaient sous la dépendance réflexe du spasme réflexe du pylore.

Jusqu'ici, j'ai pratiqué 25 opérations pour affections non cancéreuses de l'estomac. Sur ces 25 malades, 11 étaient atteints de sténose pylorique ou duodénale.

Nous les laisserons de côté, la gastro-entérostomie étant l'opération de choix en pareil cas, et nous ne nous attacherons qu'à l'étude des 14 autres cas qui se rapportent :

1° A 6 cas de dyspepsie grave, sans ulcère appréciable ;

2° A 8 cas d'ulcère gastrique ou duodénal éloignés du pylore.

Les malades qui ont guéri (et nous devons noter que le procédé de gastro-entérostomie que j'ai décrit m'a donné 15 succès sur 17 opérations) ont cessé de souffrir dès qu'ils ont été réveillés du sommeil chloroformique.

Les gastrorragies ont cessé. La nutrition est redevenue satisfaisante. Ces opérés, en un mot, ne sentent plus leur estomac et digèrent sans difficulté les aliments les plus variés.

Ces observations prouvent que les symptômes gastriques pénibles sont bien dus à la stagnation des aliments, stagnation qui, comme nous l'avons démontré, est sous la dépendance d'un spasme réflexe du pylore.

Nous avons l'honneur de présenter à l'Académie 4 de nos opérés : l'un, depuis deux ans et demi (28 juillet 1892), les autres, depuis deux ans, un an et demi et deux mois.

L'analyse du chimisme gastrique, pratiquée dans le service de M. le docteur Robin, à la Pitié, a démontré, chez 3 de ces malades, la présence d'acide chlorhydrique en excès. Chez l'un d'eux, la proportion semble normale.

La digestion des albuminoïdes et des féculents paraît chez tous incomplète.

Les résultats définitifs seront donnés plus tard.

Les malades ne souffrent plus, parce que l'estomac se vide entièrement.

La sécrétion gastrique, comme il était vraisemblable, n'a pas été modifiée par l'opération.

L'état général est parfait, car la digestion gastrique se complète dans l'intestin.

RAPPORT

Paralysies du voile du palais consécutives à des angines non diphtériques. — M. PROUST fait un rapport sur un travail de M. Bourges, qui rappelle que les anciens auteurs

avaient admis la possibilité de paralysies du voile du palais après des angines non diphtériques; Gubler, surtout, a soutenu cette opinion; mais, en l'absence de critérium positif de la nature de l'angine, la démonstration n'avait pu être complète.

Aujourd'hui, l'examen bactériologique fournit un moyen de distinguer sûrement la diphtérie. Cependant, les premiers travaux de Roux et Yersin semblèrent établir nettement la spécificité de la paralysie du voile du palais, puisqu'ils la reproduisaient par injection de toxine diphtérique. Mais il ne faut pas oublier que l'on a observé quelquefois des paralysies du voile du palais à la suite de la fièvre typhoïde, ce qui prouve bien que cette paralysie n'appartient pas exclusivement à la diphtérie.

Dans un cas, M. Bourges ayant fait l'examen bactériologique d'une angine reconnue non diphtérique, a observé néanmoins une paralysie consécutive. Voici cette observation :

Un enfant de sept ans eut une angine pseudo-membraneuse qui dura dix-sept jours. L'examen bactériologique démontra l'absence, dans les fausses membranes, de bacilles de Lœffler et de streptocoques. La mère, ayant été contagionnée par son enfant, eut aussi une angine dont les fausses membranes ne contenaient ni bacilles de Lœffler, ni streptocoques.

L'enfant resta pâle et affaibli. Quinze jours après la disparition des fausses membranes, elle fut prise de strabisme convergent, puis quelques jours après de nasonnements et de troubles de déglutition indiquant une paralysie du voile du palais; celle-ci disparut au bout de quelques jours, mais il lui succéda une paraplégie incomplète qui dura un mois. Cette suite d'accidents rappelle parfaitement, par son évolution, la paralysie diphtérique, malgré l'absence bien constatée de bacilles de Lœfler.

LECTURE

Hernie congénitale diaphragmatique de plusieurs organes abdominaux. Ectopie cardiaque droite. — M. CLOZIER (de Beauvais) communique une observation sur ce sujet. (Voir plus haut, p. 1396.)

Cœur forcé dans les exercices physiques. — M. TEISSIER (de Lyon) fait une communication sur le cœur forcé et le surmenage dans les exercices de sport dont voici les conclusions :

Chez dix coureurs arrivés au but, la pointe du cœur a paru déviée à droite de 2 à 3 centimètres; chez un seul coureur, atteint d'insuffisance aortique et arrivé le second sans fatigue, la pointe a été abaissée; comme conséquence de cette déviation de la pointe, la base restant fixe, on a observé une augmentation notable de la matité précordiale. Cette augmentation tient évidemment à une dilatation des cavités droites, comme le montrèrent la déviation de la pointe et les résultats de l'auscultation.

Les tracés cardiographiques recueillis montrent la brièveté de la systole et sa brusquerie; on retrouve les caractères des battements du cœur forcé, décrits par M. Pitres.

Chez tous les coureurs, la pression artérielle a baissé au moins de 6 centimètres de mercure.

Le mécanisme de ce phénomène paraît tenir : 1° au surmenage, à la fatigue générale; 2° aux produits toxiques sécrétés. Il y a un certain degré d'hyperexcitabilité musculaire qui paraît dû aux produits toxiques accumulés dans le sang. Il y a une diminution légère mais constante de l'excitabilité faradique, une augmentation de la contractilité galvanique; le réflexe patellaire a toujours disparu. Chez deux tiers des sujets, il y avait une albuminurie appréciable et une augmentation de la proportion d'urée.

Ces résultats paraissent établir que ces exercices, poussés à leurs extrêmes limites, ne sont pas exempts de danger.

DISCUSSION SUR LE COUP DE CHALEUR

M. VALLIN, après avoir rappelé la communication faite récemment sur ce sujet par M. Laveran, fait connaître les résultats d'expériences qu'il a pratiquées sur des chiens, il y a longtemps. Ces résultats diffèrent sensiblement de ceux qui ont été obtenus par M. Laveran. M. Vallin explique ces différences par les conditions dissemblables dans lesquelles ont été pratiquées ses propres expériences et celles de M. Laveran. Celui-ci, opérant sur des chiens obligés à un travail forcé dans une roue mobile et enfermés dans une étuve à 70 degrés, a constaté chez eux la mort avec arrêt du cœur en diastole, le cœur restant excitable. Dans les expériences de M. Vallin, au contraire, les chiens, attachés sur des planches, étaient exposés à un soleil d'été ardent. Il faisait, en ce moment à l'ombre, 25 degrés. La température rectale des chiens s'éleva à 45 degrés; ils moururent; leur cœur fut trouvé en systole et inexcitable; la myosine était coagulée.

M. LANCEREAUX relève deux faits importants dans les expériences de M. Vallin : la mort rapide des animaux et l'état du cœur après la mort. M. Lancereaux rappelle, à ce sujet, qu'il arrive de voir mourir des malades subitement, sans qu'il soit possible de constater, à l'autopsie, aucun désordre anatomique. On ne constate, dans ces cas, qu'une seule chose, c'est que le cœur est revenu sur lui-même, contracté et vide. Le cœur était donc en systole au moment de la mort. Il y a donc là une frappante analogie entre ce qu'on observe chez ces malades et ce que M. Vallin a constaté sur ses chiens.

COMMUNICATION

Compression forcée dans le traitement des névrites périphériques. — M. DELORME fait une communication sur ce sujet. (Sera publiée.)

La séance est levée.

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE

Les trichophyties humaines, par le docteur R. SABOURAUD, ancien interne des hôpitaux. 2 vol. in-8 jésus, dont 1 atlas contenant 133 fig. en phototypie, reliure d'amateur, peau pleine souple, tête dorée. — Prix : 20 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Traitement chirurgical des maladies de l'estomac et du duodénum, par le docteur DOYEN (de Reims). 1 vol. broché avec 185 fig. dans le texte dont 38 planches en phototypie. — Prix : 12 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Les coupes du système nerveux central, par le docteur A. MERCIER, ancien second médecin de l'asile cantonal des aliénés de Burghœlzli. 1 vol. peau pleine souple, reliure amateur, tête dorée. — Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et Cie.

La blennorragie chez l'homme, bactériologie, clinique, traitements anciens et nouveaux, par le docteur F.-P. GUIARD, ancien interne des hôpitaux, avec une préface du professeur GUYON 1 vol. in-8° carré d'amateur, peau pleine. — Prix : 8 francs. — Paris, Rueff et Cie.

Formulaire des médicaments nouveaux pour 1895, par H. BOCQUILLON-LIMOUSIN, pharmacien de 1re classe, lauréat (Médaille d'or) de l'École de pharmacie de Paris. Introduction par le docteur HUCHARD, médecin des hôpitaux. 6e édition. 1 vol. in-18 de 340 pages, cart. — Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

LE SAMEDI 12 JANVIER 1895

à deux heures, il sera procédé publiquement, au chef-lieu de l'administration de l'Assistance publique, avenue Victoria, n° 3, à l'adjudication, au rabais et sur soumissions cachetées, de la fourniture des articles de pansement, gazes et cotons antiseptiques, mackintosh, protective, etc., nécessaire au service des établissements de l'Administration pendant l'année 1895.

Ces fournitures sont évaluées approximativement à :

- 1er et 2e lots. *Gazes iodoformées et au salol* . . . . 40000 fr.
- 3e et 4e lots. *Coton hydrophile, coton au salol, coton boriqué* 42000
- 5e et 6e lots. *Mackintosh, protective, etc.* 9000

S'adresser, pour prendre connaissance du cahier des charges, au secrétariat général de l'Administration, avenue Victoria, n° 3, tous les jours non fériés, de 11 heures à 4 heures.

N° 148. — SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 22 DÉCEMBRE 1894. — N° 148.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement
doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement
pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an.
S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

Les bureaux et ateliers étant fermés à l'occasion des fêtes de Noël, le journal ne paraîtra pas mardi.

REVUE GÉNÉRALE

La syphilis médullaire.

Par le docteur Jules SOTTAS, ancien interne des hôpitaux.

I

L'influence nocive du virus syphilitique sur le système nerveux et sur la moelle en particulier est connue depuis longtemps, mais les limites dans lesquelles cette action se fait sentir ne sont pas encore définies.

La syphilis paraît agir sur le parenchyme nerveux de la moelle de deux façons.

Directement, en s'attaquant à l'élément parenchymateux. Elle déterminerait ainsi, au début de l'infection, certains troubles nerveux graves qui ont été signalés dans la période secondaire, et à une époque tardive, des affections systématiques, comme le tabes par exemple (*affections parasyphilitiques* de M. Fournier). Ce premier mode d'action est mal élucidé, car, d'une part, les altérations dont relèvent les troubles vagues de la période secondaire sont inconnues, et, d'autre part, celles des affections systématiques sont dépourvues de tout caractère spécifique. Nous laisserons de côté ces manifestations, qui ne rentrent pas à proprement parler dans le cadre des paralysies spinales syphilitiques.

Indirectement, la syphilis agit en produisant une inflammation des éléments vasculaire, lymphatique et conjonctif du tissu nerveux; l'altération du parenchyme est secondaire aux lésions primitives. La réalité de ce processus n'est pas discutable, car elle est affirmée par l'aspect des lésions inflammatoires qui, sans être absolument particulier à la syphilis, est cependant jusqu'à un certain point caractéristique de cette infection. L'hyperplasie inflammatoire aboutit, en effet, à la formation de *granulations spécifiques* qu'on retrouve, il est vrai, dans d'autres maladies infectieuses à productions nodulaires, comme la morve, la lèpre et la tuberculose, mais qui, à l'exclusion de ces infections, peuvent servir à caractériser l'*infiltration gommeuse*.

Le processus peut frapper toutes les parties de l'axe cérébro-spinal, mais il se localise parfois exclusivement à la moelle. Les aspects cliniques des *paralysies spinales syphilitiques* sont d'ailleurs multiples. Nous nous proposons de donner ici un aperçu des lésions anatomiques de la moelle qui sont la conséquence de l'inflammation syphilitique et des symptômes cliniques qui révèlent l'existence de ces lésions.

II

Aperçu historique. — Les auteurs qui ont étudié les lésions syphilitiques intéressant la moelle ou ses enveloppes ont groupé ces manifestations en trois classes.

La première comprend les *affections osseuses* qui ont leur point de départ dans les vertèbres et atteignent secondairement la moelle.

Dans la deuxième, on range les *lésions méningées* qui sont représentées par des gommes, par l'infiltration diffuse ou l'épaississement fibreux de ces enveloppes.

Enfin, dans la troisième classe, on fait rentrer les lésions de la moelle elle-même, lésions que l'on caractérise par le terme de *myélite*.

On pourrait, dans un quatrième groupe, classer les cas où les auteurs ont signalé des *lésions vasculaires* prépondérantes.

Ces quatre groupes de lésions peuvent également marquer les différentes étapes qu'a parcourues l'opinion sur la nature des lésions dans les paralysies spinales syphilitiques.

C'est, en effet, sur le compte d'altérations de la colonne vertébrale qu'on mit tout d'abord les faits de paraplégie observés chez les syphilitiques, soit une carie osseuse accompagnée de pachyméningite, soit une ostéo-périostite suivie du développement d'une exostose comprimant la moelle. Le *mal de Pott syphilitique*, décrit pour la première fois par Portal en 1797, et la théorie des *exostoses* furent donc les premiers en honneur.

Puis, comme les études microscopiques n'étaient pas encore assez avancées pour qu'on pût relever des lésions purement histologiques, l'attention fut encore attirée par d'autres altérations macroscopiques, comme les *épaississements fibreux* et *gommeux* des méninges, les *gommes* massives des méninges et de la moelle, altérations auxquelles on attribua bientôt tous les symptômes présentés par les syphilitiques.

Mais on reconnut encore que ces modifications, loin de rendre compte de tous les cas de paralysies syphilitiques, n'étaient

en somme que des exceptions. Bien souvent, en effet, les altérations étaient à peine visibles à l'œil nu ; ou bien la moelle paraissait atteinte directement tantôt par l'*induration scléreuse*, tantôt par le *ramollissement* du tissu nerveux avec ou sans épaississement appréciable des membranes d'enveloppe. Les progrès des connaissances histologiques ont alors permis de pousser plus loin l'étude des altérations médullaires. Déjà, en 1863, Winge donnait une description minutieuse d'un cas de *myélite syphilitique*, et le nombre des observations publiées depuis est considérable.

Aussi, à côté des *gommes* et de la *pachyméningite*, a-t-on donné la part la plus large à la *méningo-myélite syphilitique*, qui devint la lésion commune des paralysies spinales syphilitiques. Aujourd'hui, la plupart des auteurs admettent que les lésions atteignent d'abord le tissu conjonctif et vasculaire de la moelle et que les éléments nerveux ne sont atteints que secondairement.

Par analogie avec ce que l'on sait de la syphilis cérébrale, il était naturel qu'on se demandât si la participation précoce des vaisseaux spinaux à l'inflammation ne pourrait pas avoir des conséquences analogues à celles qui résultent de l'artérite cérébrale. Les altérations vasculaires ont été signalées dans tous les types d'altération syphilitique de la moelle ; dans certaines observations récentes, elles étaient même nettement prépondérantes, mais ce n'est que depuis peu que l'on a attribué aux lésions vasculaires toute leur importance. Le *ramollissement médullaire* ischémique, à la suite d'altérations syphilitiques des vaisseaux spinaux, soupçonné il y a une quinzaine d'années par Leyden, signalé dans les observations récentes de Smierling, Greiff, Schmauss, Moeller, Goldflam, Kuh, a été nettement exposé en France par M. Lancereaux. M. Dejerine et nous-même avons essayé de démontrer l'importance de ces lésions vasculaires et de prouver que les altérations du tissu nerveux dans la syphilis médullaire, de nature *dégénérative* et non *inflammatoire*, sont une conséquence des altérations des vaisseaux et de la pie-mère considérée comme membrane *nourricière*.

L'étude clinique de la syphilis médullaire a précédé pas à pas les progrès des connaissances anatomiques. On ne trouve tout d'abord que des observations isolées, mais avant le mémoire de Erb, publié en mars 1892, on pourrait citer un grand nombre de travaux qui ont déjà fourni des indications d'ensemble. Les auteurs décrivent des *formes aiguës* et des *formes chroniques*, et le type le plus commun de la paralysie spinale syphilitique est la *paraplégie*.

Erb, le premier, a tracé un tableau complet de la forme chronique et progressive ; mais il a négligé une forme qui apparaît aujourd'hui comme plus fréquente qu'on le pensait. C'est la forme à début rapide ou foudroyant, dans laquelle le ramollissement médullaire est le plus manifeste. Les Allemands décrivent cette forme sous le nom de *myelomalacia*.

Après le mémoire de Erb, il faut citer des travaux de fraîche date de Gajkievicz, Kuh, Goldflam, Lamy, etc.

III

Étiologie. — Le degré de fréquence des manifestations spinales de la syphilis est assez difficile à déterminer. Cependant, M. Fournier, sur 1085 cas de syphilis nerveuse, a noté 77 cas de syphilis médullaire et 416 cas de syphilis cérébro-spinale. D'après Erb, la paraplégie syphilitique est environ dix fois moins fréquente que le tabes.

L'affection atteint surtout les hommes, tantôt d'une façon très précoce, six mois et même moins après l'infection syphilitique ; tantôt assez tard, à une échéance de dix et même vingt années. Mais elle apparaît surtout dans les six premières années qui succèdent à l'apparition du chancre, à l'âge moyen de la vie par conséquent, âge qui suit l'époque ordinaire de la contamination.

L'intensité de la syphilis à l'origine n'a que peu d'importance, car ce qui fait la gravité de l'affection que nous étudions, c'est la localisation spinale. L'absence ou l'insuffisance de traitement antérieur est une circonstance défavorable qui favorise naturellement l'éclosion des manifestations syphilitiques spinales ou autres.

L'apparition des symptômes spinaux a paru, dans certains cas, déterminée ou hâtée par des influences extérieures comme un refroidissement, par des excès, surtout par ceux qui amènent un surmenage de la moelle : marche forcée, coït debout, etc. ; mais, la plupart du temps, les symptômes apparaissent sans cause occasionnelle appréciable.

IV

Anatomie pathologique. — En laissant de côté les *altérations syphilitiques du rachis* qui sont rares, on peut dire que les lésions élémentaires de la syphilis médullaire sont assez simples, puisqu'elles peuvent être ramenées à une *inflammation primitive* des vaisseaux et du tissu conjonctif des membranes nourricières de la moelle, suivie de *lésions dégénératives* du tissu nerveux.

Période des altérations méningo-vasculaires. — Les altérations des vaisseaux et des méninges sont les premières en date.

Vaisseaux. — Tout à fait au début, les *petits capillaires nourriciers* qui se détachent de la pie-mère et pénètrent dans la moelle sont envahis par une infiltration qui épaissit leurs parois et envahit leur lumière.

Pour les vaisseaux plus larges, dont les parois sont composées de plusieurs tuniques, le point de départ de l'altération est discuté. Dans les *artères*, l'*endartérite* est pour Heubner l'altération primitive et pour Köster, c'est l'inflammation de la tunique moyenne (*mésartérite*). Baumgarten, Rumpf, M. Lancereaux, placent le point de départ dans la tunique adventice (*péri-artérite*), en faisant jouer le rôle principal soit à l'inflammation des vasa-vasorum, soit à celle de la gaine lymphatique. Schmauss remarque que toutes les parties de la paroi sont affectées irrégulièrement et sans systématisation ; aussi pense-t-il que l'inflammation peut attaquer d'emblée toutes les tuniques indistinctement (*panartérite*).

Les modifications des *veines* ont la même origine, mais paraissent plus précoces que celles des artères ; en tous cas, elles sont généralement plus prononcées, en raison peut-être de la moindre résistance de leurs tuniques.

L'inflammation des parois vasculaires est caractérisée, au début, par le développement de cellules embryonnaires vivaces qui s'amassent surtout dans la tunique adventice.

L'infiltration est le plus souvent diffuse et étalée, mais elle a une tendance manifeste à former des nodules (*gommes miliaires*) qui entourent parfois une cellule géante. Ces nodules gommeux se développent surtout dans les parois veineuses et font saillie à l'extérieur du vaisseau. On en trouve aussi dans l'épaisseur même de la moelle et toujours

autour d'un capillaire. Lorsque les lésions vasculaires deviennent plus anciennes, les éléments propres de la paroi infiltrée sont dissociés, détruits, le vaisseau oblitéré par le rétrécissement progressif de la lumière ou par un caillot. Les veines, surtout, forment bientôt des cordons pleins, d'abord constitués par une substance fibrillaire semée de nombreux noyaux orientés concentriquement; ces cordons ne tardent pas à subir la dégénérescence hyaline ou granuleuse.

Mais il est important de retenir que ce sont les petits vaisseaux proprement nourriciers de la moelle et *terminaux* qui sont particulièrement atteints et la précocité de leur destruction explique la production de lésions dégénératives du tissu nerveux, alors que les gros troncs artériels sont encore pleinement perméables et même souvent très peu altérés.

Méninges. — Les méninges, surtout la pie-mère, participent dans une grande mesure à l'inflammation. En suivant les progrès de l'infiltration, on voit qu'elle se développe d'abord dans les parois vasculaires et les gaines lymphatiques adjacentes, puis que peu à peu l'inflammation s'étend, gagne le système lymphatique de la pie-mère où elle se répand et évolue dès lors d'une façon jusqu'à un certain point indépendante. L'infiltration, surtout abondante au pourtour des vaisseaux, s'insinue entre les plans fibreux, dans les fentes lymphatiques de la pie-mère et de l'arachnoïde; la cavité arachnoïdienne tout entière est bientôt infectée, on constate souvent un état chagriné du plancher du quatrième ventricule et le microscope montre un dépôt fibrineux qui recouvre des *granulations épendymaires*.

Il semble logique d'admettre que le poison syphilitique, émané des vaisseaux sur lesquels il fait sentir sa première action, se répand d'abord dans les gaines lymphatiques de ceux-ci, puis dans le système lymphatique spinal tout entier.

Dégénérescence des éléments nerveux. Ramollissement médullaire. — La destruction secondaire du parenchyme nerveux résulte de deux processus distincts. Les éléments peuvent être détruits par l'extension de l'infiltration émanée de la pie-mère ou d'un vaisseau, mais ce processus est toujours modéré. La dégénérescence est surtout le fait des troubles circulatoires provoqués par l'altération de la membrane nourricière et, dans ce cas, elle peut apparaître de deux façons : tantôt, c'est progressivement qu'elle se produit; tantôt, à la suite d'une rupture d'équilibre, dans une circulation imparfaite, survient la nécrose rapide d'une portion étendue du tissu médullaire. Ces foyers de *ramollissement* brusque se produisent très fréquemment, ils rendent compte des accidents aigus qui s'observent si souvent au début ou dans le cours des paralysies spinales syphilitiques.

Lorsque l'anémie est assez prononcée pour déterminer un foyer de ramollissement étendu et franchement caractérisé, les éléments nerveux sont atteints de nécrose, les cellules nerveuses deviennent granuleuses, s'effritent et disparaissent; les fibrilles nerveuses de la substance grise, les cylindraxes, se renflent, sont fragmentés; les gaines de myéline dissociées; en même temps qu'apparaissent de nombreux corps granuleux, souvent réunis en foyers compacts.

L'afflux collatéral détermine, comme dans les infarctus, la congestion des vaisseaux encore perméables. Il se produit une exsudation abondante d'un liquide albumineux et de petites hémorragies capillaires.

L'exsudat albumineux se répand autour des vaisseaux, s'épanche dans les sillons et les encoches de la moelle, dans l'espace sous-pie-mérien, s'amasse souvent en foyer dans la substance grise et s'infiltre entre les tubes nerveux. Les extravasats sanguins sont peu abondants; ils forment de petits foyers diffus dans le tissu médullaire et quelquefois se répandent sous la pie-mère ou dans l'espace sous-arachnoïdien, principalement dans les parties adjacentes au segment ramolli.

Au niveau du foyer de ramollissement, la moelle est comme œdématiée, diffluente, de couleur rosée sur la coupe et piquetée de rouge; la substance grise est souvent déformée, mal séparée de la substance blanche.

Le ramollissement médullaire se présente souvent sous la forme d'un foyer transverse, particulièrement dans les cas graves où les altérations vasculaires rapides et confluentes atteignent le plus grand nombre des vaisseaux d'un segment de la moelle. Mais, même dans ce cas, l'étendue transversale de la moelle n'est pas toujours détruite tout entière; c'est surtout la zone marginale qui est atteinte et, en second lieu, la substance grise. Le siège du ramollissement est variable, il occupe le plus souvent la partie moyenne de la moelle. Il est encore une forme très fréquente dans la distribution des zones de dégénération, c'est celle qui affecte la partie périphérique de la moelle sur une longue étendue. Cette disposition résulte de l'inflammation prédominante des vaisseaux périphériques qui tiennent, sous leur dépendance, la nutrition de la zone marginale. Les lésions sont également souvent plus marquées dans la partie postérieure du cordon latéral qui correspond au système vasculaire spinal postéro-latéral.

Aux lésions primitives qui atteignent les tubes nerveux sur une partie de leur trajet, s'ajoute la *dégénérescence secondaire* de toute l'étendue du tube interrompu placée en aval de l'altération primitive. Au-dessus du foyer d'altération transverse, la dégénérescence porte sur les fibres ascendantes du cordon postérieur (cordon de Goll) et des cordons latéraux (faisceau cérébelleux direct, faisceau antéro-latéral ascendant ou de Gowers). La disparition des fibrilles de la colonne de Clarke est également une conséquence de l'altération des fibres radiculaires du cordon postérieur. Au-dessous de la lésion primitive, ce sont les fibres pyramidales qui dégénèrent : le faisceau pyramidal croisé et le faisceau pyramidal direct (de Turck).

Dans les cas anciens, il se produit parfois une dégénérescence rétrograde ascendante du faisceau pyramidal latéral; cette dégénérescence est toujours moins prononcée que la dégénérescence descendante et s'atténue rapidement dans les parties supérieures de la moelle.

Période de réaction du tissu interstitiel. Sclérose névroglique. — Pendant que se déroulent les transformations successives des éléments nerveux nécrosés, le *tissu interstitiel* subit de son côté des modifications qui n'atteignent leur complet développement que lorsque l'affection dure un certain temps. Le *tissu névroglique* participe d'abord à la nécrose dans une certaine mesure, selon l'intensité de l'anémie, mais il présente bientôt des phénomènes d'irritation réactionnelle qui modifient l'aspect du foyer de ramollissement et aboutissent à la constitution d'un tissu de sclérose particulier qui se substitue aux éléments détruits.

L'évolution du foyer de ramollissement médullaire est, en effet, différente de celle qu'on observe dans la nécrose ané-

mique du cerveau et pour plusieurs raisons. D'abord, le système circulatoire de la moelle ne se prête pas à l'anémie d'une portion étendue du tissu nerveux comme dans le cerveau. L'anémie peut être, à un moment donné, assez prononcée pour déterminer la nécrose, mais elle n'est pas persistante et est bientôt plus ou moins compensée par la suppléance des anastomoses. De plus, les vaisseaux oblitérés subissent des transformations qui indiquent un retour au moins partiel de la circulation : les vasa-vasorum se développent, des capillaires néoformés creusent le caillot ancien et suppléent au vaisseau détruit.

C'est la suppléance collatérale et l'apport des vaisseaux néoformés qui font les frais de la réaction du tissu névroglique. Le réseau névroglique proliféré s'épaissit enveloppant dans ses mailles les produits de la désintégration des éléments nerveux.

A mesure que la lésion devient plus ancienne, l'élément névroglique prédomine et aboutit à un feutrage de fibrilles ondulées qui constitue la *sclérose névroglique*.

Dans les cas de ramollissement aigu, les différents stades du processus sont assez tranchés pour qu'on puisse distinguer une première période de destruction des éléments nerveux, suivie d'une période de réaction substitutive du tissu névroglique. Pour les formes à évolution lente, cette distinction est moins facile à établir : les éléments ne subissent pas en bloc les effets d'une suppression rapide et plus ou moins complète de l'apport sanguin ; le ralentissement progressif de la circulation dans des régions disséminées produit des altérations plus lentes et plus diffuses des éléments nerveux ; la nécrose se produit de ci, de là, inégalement.

Les modifications du tissu interstitiel interviennent bientôt, se mêlent au processus de nécrose du parenchyme nerveux, et les apparences sont des plus complexes.

Ajoutons que l'affection n'est pas toujours une dans sa marche : plusieurs foyers de ramollissement peuvent se manifester à échéances variables, une nécrose brusque peut survenir au milieu d'un processus lent. Aussi, trouve-t-on dans la moelle, à côté de lésions très anciennes, des altérations dégénératives de date récente. Un foyer ancien cicatrisé pourra être contigu à un ramollissement tout frais, etc., souvent même c'est ce nouveau foyer de ramollissement qui coupe court à une évolution chronique de l'affection.

Particularités dans l'évolution des lésions ; formes anatomiques spéciales. — Nous n'avons envisagé jusqu'ici que la lésion principale du tissu nerveux ; celle qui résulte de l'altération des vaisseaux ou même de la pie-mère considérée comme membrane nourricière de la moelle. Il existe encore un certain nombre d'autres modifications qui, sauf exception, n'ont qu'une importance secondaire. L'inflammation spécifique, d'abord localisée au système vasculaire et au système lymphatique de la pie-mère, envahit parfois le parenchyme nerveux, sous forme d'infiltration embryonnaire, ayant pour point de départ la pie-mère ou un vaisseau central. Ces *infiltrations gommeuses* se reconnaissent à la disposition confluente des noyaux embryonnaires et à la présence fréquente des cellules géantes ; enfin, quelquefois, bien qu'assez rarement et seulement lorsque la néoplasie est considérable, on observe des signes de dégénérescence caséeuse centrale.

Plus tard, lorsque l'affection est ancienne, les régions envahies par l'infiltration syphilitique se distinguent encore des parties où siège la sclérose névroglique, consécutive à la nécrose anémique. En effet, l'infiltration gommeuse cicatrisée prend l'aspect d'un tissu conjonctif très dense, disposé souvent en forme de coin, reposant par la base sur la pie-mère et s'enfonçant plus ou moins profondément dans la moelle.

L'inflammation des membranes d'enveloppe est parfois très accentuée et forme des dépôts gommeux épais à la surface de ces membranes. Celles-ci sont souvent très épaissies et soudées entre elles. La dure-mère participe à cette symphyse et ainsi se trouve constituée la *pachyméningite syphilitique*.

D'autres fois, l'infiltration gommeuse, développée autour d'un vaisseau des méninges ou de la moelle, prend l'aspect d'une néoplasie circonscrite et volumineuse, il s'agit alors d'un de ces cas rares de *gomme de la moelle*.

Les racines nerveuses sont naturellement atteintes dans une certaine mesure et parfois les altérations radiculaires sont assez prononcées pourqu'on ait décrit une forme spéciale de *névrite et périnévrite spinales, fibreuses et gommeuses* (Jürgens).

V

Symptômes. — Nous connaissons les lésions anatomiques ; c'est du siège, de l'étendue et de la rapidité d'évolution de ces lésions que dépendent la nature, la gravité et la marche des symptômes cliniques.

Tantôt les symptômes se développent lentement, insidieusement, tantôt ils apparaissent rapidement et même parfois d'une façon tout à fait foudroyante. Entre ces extrêmes on trouve toutes les formes intermédiaires.

Le plus généralement, les symptômes spinaux affectent la forme paraplégique, mais parfois les symptômes atteignent également les membres supérieurs ou bien un seul membre est pris. Enfin, les lésions peuvent prédominer dans certains systèmes vasculaires de la moelle, et donner lieu à des syndromes qui simulent une affection systématique de la moelle.

Ordinairement, les phénomènes se présentent de la façon suivante dans la *forme commune*. Il existe d'abord une première période de symptômes spinaux vagues, diffus et oscillants, qui correspondent aux premières modifications du tissu conjonctivo-vasculaire de la moelle. A cette période prémonitoire succède la période d'état lorsque les éléments nerveux sont atteints dans leur vitalité, et alors, selon que la nécrose du tissu nerveux se produit lentement ou en bloc, sous la forme d'un foyer de ramollissement, les symptômes de paraplégie spasmodique s'installent peu à peu, ou bien la maladie passe par une phase aiguë de paralysie généralement flaccide, précédant la phase spasmodique.

Période prémonitoire. — Les premiers symptômes de la localisation spinale sont souvent précédés ou accompagnés d'autres signes indiquant la participation du cerveau. Les *accidents cérébraux* de la période prémonitoire sont ordinairement passagers et disparaissent à la période d'état de l'affection spinale. Ils consistent en une céphalée plus ou moins violente, des vertiges, des vomissements, de la diplopie avec paralysie des muscles oculaires, quelquefois des troubles sensoriels intéressant particulièrement la vue. On observe parfois des phénomènes délirants ou des troubles intellectuels. Dans certains cas, ces phénomènes sont graves

et persistants, et l'affection revêt franchement la *forme cérébro-spinale*.

Les *phénomènes spinaux* intéressent d'une façon irrégulière la motilité, la sensibilité et le fonctionnement des sphincters ou se localisent avec une certaine prédilection sur l'une ou l'aut e de ces fonctions.

Les troubles de la sensibilité sont, le plus souvent, les premiers en date; ce sont des douleurs rachidiennes; des sensations subjectives et des troubles de la perception sensitive dans les membres inférieurs.

La *douleur rachidienne* est d'intensité variable. C'est un simple sentiment de pesanteur ou de lassitude dans les reins, une courbature accompagnée de raideur. La douleur est sourde, contusive et généralement continue, mais peut présenter des exacerbations. Elle est parfois très vive, mais très rarement atroce. Les mouvements l'exagèrent, ainsi que certaines positions; le décubitus dorsal, par exemple; elle est aussi souvent plus marquée la nuit (*rachialgie nocturne*). La douleur siège d'ordinaire dans la région lombaire ou dans la région dorsale, entre les deux épaules, elle occupe plus rarement la région cervicale ou la région sacrée. Ces parties sont sensibles à la pression.

A la douleur rachidienne s'ajoutent souvent des douleurs irradiées : la *douleur en ceinture* est la plus fréquente, ayant les caractères d'une névralgie intercostale ou irradiant dans les hypochondres, jusqu'à l'épigastre, dans le pli de l'aine, etc.; les irradiations douloureuses peuvent également gagner la région fessière ou la partie supérieure des cuisses.

Phénomènes sensitifs périphériques. — Les membres inférieurs sont rarement le siège de douleurs véritables, les malades ne se plaignent pas d'élancements dans les jambes, ils éprouvent plutôt des picotements, des fourmillements, quelquefois une sensation de chaleur et même de cuisson. Le plus ordinairement, c'est un sentiment d'inquiétude dans les jambes, une sorte d'engourdissement désagréable.

La *sensibilité objective* des membres inférieurs est, en général, peu altérée à cette époque; parfois, cependant, les malades perdent la notion du contact avec le sol, ou apprécient mal la résistance du plancher, ils croient marcher sur de la laine ou sur du caoutchouc; d'autres se plaignent d'un certain degré d'hyperesthésie, sont plus sensibles au froid ou ressentent plus vivement les chocs accidentels.

Motilité. — Les troubles moteurs s'associent aux altérations de la sensibilité et sont parfois prédominants dès le début. L'engourdissement des jambes s'accompagne de raideur, les jambes sont lourdes, surtout après un temps de repos; les malades ne peuvent fournir une longue course, éprouvent de la difficulté à courir, à monter les escaliers, butent fréquemment. L'hyperexcitabilité réflexe est parfois exaltée, les réflexes rotuliens sont exagérés; d'autres fois, au contraire, ils sont diminués.

Sphincters. — Les troubles de la miction sont souvent très précoces, s'installant insidieusement et quelquefois brutalement, sous forme de rétention d'urine. D'ordinaire, il s'agit d'une simple hésitation au début de la miction, qui ne s'effectue pas sans effort. La miction incomplète se répète souvent (*pollakiurie*), et le besoin d'uriner est même impérieux. Le sphincter anal fonctionne d'habitude régulièrement, on observe cependant une certaine paresse du rectum avec constipation.

Parmi les phénomènes prémonitoires, on doit également signaler certains troubles des *fonctions génitales*, troubles caractérisés soit par une dépression, soit, plus rarement, par une exaltation des forces viriles.

Les principaux caractères de la période prémonitoire sont l'extrême variabilité et la diffusion des symptômes. D'un jour à l'autre, l'état des réflexes se modifie, les jambes deviennent par instants plus lourdes; quelques malades éprouvent une sorte d'*effondrement des jambes*.

Tous ces symptômes se rapprochent des accidents cérébraux (*paralysies variables*) qui résultent de l'artérite cérébrale syphilitique et ces *oscillations* sont bien en rapport avec des troubles circulatoires passagers.

La durée de la période prémonitoire et l'intensité des phénomènes qu'elle comporte sont sujettes à de grandes variations, suivant les cas. Ces symptômes oscillent pendant des semaines, des mois, rarement des années. Enfin, ils manquent parfois totalement, et la maladie débute d'emblée par une attaque de paraplégie.

Attaque de paraplégie et période de paralysie aiguë. — Lorsque les éléments nerveux sont définitivement atteints dans leur vitalité, les symptômes s'accentuent et persistent. Dans plus de la moitié des cas, les symptômes s'aggravent rapidement ou même brusquement à la façon d'un ictus apoplectiforme. Souvent sans cause occasionnelle, mais parfois aussi à la suite d'un excès (ivresse, fatigue, excès de coït, etc.); d'un refroidissement, les jambes s'engourdissent, deviennent lourdes, le malade est forcé de s'asseoir, il ne peut se relever. Beaucoup plus rarement, il tombe comme foudroyé dans la rue. Il est tout à fait exceptionnel que cette attaque s'accompagne de perte de connaissance; le plus ordinairement, le malade conserve la mémoire des moindres détails qui ont accompagné l'accident. Très souvent, la paralysie survient pendant la nuit; sans phénomènes bruyants, comme pour certaines paralysies cérébrales. Les accidents n'ont pas toujours cette soudaineté; la faiblesse des jambes s'accroît en une journée, trente-six heures ou davantage, jusqu'à ce que le malade soit obligé de prendre le lit, et pendant un ou deux jours encore, la paralysie s'aggrave. Il est très fréquent dans cette circonstance de voir la paralysie envahir d'abord une jambe et n'atteindre l'autre que plusieurs jours après. La paralysie des jambes est souvent précédée de quelques heures ou de quelques jours par une rétention brusque d'urine; elle s'accompagne parfois d'une exagération des douleurs rachidiennes ou d'une sensation subjective assez vive dans les jambes, comme un élancement, une sensation de crampe. La paralysie spinale, une fois constituée, est caractérisée par les signes suivants :

Motilité. — Après l'attaque, le malade garde le lit, les mouvements des membres inférieurs sont abolis ou très limités, les mouvements réflexes généralement abolis ou diminués; d'autres fois, quand les centres gris de la moelle lombaire sont conservés, ils sont exagérés dès cette époque, souvent même on peut voir apparaître une tendance à la contracture permanente ou des secousses brusques dans les membres inférieurs. En même temps que les jambes, les muscles de la partie inférieure du tronc sont souvent frappés de paralysie.

Sensibilité. — A cette période, les troubles de la [illegible] objective ne manquent jamais dans les parties [illegible]
Le type le plus complet est représenté par l'*anes*[illegible]
se superposant à la paraplégie flaccide; mai[illegible]

ce phénomène est très variable et l'on trouve tous les degrés dans la diminution ou l'aberration de la perception ou l'erreur de localisation des impressions. Souvent ces phénomènes traduisent une exaltation fonctionnelle des conducteurs sensitifs spinaux, il existe alors une véritable *hyperesthésie* et le moindre frôlement de la peau est douloureux. En dehors de ces troubles objectifs, les malades accusent souvent des sensations subjectives variées dans les membres inférieurs, ils éprouvent des fourmillements, une sorte de frémissement, un engourdissement plus ou moins continu; rarement ce sont des élancements douloureux ou un sentiment de brûlure. L'intensité des douleurs lombaires n'est nullement en rapport avec la gravité des phénomènes paralytiques; il est plus fréquent au contraire de voir une paraplégie sévère s'installer brusquement sans être accompagnée de douleurs rachidiennes importantes.

Les troubles des *sphincters* ne manquent jamais; il existe d'ordinaire une paralysie vésicale complète avec rétention d'urine et bientôt incontinence par regorgement. La paralysie rectale ou le relâchement du sphincter anal prédominent suivant les cas et déterminent soit une constipation opiniâtre, soit l'incontinence des matières fécales.

Au moment où la paralysie s'établit, il n'y a pas d'ordinaire de réaction générale marquée; la fièvre manque et les fonctions organiques s'accomplissent normalement. Parfois cependant, le pouls est plein, fréquent, le malade éprouve des frissonnements, des vertiges, des vomissements, un malaise général, une sensation d'étouffement. Il peut même succomber à des accidents de *paralysie bulbaire aiguë* : troubles respiratoires et cardiaques, etc. Cette terminaison fatale précoce est exceptionnelle.

Lorsque l'attaque de paraplégie est légère, l'amélioration peut se manifester rapidement avant l'établissement de lésions trophiques importantes. Dans les formes graves, les symptômes que nous avons décrits persistent et s'accompagnent de nouvelles manifestations. Les troubles de la sensibilité gardent rarement (excepté dans les formes excessivement graves) l'importance qu'ils avaient tout d'abord. La persistance ou l'aggravation de l'anesthésie sont des signes du plus fâcheux pronostic, car ils indiquent la destruction définitive d'un segment étendu de la moelle.

L'atrophie des muscles paralysés s'observe également dans les formes graves; elle est précédée de modifications de plus en plus accentuées dans les réactions électriques : diminution, puis abolition de la contractilité faradique, abolition de la contractilité galvanique avec inversion des formules normales de la réaction.

D'autres *troubles trophiques* apparaissent; surtout des eschares dans la région sacrée, au niveau des trochanters, des talons. La peau des jambes devient sèche, écailleuse, les poils croissent d'une façon exagérée ou deviennent secs et cassants. Il existe aussi des troubles vaso-moteurs qui se manifestent par des variations dans la température, la sécrétion cutanées, par de l'œdème des membres inférieurs, etc. Les urines deviennent ammoniacales. Avec ces lésions de décubitus, il arrive que le malade présente de la fièvre, du délire, il s'amaigrit, perd l'appétit, tombe dans le marasme et succombe. Cette marche progressive et rapide des accidents ne se rencontre que dans les formes très [illegible] Généralement après un temps variable : quatre, six, [illegible] l'amélioration se manifeste peu à peu, les phéno[illegible]tiques s'amendent et sont dominés par les phé[illegible]nodiques.

PÉRIODE DE PARAPLÉGIE SPASMODIQUE. — La période de paraplégie spasmodique est la phase d'état stationnaire de la maladie. Elle succède à la phase précédente dans les formes aiguës. Dans les formes chroniques, l'attaque de paraplégie manque, les malades ne sont, pour ainsi dire, jamais forcés de prendre le lit et la maladie arrive sans à coup à la période d'état. Mais très souvent, au cours d'une évolution progressive, surviennent une ou plusieurs petites attaques passagères qui laissent, après une courte période de phénomènes paralytiques, une légère exagération des symptômes antérieurs.

L'intensité des symptômes est très variable et deux phénomènes principaux commandent toutes les manifestations : ce sont la *paralysie* et la *contracture*. La paralysie est généralement dominée par la contracture, il s'agit plutôt d'une *parésie* plus ou moins accentuée. La raideur musculaire peut, au contraire, atteindre le plus haut degré d'intensité.

Lorsque le malade est confiné au lit, bien que les muscles aient conservé, dans la plupart des cas, leur volume et une grande partie de leur énergie, les mouvements des jambes sont rendus impossibles par l'intensité de la raideur qui s'exagère à l'occasion du moindre mouvement voulu ou communiqué. Les réflexes tendineux sont très exagérés, on provoque même facilement le réflexe périostique, le tremblement rotulien et la trépidation épileptoïde du pied. Parfois, la contracture est si intense qu'elle s'oppose à la manifestation des réflexes. Bien que *latente* dans la plupart des cas, elle peut devenir *permanente* : les pieds prennent la position équine, les jambes sont fixées dans l'extension ou la demi-flexion. Il existe fréquemment des *secousses musculaires* brusques spontanées ou provoquées par la plus légère excitation.

Le plus souvent, les symptômes paréto-spasmodiques ne sont pas aussi accentués; les malades peuvent se tenir debout et marcher.

Dans la station debout, les malades immobiles sont assez solides sur leurs jambes, ils peuvent même porter un homme sur leurs épaules dans les conditions ordinaires et le signe de Romberg manque habituellement; mais, dès qu'ils font un mouvement, les jambes deviennent raides et s'embarrassent.

Assis, les malades ne peuvent croiser les cuisses l'une sur l'autre sans le secours de leurs mains; les jambes sont souvent prises de *tremblement*, lorsqu'elles sont dans une fausse position.

Dans la marche, les membres inférieurs sont raides, les genoux légèrement fléchis ont tendance à se tourner l'un vers l'autre et à se rapprocher; la pointe du pied est abaissée, tournée en dedans et racle le sol. Le balancement du tronc qui se produit à chaque pas, le rapprochement des genoux et la convergence des pointes des pieds donnent à l'allure un cachet particulier qu'on a caractérisé par le terme de *démarche des gallinacés*.

Dans ces conditions, les efforts nécessités par la marche sont une cause de prompte fatigue pour les malades qui ne peuvent prendre une allure un peu rapide sans être exposés à des chutes fréquentes et redoutent particulièrement les terrains inégaux, les marches de trottoirs, les escaliers.

Les *troubles de la sensibilité* sont, à cette période, très légers, même dans les formes accentuées; il existe cependant assez souvent une légère diminution de la perception des impressions cutanées ou parfois, au contraire, un certain degré d'hyperesthésie. Quant aux *douleurs*, elles ne dépassent guère

la période d'accroissement de l'affection, toutefois le rachis est souvent encore sensible à la pression sur une étendue variable. On note plus fréquemment une sensation de froid ou d'engourdissement dans les membres inférieurs.

Les sphincters sont régulièrement atteints à un degré variable. Lorsque les malades peuvent marcher, ils n'ont pas d'incontinence permanente d'urine, mais la miction est lente et en même temps impérieuse. Les troubles rectaux sont d'ordinaire moins accusés, il existe une tendance à la constipation suivie de débâcles et même alors d'incontinence passagère des matières fécales.

Les *fonctions génitales* restent presque toujours sérieusement compromises.

VI

Marche. Durée. Terminaisons. Complications. — La marche est très variable suivant les cas. Nous savons que la période prémonitoire peut manquer et la maladie débuter par une attaque de paraplégie. C'est le type de la forme suraiguë. D'autres fois, les symptômes se manifestent et s'aggravent lentement jusqu'à la période d'état. Entre les *formes aiguës* et les *formes chroniques* il y a tous les types intermédiaires. Il existe enfin des *formes atténuées* dans lesquelles l'affection semble ne pas dépasser la période prémonitoire et aboutissent à la guérison complète par un traitement précoce et bien entendu.

Dans les *formes moyennes*, au bout de un, trois, six mois, les symptômes graves ont disparu, l'amélioration est survenue, le malade se lève et entre dans la période de paraplégie spasmodique. C'est cette période qui présente la durée la plus longue.

On peut observer plusieurs modes de terminaison : la mort; l'état stationnaire après une certaine amélioration; l'amélioration progressive; la guérison.

La mort peut être très précoce dans la forme suraiguë à la suite d'accidents bulbaires. Dans les autres formes graves, elle résulte ordinairement des lésions de décubitus, et elle est d'autant plus prématurée que ces altérations se développent plus rapidement. Les malades succombent à l'infection purulente, à une pyélo-néphrite ascendante, à une néphrite infectieuse avec abcès miliaires. On peut observer également l'ulcération, la perforation de la vessie et une péritonite suraiguë. La mort est le terme fréquent des formes aiguës, mais elle peut également succéder aux formes qui s'aggravent progressivement.

La persistance à l'état chronique d'une paraplégie spasmodique plus ou moins intense est l'aboutissant naturel des accidents qui résultent de la destruction du parenchyme nerveux, car la lésion scléreuse une fois développée, les altérations nerveuses peuvent bien se réparer dans une certaine mesure, mais la reconstitution *ad integrum* est impossible.

Aussi bien, les malades peuvent-ils bénéficier d'une certaine amélioration, mais la guérison complète est très rare; elle ne s'observe que dans des circonstances spéciales. C'est lorsque l'affection n'a pas dépassé le stade prodromique et que les altérations méningo-vasculaires ont pu être enrayées par le traitement avant la destruction des éléments nerveux.

Il est remarquable, cependant, de voir certaines paraplégies spinales à début aigu, revêtant, tout d'abord, l'aspect des formes les plus graves, s'améliorer en quelques jours, en quelques semaines et même aboutir à une guérison complète. Le même phénomène s'observe dans certaines paralysies d'origine cérébrale. Il faut admettre que, dans ces cas, un trouble circulatoire très étendu a déterminé, dans une vaste portion de parenchyme nerveux, une suppression brusque des propriétés physiologiques, mais que l'anémie n'a pas été assez prononcée pour faire disparaître la vitalité du tissu compromis dans son fonctionnement et amener la nécrose.

VII

Formes. — La *forme commune*, que nous avons surtout décrite, résulte d'altérations plus ou moins circonscrites revêtant, en général, l'aspect d'un foyer transverse qui occupe la région dorsale ou la région dorso-lombaire de la moelle. D'autres fois, les lésions nécrotiques sont disséminées, mais l'ensemble de ces altérations produit les effets d'une lésion transverse et s'accompagnent, comme dans l'autre cas, d'une dégénérescence secondaire combinée des cordons de Goll et des faisceaux pyramidaux.

Parfois les altérations prédominent dans les parties supérieures de la moelle. Lorsqu'elles ont leur maximum dans la région cervicale, la paralysie envahit les quatre membres, rarement les deux membres supérieurs seuls; les troubles subjectifs de la sensibilité affectent la région cervicale, la ceinture scapulaire et les membres thoraciques; l'anesthésie, lorsqu'elle se manifeste, remonte parfois jusqu'à la partie supérieure du cou. La paralysie des muscles intercostaux, la paralysie du diaphragme produisent une dyspnée intense dans les formes graves; le malade est tourmenté par le hoquet; il peut s'y joindre des phémonènes vaso-moteurs, des troubles oculo-papillaires, des troubles cardiaques; on a noté la polyurie, la polydipsie, la glycosurie.

Parfois, les symptômes restent limités à un côté du corps et on connaît plusieurs cas d'*hémiparaplégie spinale syphilitique* caractérisés par le syndrome de Brown-Séquard : paralysie motrice et anesthésie croisées.

Formes pseudo-systématiques. — La prédominance des lésions dans certains systèmes de cordons ou dans la substance grise, résultant en somme de la localisation des altérations primitives dans des départements vasculaires séparés, donne lieu parfois à des syndromes qui rappellent les affections spinales systématiques.

Oppenheim, Ewald, Kuh, Dinkler, Marinesco, etc., ont signalé des cas de myélopathie syphilitique caractérisés par les lésions communes de la syphilis médullaire et présentant des symptômes très voisins de ceux du tabes (*pseudotabes syphilitique*). Il suffit, pour que ce fait se présente, que les lésions prédominent dans le système radiculaire postérieur de la moelle.

Minkowski a observé un cas dans lequel les lésio presque exclusivement localisées dans les cordons latér rappelaient la *sclérose latérale primitive*.

Certains symptômes signalés par Mendel (de P Schuster, symptômes indiquant des lésions multilocu reproduisaient plus ou moins fidèlement dans leur er le tableau de la *sclérose en plaques*.

La prédominance des lésions dans la substance termine fréquemment l'atrophie des muscles pa

Dans un cas de Schmauss, il existait un foyer sement de la substance grise lombaire, a

flaccide et fonte rapide des muscles. Vulpian, MM. Raymond, Rendu ont signalé des cas d'atrophie musculaire progressive déterminés par des lésions syphilitiques de la moelle.

En somme, selon la rapidité du processus de destruction de la substance grise, on peut observer un type clinique rappelant plus ou moins la *polyomyélite antérieure aiguë ou chronique*.

Les centres gris bulbaires sont parfois particulièrement atteints. MM. Mauriac, Hugues, Chauvet ont observé des symptômes assez analogues à ceux de la paralysie *labio-glosso-laryngée*.

Enfin, il existe des *types complexes* échappant à toute classification, et dont les symptômes indiquent des lésions des racines, des cordons blancs et de la substance grise, disséminées en des points multiples de l'axe spinal.

FORMES SPÉCIALES. — La *pachyméningite syphilitique*, qui n'est que le résultat d'une exagération dans l'inflammation des méninges, se manifeste surtout à la région cervicale, et dans ce cas, l'affection revêt une allure un peu particulière. C'est alors que se trouve justifiée l'opinion de Jürgens, qui considérait les lésions syphilitiques de la moelle comme la propagation de lésions analogues occupant primitivement la base du cerveau. Les malades présentent d'abord une céphalalgie intense, puis des douleurs très vives de la nuque, accompagnées d'une raideur très marquée. Ces douleurs irradient dans les régions inter-scapulaire, sus-claviculaire, cervicale, etc.; la tête est immobilisée; les douleurs sont exagérées par la pression de la nuque et les tentatives de mouvement. Indépendamment de ces signes propres à la méningite spinale, on observe, proportionnellement à la participation des racines et de la moelle, les symptômes que nous avons décrits à propos de la localisation cervicale des lésions médullaires : paralysie, atrophie, troubles de la sensibilité, troubles oculo-pupillaires, troubles respiratoires et cardiaques, etc.

Les *gommes* massives de la moelle, qui sont excessivement rares, ne révèlent leur existence par aucun signe bien caractéristique. Il semble *a priori* qu'elles devraient d'ordinaire provoquer le syndrome de la compression unilatérale de la moelle ; cependant l'observation clinique ne vient pas à l'appui de cette idée théorique. L'existence d'une telle lésion dans la région bulbaire peut fournir à l'occasion une explication satisfaisante à certaines *paralysies alternes* survenant chez des syphilitiques.

Parfois l'épaississement gommeux ou fibreux des méninges comprimant les nerfs de la queue de cheval, provoque une paraplégie flasque avec atrophie musculaire, des douleurs très vives, l'anesthésie des parties paralysées, des troubles trophiques et la paralysie des sphincters.

VIII

Diagnostic. — Les symptômes que nous avons décrits a[illegible]nt l'*existence* d'une affection de la moelle, ils peuvent indiquer le *siège* de l'altération, mais ils ne donnent [illegible]renseignements sur la *nature* des lésions, et encore [illegible]r la *cause* qui les a produites. Cependant, l'évolution [illegible]tômes présente un certain aspect particulier, et [illegible]x-ci se manifestent peu de temps après l'infec[illegible]que, chez un sujet jeune et sain d'ailleurs, l'essai syphilitique est commandé.

[illegible]es périodes de son évolution, la myélopathie syphilitique offre des analogies avec un certain nombre d'autres affections, dont elle devra être différenciée.

A la *période prémonitoire*, les symptômes sont rarement isolés, aussi ne prendra-t-on pas les douleurs lombaires ou périphériques, les troubles vésicaux, la faiblesse des jambes pour des manifestations d'affections *idiopathiques*, telles qu'un lombago, une névralgie banale, une atteinte de rhumatisme articulaire ou musculaire, une affection vésicale, etc.

Ordinairement, les symptômes dans leur ensemble indiquent une *affection nerveuse* dont la nature reste à déterminer. La *période préataxique du tabes* a plus d'un point commun avec la phase prodromique de l'affection qui nous occupe, mais elle se distingue par l'absence persistante des réflexes rotuliens, les douleurs à caractère fulgurant, le signe de Romberg, le signe d'Argyll Robertson, etc.

Certains névropathes syphilitiques présentent parfois un état particulier, que M. Fournier a décrit sous le nom de *neurasthénie syphilitique*. Cet état pourrait faire croire à une affection médullaire en voie de développement, mais les symptômes de lésions organiques manquent, il n'y a pas de troubles vésicaux ni phénomènes oculo-pupillaires; enfin, on retrouve parfois, en les cherchant, certains signes de nature franchement hystérique, des troubles sensoriels, un rétrécissement du champ visuel, etc.

Lorsque la paraplégie syphilitique débute brusquement, elle ne se distingue guère de celle qui résulte des *myélites* dites vulgaires. Aussi, en dehors de tout *traumatisme* ou de toute autre cause de *compression brusque* de la moelle, devra-t-on écarter les autres causes capables de provoquer une myélite aiguë. Ici, comme pour la syphilis cérébrale, on tirera des arguments de l'existence d'une infection syphilitique récente, de l'âge du sujet, de l'existence des phénomènes diffus prémonitoires, enfin de l'action du traitement.

A la période de *paraplégie spasmodique*, les symptômes sont assez caractéristiques pour qu'on reconnaisse facilement leur origine spinale.

La *paraplégie névritique* se distingue par l'absence de phénomènes spasmodiques, l'abolition des réflexes, l'atrophie des muscles extenseurs, l'intégrité des sphincters, etc.

La *coxalgie sénile*, surtout quand elle est double, s'accompagne souvent de raideur des jambes et même d'exagération des réflexes, mais l'absence de troubles vésicaux, et surtout les signes objectifs fournis par l'examen des deux hanches ne laissent pas de doute sur l'origine des phénomènes observés.

La *paraplégie spasmodique hystérique* simule parfois la paraplégie syphilitique, mais la distribution segmentaire de l'anesthésie, l'absence ordinaire de troubles vésicaux mettent sur la voie du diagnostic et engagent à chercher les stigmates propres à déceler l'hystérie.

Une fois établie l'origine spinale de la paraplégie, on devra écarter le *mal de Pott*, le *cancer vertébral*, enfin toutes les causes de *compression* de la moelle.

Bien que la *syphilis osseuse du rachis* soit rare, si l'on trouvait sur la colonne vertébrale une saillie dure de nature douteuse, on devrait essayer le traitement spécifique.

Les formes *pseudo-systématiques* de la myélopathie syphilitique se distinguent assez nettement des affections spinales systématiques vraies.

Dans le *pseudo-tabes syphilitique*, la *pseudo-sclérose en plaques syphilitique*, les symptômes ont moins de régularité que dans les formes vraies; la rachialgie lombaire, l'existence

fréquente d'accidents aigus, les oscillations et les variations d'intensité des symptômes, enfin l'influence favorable du traitement sont des arguments en faveur d'une lésion syphilitique.

Les *formes amyotrophiques* se distinguent des *polyomyélites systématiques* par un certain nombre de signes qui indiquent la participation diffuse de la moelle tout entière. Il existe des douleurs lombaires, des phénomènes spasmodiques, des troubles des sphincters, une évolution irrégulière, etc., caractères qui manquent dans les amyotrophies spinales systématiques.

On observe parfois dans la myélopathie syphilitique, en même temps que l'atrophie musculaire, une dissociation de la sensibilité qui pourrait faire penser à la *syringomyélie*.

Il faudra également écarter certaines formes de *polynévrite* qui se distinguent des amyotrophies spinales syphilitiques par l'absence de phénomènes spasmodiques, de troubles des sphincters, etc.

Les *formes bulbaires* de la syphilis spinale s'écartent des affections systématiques des noyaux de cette région par l'existence d'autres symptômes spinaux qui enlèvent au syndrome toute sa pureté.

Nous n'insisterons pas sur le diagnostic de la *localisation* des altérations aux divers étages de la moelle. Le siège de la douleur rachidienne et des irradiations en ceinture, l'étendue des troubles moteurs et sensitifs indiquent la hauteur à laquelle siège le maximum des lésions.

Nous connaissons les signes particuliers en rapport avec la *pachyméningite syphilitique*. Quant au diagnostic de *gommes de la moelle*, il fournit souvent une explication commode à certains cas difficiles à interpréter, mais ces lésions ne sont, le plus souvent, reconnues qu'à l'autopsie.

IX

Pronostic et traitement. — C'est dans la période prémonitoire, alors que les lésions des vaisseaux et des méninges ne déterminent dans le tissu nerveux que des troubles fonctionnels, que l'influence du traitement spécifique est toute-puissante; mais il faut agir vite; soumettre le malade à des frictions quotidiennes avec 3 à 6 grammes d'onguent mercuriel, donner l'iodure à des doses de 4, 6 grammes et même davantage; faire de la révulsion sur la colonne vertébrale sous forme de ventouses scarifiées, pointes de feu. Malheureusement, dans bien des cas, malgré un traitement énergique, les lésions progressent et amènent la nécrose du tissu nerveux.

Lorsqu'il s'est produit une attaque de paralysie, le pronostic dépend de l'étendue et de la localisation de l'altération. Le ramollissement de la région cervicale de la moelle est le plus grave, celui de la région lombaire est plus redoutable que celui de la région dorsale.

Les formes aiguës sont d'ordinaire les plus sérieuses; cependant, nous savons qu'ici, comme pour les paralysies cérébrales, les symptômes peuvent s'amender; aussi, après l'apparition des accidents aigus, ne devra-t-on pas abandonner le traitement.

Dans la période de paralysie aiguë, au traitement spécifique, il faudra ajouter les soins que réclame chaque symptôme : cathétérisme, antisepsie des eschares, médication tonique, etc.

Les symptômes propres à assombrir le pronostic à cette période sont les manifestations d'origine bulbaire, les troubles trophiques graves, le développement d'une cystite purulente avec albuminurie et surtout l'apparition d'une fièvre hectique indiquant l'infection de l'économie.

A la période stationnaire de paraplégie spasmodique, le traitement iodo-mercuriel est sans action, on continuera cependant l'emploi de l'iodure. On conseillera aux malades l'usage des bains sulfureux, le massage des membres inférieurs joint à des exercices méthodiques, le séjour aux eaux thermales sulfureuses ou chlorurées sodiques.

Dans ces conditions, on voit généralement les malades bénéficier d'une amélioration très lente et très restreinte. Il est assez difficile de donner une formule générale de la gravité de la syphilis médullaire; on peut cependant dire que c'est une affection sérieuse, car si elle ne menace pas toujours l'existence, il est rare qu'elle guérisse complètement.

SOCIÉTÉ DE CHIRURGIE

Séance du 19 décembre. — Présidence de M. L.-Championnière.

RAPPORT

Abcès cérébral consécutif à une suppuration de l'oreille. — M. Picqué fait un rapport sur une observation communiquée par M. Mignon, chirurgien du Val-de-Grâce. Il s'agit d'un caporal de vingt-quatre ans qui avait eu déjà une suppuration de l'oreille moyenne du côté gauche. Il y eut une rechute à la suite d'une angine et, trois semaines après, ce malade fut pris d'aphasie avec une céphalalgie atroce. On sentait un point sensible au-dessus du conduit auditif. La température s'éleva à 42 degrés, il y avait une raideur tétanique des muscles de la nuque et une paralysie faciale du côté droit. M. Mignon ouvrit le foyer primitif de la suppuration et perfora le crâne directement au-dessus. Il fit une incision rétro-auriculaire, mit à nu l'apophyse mastoïde, trouva de l'ostéite, trépana, incisa la dure-mère en croix et tomba sur un abcès qui donna 150 grammes de pus. Il draina avec un faisceau de 10 fils de catgut.

Il y eut, dans l'état du malade, une transformation presque instantanée. Les symptômes de compression cérébrale disparurent. La paralysie faciale fut le phénomène qui mit le plus de temps à disparaître. Il y eut consécutivement une encéphalocèle traumatique que M. Mignon réséqua après avoir placé une ligature élastique. Il se fit une nouvelle hernie du cerveau qu'il cautérisa au thermocautère, après quoi il fit un lambeau anaplastique qui ferma l'ouverture que formait la plaie.

M. Picqué fait suivre la relation de cette observation de considérations générales sur les abcès du cerveau et les indications de la trépanation dans ces cas. Il insiste tout d'abord sur la fréquence des relations de ces abcès avec les suppurations de l'oreille, 50 p. 100 des abcès cérébraux sont d'origine otique. Aussi, suivant lui, lorsqu'une suppuration de l'oreille se complique de phénomènes douloureux du côté de l'encéphale et de fièvre, il ne faut pas hésiter à ouvrir largement l'apophyse mastoïde. Si cette ouverture n'amène pas l'évacuation du pus et la sédation des phénomènes généraux, il faut aller plus loin, trépaner directement au-dessus du conduit auditif et l'on a bien des chances, dans ces cas, de trouver et d'évacuer un abcès cérébral.

M. Berger adopte les conclusions de M. Picqué; il fait observer que, dans son premier travail sur ce sujet, M. Picqué admettait qu'il fallait, dans ces cas, ouvrir d'emblée la cavité cranienne. Dans ce rapport, il revient sur cette première opinion et déclare qu'il faut s'en tenir d'abord à l'ouverture mastoïdienne. M. Berger s'associe complètement à cette sage réserve. Il est des cas dans lesquels l'intensité de

la céphalalgie, la fièvre, les phénomènes comateux, paralysie, etc., ne peuvent laisser aucun doute sur l'existence d'un abcès cérébral. Mais il y a aussi l'abcès cérébelleux, la phlébite du sinus, les collections sous-duremériennes. Il n'est pas toujours facile de distinguer ces différents cas. Aussi s'en rapportant aux conclusions formulées par Broca et par Picqué, M. Berger estime qu'il est toujours plus sage de commencer par faire une simple trépanation mastoïdienne. Il arrive souvent de voir des phénomènes graves, en particulier la céphalalgie, disparaître après cette trépanation. Si, au contraire, ces phénomènes persistent malgré l'ouverture mastoïdienne, il faut aller plus loin et ouvrir le crâne.

M. Berger n'a pas vu d'encéphalocèles se produire à la suite d'abcès cérébraux consécutifs à des suppurations de l'oreille. Il a vu des encéphalocèles traumatiques, et il a constaté que peu à peu elles disparaissaient spontanément et se réduisaient d'elles-mêmes. La cicatrisation se fait aux dépens des tissus péri-encéphaliques.

M. ROUTIER relate un cas qui vient à l'appui des conclusions formulées par M. Picqué. Il s'agissait d'une jeune femme de vingt-six ans, qui avait une otite suppurée depuis l'âge de douze ans. Elle fut prise brusquement d'une violente douleur dans la tête et du côté de l'oreille gauche. M. Routier trépane l'apophyse mastoïde, trouve du pus, l'évacue et nettoie le conduit auditif externe. Tout alla bien pendant trois jours. Le quatrième jour apparaît une fièvre de 40 degrés, sans autre symptôme. En raison de cette fièvre et malgré l'absence de tout autre symptôme, M. Routier pensa à la possibilité d'un abcès cérébral. Il se décida donc à faire une trépanation intra-cranienne au-dessus du conduit auditif externe; il relève la dure-mère, l'incise, enfonce une sonde cannelée et ne trouve rien. Cependant, la température s'abaisse et finit par tomber complètement. M. Routier défait le pansement le troisième jour et y trouve une quantité considérable de pus. Ce pus ne pouvait provenir que d'un foyer cérébral qu'il n'avait pu découvrir au cours de l'opération.

M. SCHWARTZ s'associe aux conclusions de M. Picqué et aux réserves de M. Berger. Dans la plupart des cas soumis à son observation, M. Schwartz s'en est tenu à l'ouverture mastoïdienne profonde. Il a cependant eu l'occasion d'hésiter dans un cas. Il s'agissait d'un homme auquel il avait fait une trépanation de l'apophyse mastoïde. Après deux jours, il y eut une brusque élévation de température, et une douleur lombaire atroce. Il n'y avait rien du côté de la tête, ni paralysie, ni contractures. Dans le doute, M. Schwartz crut ne devoir pas intervenir. Ce malade mourut quinze jours après. On trouva à l'autopsie une myélite suppurée ascendante et s'étant généralisée au cerveau et aux méninges. Il y avait, en un mot, une méningo-myélite et une méningo-encéphalite. Ces accidents inflammatoires ne paraissaient pas se rattacher directement, par continuité, à la suppuration de l'oreille. Il s'agissait d'une auto-infection à distance.

M. LUCAS-CHAMPIONNIÈRE dit que ces lésions se présentent souvent dans des conditions de complexité, qui rendent très difficile un diagnostic précis. Il est d'abord indiqué d'ouvrir largement la région mastoïdienne et d'attendre. Si les phénomènes persistent, il faut ouvrir la cavité cranienne.

M. PICQUÉ a lui-même formulé les réserves que ses collègues ont faites. Tout le monde paraît d'accord pour accepter la voie mastoïdienne, même dans les cas où il y a abcès cérébral sans suppuration de l'oreille. Dans les cas où il y a de la suppuration mastoïdienne, il faut d'abord se contenter d'ouvrir cette région; mais si les phénomènes douloureux et fébriles persistent, il ne faut pas hésiter, dans une seconde séance, à ouvrir la cavité cranienne.

Ostéo-sarcome. — M. SCHWARTZ présente un homme de trente-trois ans, chez lequel il a fait une résection de l'extrémité inférieure du fémur et de l'extrémité supérieure du tibia pour un ostéo-sarcome à myéloplaxes. Après soixante-dix jours, il n'y avait encore aucune trace de consolidation. Après six séances d'électrolyse, une consolidation parfaite a été obtenue. Il y a sept mois que ce malade a été opéré et il ne présente encore aucune trace de récidive.

Gastrostomie. — M. MONNIER présente un enfant de cinq ans, auquel il a pratiqué la gastrostomie par le procédé de Franck Villar, pour un rétrécissement infranchissable de l'œsophage dû à l'ingestion de potasse liquide.

La séance est levée.

— Par décret, en date du 20 décembre 1894, M. d'Arsonval (de l'Institut) est nommé professeur de la chaire de médecine au Collège de France, en remplacement de M. Brown-Séquard, décédé.

— CHEMINS DE FER D'ORLÉANS. — A l'occasion des Fêtes de Noël et du Premier de l'An, la Compagnie d'Orléans étendra comme suit la durée de validité des billets aller et retour à prix réduits, délivrés aux prix et conditions de son tarif spécial G. V. n° 2.

1° Noël. — Les billets aller et retour délivrés les samedi 22, dimanche 23, lundi 24 et mardi 25 décembre, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du 26 décembre.

2° Premier de l'An. — Les billets aller et retour délivrés du jeudi 27 décembre inclus au jeudi 3 janvier inclus, seront valables pour le retour jusqu'aux derniers trains du 4 janvier.

Ces billets conserveront la durée de validité déterminée par le tarif précité, lorsqu'elle sera supérieure à celles ci-dessus fixées.

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 149. — MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. MARDI 25 ET JEUDI 27 DÉCEMBRE 1894. — N° 149.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :
FRANCE. . . . . . 3 mois : **8 fr. 50.** — 6 mois : **16 fr.** — 1 an : **30 fr.**
UNION POSTALE. 3 mois : **10 fr.** » — 6 mois : **18 fr.** — 1 an : **35 fr.**
Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

Par suite de la création de deux nouveaux services, exclusivement consacrés au traitement de la diphtérie, des mutations complémentaires ont eu lieu dans les hôpitaux : M. Sevestre passe de l'hôpital Trousseau aux Enfants-Malades; M. Netter de la Pitié à l'hôpital Trousseau ; M. Variot de l'hôpital Hérold à l'hôpital Trousseau ; M. Babinski de l'hôpital d'Aubervilliers à la Pitié; — du Bureau central, M. Richardière passe à l'hôpital Hérold; MM. Mathieu et Delpeuch à Tenon; M. Lermoyez à Sainte-Périne; M. Œttinger aux Ménages; M. Le Gendre à Aubervilliers; MM. Bourcy et Roger à la Maison municipale de santé.

— Le concours pour une place de chirurgien des hôpitaux de Lyon s'est terminé par la nomination de M. le docteur Nové-Josserand.

— Le concours de l'internat de l'asile de Vincennes s'est terminé par les nominations suivantes :

MM. Bosredon, Dellac, Debray, Duclos et Guerlain.

— Le concours de l'internat de l'Hôtel-Dieu de Caen s'est terminé par la nomination de M. Bourienne.

— MM. les docteurs Anselin (de Saint-James-Manche), Bouchoir, médecin-major de première classe au 62e d'infanterie, et Lévêque (de Montdidier) ont reçu une médaille d'argent, et M. Caussin, médecin à Rosières, une médaille en bronze, pour leur dévouement pendant des épidémies de diphtérie, choléra et typhus.

— *École de médecine de Caen.* — M. Demerliac, suppléant des chaires de physique et de chimie, est chargé d'un cours de physique.

MM. Gosselin, suppléant des chaires de pathologie et de clinique médicales, et Gramont, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, sont prorogés dans leurs fonctions pour l'année scolaire 1894-1895.

— *École de médecine de Dijon.* — M. le docteur Pauffard, ancien suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie à l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Dijon, est nommé professeur d'anatomie.

— *École de médecine de Limoges.* — M. Raymondaud est nommé professeur d'histologie (chaire nouvelle).

— *Collège de France.* — M. Marey, professeur d'histoire naturelle des corps organisés, est autorisé à se faire suppléer, pendant l'année scolaire 1894-1895, par M. François-Franck.

M. Balbiani, professeur d'embryogénie comparée, est autorisé à se faire remplacer, pendant le premier semestre de l'année scolaire 1894-1895, par M. Henneguy.

— *Empire ottoman.* — Un intéressant mémoire, paru dans la « Revue militaire de l'Étranger » (nos 802 et 803, 1894), nous donne des détails sur l'organisation générale du service de santé dans l'armée ottomane.

Il y a un ministère de la Guerre (ser' askier), une direction (dairé) indépendante dite direction du service de santé (sahhié dairési). A celle-ci est rattaché le service vétérinaire. Le personnel de la direction comprend 23 médecins militaires (dont 9 ont grade d'officiers généraux) et 4 vétérinaires.

Les médecins (shabib), pharmaciens (edjzadjy) et vétérinaires (baïthar), sont complètement assimilés aux officiers combattants; les dénominations des grades sont les mêmes pour les uns et pour les autres.

Les médecins et pharmaciens militaires sortent de l'École de médecine militaire (mekteb i funoun i thabié i chabané) instituée à Constantinople il y a plus de cinquante ans; ils y passent six années, au bout desquelles les élèves obtiennent le grade de capitaine.

L'École d'application est à l'hôpital militaire de Haïder-Pacha, près de Scutari, où les élèves (30 par an environ) accomplissent, au sortir de l'École de Constantinople, un stage de deux ans avant d'être pourvus de leur emploi dans les régiments.

A côté des médecins, il existe un personnel d'ordre inférieur, dont les membres ont rang d'officier, mais sans assimilation, et sont appelés chirurgiens (djerrah). Ce sont des sortes d'aides-médecins ayant quelques connaissances pratiques.

Contrairement à ce qui a lieu pour les officiers combattants, le corps de santé turc comprend un certain nombre d'officiers non musulmans.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Louis Bardonnet (de Lyon); Adolphe Cintral, ancien médecin militaire; Donnet, sénateur de la Haute-Vienne; Lafargue (de Bordeaux); Lorrain (de Dompierre-sur-Besbre); Montgellaz (de Reignier).

— CHEMINS DE FER DE PARIS A LYON ET A LA MÉDITERRANÉE. — *Fête du jour de l'an* (billets d'aller et retour à prix réduits). — A l'occasion des fêtes du jour de l'an, les billets d'aller et retour délivrés du 27 décembre 1894 au 1er janvier 1895, seront tous valables jusqu'aux derniers trains de la journée du 4 janvier.

Les billets d'aller et retour de ou pour Paris, Lyon et Marseille, conserveront leur durée normale de validité lorsqu'elle sera supérieure à celle fixée ci-dessus.

Paris, le 26 décembre 1894.

La sclérose en plaques cérébro-spinale et la sclérose cérébrale lobaire reconnaissent souvent pour cause première un état infectieux antérieur plus ou moins bien caractérisé. Ce point d'étiologie a été mis en lumière en grande partie grâce aux travaux de M. P. Marie. M. Rendu présente à la Société médicale des hôpitaux (séance du 21 décembre) deux faits qui semblent démontrer que la grippe peut, comme d'autres états infectieux, donner secondairement lieu à des accidents de ce genre.

Dans la première observation, il s'agit d'un homme d'une trentaine d'années, qui, à la suite d'une grippe d'intensité médiocre, mais prolongée, fut pris d'hémiplégie motrice incomplète. La guérison fut, en apparence, parfaite au bout de quelques semaines; mais quelques mois plus tard survinrent de nouveaux accidents névropathiques : céphalée, vertiges, incertitude de la marche, troubles marqués de la mémoire et de l'intelligence; plus tard, paraplégie incomplète rappelant l'astasie-abasie, inertie cérébrale; plus tard, enfin, phénomènes rappelant complètement le tableau connu de la sclérose en plaques. C'est à ce dernier diagnostic qu'il faudrait s'arrêter, et les lésions cérébro-spinales disséminées seraient attribuables à l'infection grippale.

Dans l'autre observation, il s'agit d'un enfant qui, après une amygdalite grippale, présenta de la diarrhée, de la fièvre, de l'amaigrissement et des crises de convulsions limitées au côté gauche; on crut à l'existence d'une masse tuberculeuse du cerveau; contre toutes les prévisions, la guérison se fit, presque complète; il ne reste actuellement qu'un peu de parésie des muscles extenseurs de la jambe du côté gauche, avec exagération des réflexes. M. Rendu est persuadé que, là encore, il s'agit d'un foyer de sclérose cérébrale d'origine infectieuse.

Parmi les accidents névropathiques consécutifs à la grippe, il faudrait donc faire une place particulière à la sclérose cérébro-spinale en plaques ou en foyer. Il y aurait lieu d'y penser, à propos du diagnostic différentiel.

M. Œttinger présente une intéressante observation d'abcès aréolaires du foie. Le début avait été brusque, marqué par des frissons, une douleur vive dans la région hépatique, un état général assez grave. A l'auscultation, il y avait de la congestion à la base droite, on observait des crachats d'aspect pneumonique, plus tard on trouvait dans l'expectoration du pus et de la bile.

A l'autopsie, foie très volumineux renfermant des abcès aréolaires disséminés, en général de petites dimensions; trois d'entre eux étaient cependant d'un volume relativement considérable. Le pus était blanchâtre et visqueux dans les petites poches, séreux et rougeâtre dans les grandes. Le microscope fit voir des embolies microbiennes dans les capillaires intralobulaires.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. — M. Landouzy.

Traitement de la diphtérie : le traitement à faire et les traitements à ne pas faire.

Nous abordons la thérapeutique proprement dite des diphtéritiques, angineux ou croupeux indistinctement. Étant donné une fausse membrane, votre devoir est de vous procurer immédiatement le sérum et de faire une injection dans le plus bref delai possible. A ce point de vue, la conduite à tenir est la même, quels que soient l'étendue des lésions, l'âge du malade, la forme de la maladie, quelle que soit la complexité du consensus symptomatique.

Vingt-quatre heures après l'injection, vous assistez à la déliquescence des fausses membranes, à un état de mieux-être du malade, à la diminution de la fièvre, à la diminution de l'albumine, si elle existait antérieurement dans les urines. L'enfant reprend de l'appétit; en un mot, c'est le commencement de la convalescence. Il peut arriver, cependant, que l'état reste presque stationnaire : dans ce cas, il faut, sans hésiter, faire une deuxième injection; c'est la loi commune, les trois quarts des malades réclament cette deuxième injection.

Si, par exception, la situation reste la même, vous avez le devoir de faire une troisième injection, et alors, dans l'immense majorité des cas, la scène change brusquement et le malade évolue vers la guérison. Cependant il est des cas où, même après une troisième injection, la diphtérie n'a pas semblé touchée. Ces cas, tout à fait rares, ne doivent pas nous étonner : de même que le paludisme résiste parfois au sulfate de quinine, de même il y a des virulences du bacille de Klebs qui défient l'action de l'antitoxine. De tout temps, d'ailleurs, on a vu des diphtéries prolongées, qui semblaient procéder par étapes, la diphtérie récidivant après une fausse retraite.

Il s'est passé, ces jours derniers, un épisode à Berlin, dans la famille d'un chirurgien dont un enfant était atteint de diphtérie : le jour de l'injection, il eut une température très haute et une éruption ortiée. Il faut dire qu'il avait pris d'abord du sulfate de quinine et que son pharynx avait été badigeonné avec une solution de sublimé; or, ces deux médicaments ne semblent pas devoir marcher de pair avec l'antitoxine. On fit au petit malade une deuxième injection, il eut encore un exanthème et une élévation de température, les fausses membranes semblèrent déliquescentes, et puis la diphtérie fit un retour offensif. Il y eut une explication de cette résistance au traitement : l'examen bactérioscopique montra une grande quantité de staphylocoques associés aux bacilles de Klebs. Du reste, malgré les acoups successifs de cette diphtérie, elle est maintenant en pleine convalescence.

Une preuve qu'il ne faut pas, comme je vous le disais dernièrement, incriminer seulement, dans ces sortes d'éruption, le terrain qui les fait naître, c'est qu'on a fait au frère de ce petit malade une injection à titre préventif, et que, lui aussi, a eu une éruption d'urticaire avec fièvre. Il semble donc bien que les éruptions soient dues à la qualité même du sérum employé.

D'autre part, ce serait une grande erreur de croire que la diphtérie toxique et la diphtérie prolongée vont disparaître, parce que nous avons le sérum de M. Roux à notre disposition. Il y a des bouillons humains qui cultivent dans des conditions d'intensité telles que l'antitoxine sera impuissante. Mais les faits de cette espèce sont isolés et on peut leur opposer un nombre immense de faits absolument favorables. Si je vous cite ces incidents, c'est pour qu'ils ne vous étonnent pas quand vous les rencontrerez dans la pratique; ils ne doivent en rien faire suspecter la méthode.

La prévision de difficultés semblables devrait suffire à vous empêcher de négliger le traitement général des diphtéritiques. Il serait absurde, en effet, de se borner aux injections de sérum, pour traiter la diphtérie; c'est comme si,

après avoir donné des sels de mercure à un syphilitique, on cessait complètement de surveiller ce malade. Vous aurez donc à vous préoccuper de l'angineux ou du croupeux avant, pendant et après sa diphtérie. Que devrez-vous faire à un angineux, en attendant le sérum? Il faudra d'abord ne pas nuire à votre malade, et, à ce propos, je veux vous prémunir contre une pratique qui est recommandée dans beaucoup de livres classiques, le vomitif. Cette pratique repose sur une idée bonne en soi : la maladie est localisée; en enlevant la localisation, on débarrassera le malade de sa maladie et le vomitif est un moyen empirique de déterger la fausse membrane. C'est pourtant un procédé déplorable : quand j'étais interne aux Enfants-Malades, j'étais voisin d'un service où le vomitif était élevé à la hauteur d'une équation thérapeutique; la sœur avait ordre de donner un vomitif, sans attendre le médecin, à tout enfant qui arrivait avec du blanc dans la gorge. Que se passait-il? Le vomitif n'entraînait pas les fausses membranes, secouait fortement l'enfant, lui donnait de l'inappétence, provoquait souvent de la diarrhée, le déprimait profondément et le mettait en somme en état d'infériorité pour lutter contre sa maladie. Son innervation, son phagocytisme, son dynamisme étaient singulièrement troublés.

C'est pour ces raisons, que, dans ces dernières années, on avait remplacé les vomitifs par la méthode des *topiques*, qui consistait à faire des attouchements du pharynx avec une mixture antiseptique, après avoir débarrassé la muqueuse des fausses membranes à l'aide d'un écouvillon ouaté ou molletonné. Théoriquement, c'était une bonne pratique : elle avait du moins l'avantage de tenir la gorge en état de propreté, sinon en état d'asepsie. Mais, tout en lui faisant du bien, on risquait fort d'endommager le malade : car toute érosion est bonne aux microbes pour s'introduire dans l'organisme, et c'est pourquoi on a renoncé depuis longtemps aux vésicatoires dans la diphtérie; vous savez d'ailleurs avec quelle facilité se produit la diphtérie de la vulve, la diphtérie des lèvres, pour peu qu'il y ait sur la muqueuse la moindre fissure. On multipliait donc la diphtérie, en arrachant la fausse membrane, et surtout on multipliait la toxhémie. Véritablement nous n'étions pas assez préoccupés de ne pas faire d'érosion sur un organe, aussi favorable que l'amygdale à la culture du bacille de Klebs. On inoculait ainsi fréquemment la diphtérie, et c'est ce qui explique que la méthode des topiques ait été tour à tour recommandée et contremandée; aujourd'hui il s'est fait un grand revirement contre cette méthode, qui figure pourtant comme traitement de choix dans tous vos livres. Désormais, je vous en prie, ne cherchez plus à arracher les fausses membranes. Méfiez-vous même de ces crayons qui se trouvent chez les pharmaciens et qui sont destinés à appliquer les topiques avec douceur. Quelles que soient les précautions prises, on ne respecte jamais assez la peau et la muqueuse d'un diphtéritique; nous mettrons donc à l'index, à l'égal des vésicatoires, tous les instruments, tous les procédés, destinés à détacher les fausses membranes.

En même temps que les topiques, on avait recommandé des fumigations à faire dans la chambre des malades : il est possible que ces inhalations aient donné de bons résultats dans un certain sens, mais elles avaient aussi de graves inconvénients; avec les vapeurs de térébenthine, l'enfant était complètement enveloppé dans la suie, et ceux qui l'entouraient avaient un peu l'air de charbonniers; une pareille méthode n'eût été acceptable que si elle avait procuré des résultats indiscutables, mais il n'en a pas été ainsi.

Pendant un certain temps, on avait prôné une médication, qui est encore décrite dans les traités, et que je trouve, pour ma part, tout à fait désastreuse, je veux parler de l'infusion de jaborandi et des injections de pilocarpine : on était parti de cette idée ingénieuse que le jaborandi provoquant une sécrétion de salive abondante, un flux intestinal et un flux sudoral, la fausse membrane devait ainsi être entraînée avec la sécrétion des glandes. La diphtérie a été traitée de cette manière de 1880 à 1881, avec des succès divers, en Russie. Mais les médecins russes donnaient heureusement le jaborandi en infusion, d'heure en heure, et avec de l'alcool : il est incontestable qu'ils ont obtenu de la sorte des résultats moyens, pas plus mauvais que ceux qu'on obtenait ailleurs par d'autres méthodes. Malheureusement certains médecins voulurent aller plus loin et s'imaginèrent que les injections de pilocarpine remplaceraient avec avantage les infusions de de jaborandi : c'est alors qu'il se produisit des désastres. Quand on fait une piqûre de pilocarpine, on n'est jamais sûr, au départ, du résultat qu'on va obtenir, si bien que certains malades n'avaient ni sécrétion salivaire, ni sécrétion alvine, et une sécrétion sudorale tellement abondante que l'eau coulait au-dessous de leur lit. Il n'y avait aucune action sur les fausses membranes et le malade était en état de deshydratation, toutes les cellules de son organisme étaient pour ainsi dire à sec.

Tandis que les médecins russes avaient eu la précaution d'administrer le médicament par prises successives, et à petites doses, en donnant en même temps des boissons copieuses, pour réparer les pertes de l'organisme, les médecins français ne s'apercevaient pas que, en prenant le médicament en une seule fois, en injection, le malade se trouvait brusquement déshydraté par une déperdition aqueuse excessive, et certains sont morts ainsi en vingt-quatre heures et même en douze heures. Cela je l'ai vu et j'en frémis encore. Quand la diphtérie touche le cœur, quand l'individu est déjà abattu par la toxhémie, on lui donnait un médicament qui déprime le système nerveux et produit un collapsus effroyable.

Pourtant il est juste de dire que certains malades *ont osé* guérir malgré la pilocarpine; mais j'ai vu de tels effets que j'ai pris, depuis, ce médicament en horreur, je n'en connais pas qui ait produit plus de désastres dans le traitement de la diphtérie.

Il en est deux autres que vous ferez bien d'éviter : la clinique a démontré que l'association du sublimé et de l'acide phénique nuisait à l'action du sérum; il n'est, du reste, pas sans danger d'employer ces substances dans une maladie qui met le rein en état de *mal-dépuration*. En résumé, et comme règle générale, vous renoncerez à toutes ces médications, qui avaient pour but de détacher les fausses membranes.

UN CAS DE MALADIE DE LITTLE

Par le docteur A. BRETON,

Ancien interne des hôpitaux de Paris, médecin-adjoint de l'hôpital de Dijon.

L'enfant G..., qui fait l'objet de cette communication, est âgé actuellement de sept ans et demi. Il naquit quinze jours avant terme, d'une grossesse gémellaire, et survécut à son frère jumeau, qui mourut de convulsions quatorze jours après sa naissance, avec rétraction des jambes, disent les

parents. On ne peut rien savoir de plus précis à ce sujet. L'accouchement ne présenta rien d'anormal.

Notre petit malade ne pesait que 4 livres en venant au monde. Il fut élevé au sein pendant un an, néanmoins, dès l'âge de six mois, on l'alimenta avec de la bouillie.

A dix-huit mois, il fut atteint d'une bronchite qui dura quinze jours. Peut-être aurait-il eu, à ce moment, quelques phénomènes de congestion méningée, mais après ces quinze jours de maladie, la convalescence fut rapide et définitive.

Rougeole à six ans.

Chaque évolution dentaire s'accompagna de convulsions. Dès l'âge de trois à quatre mois elles apparurent, vraisemblablement causées par des troubles d'entérite.

Au moment de sa naissance, les parents ne remarquèrent rien d'anormal, mais, au fur et à mesure de sa croissance, ils furent frappés de voir que leur enfant ne manifestait aucune velléité de marcher.

A un an, ils s'aperçurent que les pieds étaient en équinisme forcé et que si on cherchait à mettre le bébé sur ses jambes, il n'appuyait sur le sol que par l'extrémité des orteils. Ils constatèrent en outre la raideur de ses jambes.

Leur montrant les figures 2 et 4 reproduites dans la leçon de M. Brissaud sur ce sujet, publiée dans le numéro 12 de la *Semaine médicale* de cette année, les parents affirmèrent de suite que telle était aussi l'attitude de leur enfant.

Malgré tous les essais et tentatives faits, le petit malade ne pouvait se tenir sur ses jambes et marcher. Mis à terre, il s'appuyait sur ses genoux, et à l'aide de ses bras il progressait sur le parquet, traînant derrière lui ses membres inférieurs. Quand on le maintenait pour essayer la marche, les genoux restant accolés l'un à l'autre, les pieds s'entrecroisaient avec beaucoup de difficulté. Toute progression était impossible. Les extrémités des pieds se prenaient l'une dans l'autre, et si le sujet n'avait été soutenu, les chutes auraient été inévitables.

A quatre ans, sur l'avis d'un médecin, pour remédier à l'équinisme des pieds et favoriser la marche, la section des tendons d'Achille fut pratiquée sans amener d'heureux résultats. Depuis, les pieds se sont mis en talus avec rotation de la pointe en dedans, et impossibilité complète de leur donner une autre attitude.

L'enfant a grandi ainsi, atteignant présentement la taille d'un mètre et pesant 38 livres.

Tel est le petit malade qui me fut présenté au mois d'avril 1894.

Quand on cherche à le mettre debout, il ne peut garder la station verticale que grâce à l'appui d'un meuble ou d'une personne. Dans cette attitude, le corps se penche en avant fortement, au point même que l'enfant semble se plier en deux. Si le malade essaye alors de fléchir les pieds ou de les mouvoir, les membres inférieurs s'étendent, il perd l'équilibre et tombe à la renverse.

Assis à terre, la demi-flexion des membres inférieurs empêche le redressement du tronc et quand, sous l'empire de l'effort, il cherche à se maintenir ainsi, il perd à nouveau l'équilibre et tombe de côté ou d'autre. Assis sur une chaise appropriée à sa taille, les pieds ne reposent point sur le sol, et si, par un mouvement provoqué, on cherche à les amener au contact, on produit une flexion du tronc qui s'incline plus ou moins fortement en avant.

L'enfant ne peut ni étendre les jambes sur les cuisses, ni les cuisses sur le bassin. Toute tentative faite pour provoquer artificiellement ces mouvements, entraîne de suite une flexion du tronc qui est ramené plus ou moins en avant, suivant la force déployée pour arriver au but voulu.

Commande-t-on à l'enfant de mouvoir les jambes, il ne les remue pas comme le ferait tout sujet sain, mais il leur imprime des mouvements communiqués par torsion du bassin. Et encore, ne le peut-il qu'en prenant un point d'appui solide fixe.

Maintenu par deux personnes, il s'essaye à marcher, mais il ne fait que traîner après lui ses membres inférieurs, par ce mouvement de torsion du bassin caractéristique. Dans la maison, il se meut ainsi cramponné à un meuble, à une chaise qu'il pousse devant lui. S'il veut courir, il serre les genoux plus fortement, écarte les jambes autant qu'il le peut et se dandine, suivant l'expression de son père, « à la façon d'un canard ».

Dans tous ces mouvements, la pointe des pieds heurte le sol à chaque instant, ce qui explique l'usure rapide du bout de ses chaussures.

Quand l'enfant veut monter ou descendre une marche d'escalier, il ne le peut qu'aidé ou se soutenant à la rampe. Comme il est gaucher, il est plus habile lorsque celle-ci se trouve être à sa gauche. Quoi qu'il en soit, il agit à la façon de l'amputé qui, pour mouvoir son pilon, lui imprime un mouvement de rotation. C'est à l'aide de ses bras qui lui fournissent la force et l'appui suffisant, qu'il déplace ses membres inférieurs.

La percussion des tendons rotuliens amène un état de contracture des deux jambes, plus violente peut-être à droite; elle se produit encore quand on cherche à leur imprimer quelques mouvements.

Dans la station verticale, la pointe du pied gauche est fortement déjetée en dedans. Celle du pied droit l'est au point qu'elle vient se placer sur le pied opposé. Dans cette attitude, on constate la tendance qu'ont les jambes à se fléchir sur les cuisses et celles-ci sur le bassin.

Depuis la section des tendons d'Achille, les pieds ont pris une situation vicieuse tout opposée à la première. A l'équinisme a succédé le talus si prononcé à droite, qu'il semble qu'il y ait subluxation et bascule en arrière de l'astragale.

Du côté des membres supérieurs, il y a de l'incertitude dans les mouvements, plus accusée à droite qu'à gauche, peut-être parce qu'il est gaucher. Cette hésitation, cette sorte d'ataxie se manifeste mieux au commandement. L'enfant n'arrive pas d'emblée à porter son doigt au bout du nez ou au lobule de son oreille.

On remarque, en outre, une grande instabilité de ses membres. Le repos leur est difficile. Il y a quatre ans, des mouvements athétosiques auraient existé dans la main droite, depuis deux ans ils auraient disparu. On les retrouve encore lorsqu'on prend l'avant-bras pour tâter le pouls, par exemple, et qu'on le maintient ainsi quelque temps. De même, lorsque l'enfant veut saisir un objet.

Le facies est niais, quand l'attention de l'enfant n'est pas éveillée, il regarde alors autour de lui, la bouche entr'ouverte. Si on cherche à soutenir son attention on y parvient difficilement, car il se prend à rire et il n'est plus possible de persister.

Son aspect est un peu vieillot.

Front dolichocéphale.

La tête peut se mouvoir dans tous les sens.

Strabisme interne de l'œil gauche. Impossibilité de fixer longtemps un objet, car les yeux se trouvent alors entraînés, comme convulsés, en haut, involontairement.

Nystagmus dans les positions extrêmes des globes. Pupilles égales, moyennement dilatées, réagissant bien à la lumière. Pas de dyschromatopsie. Quand l'enfant fixe un objet, il incline la tête fortement à gauche et cligne beaucoup les paupières.

L'audition est bonne. Une montre est perçue à 27 centimètres de l'oreille droite et à 22 de la gauche. Les lobules des oreilles ne sont pas formés, ils sont adhérents. La partie supérieure de la conque est déformée : aplatissement et disparition complète du sillon de l'hélix dans sa moitié supérieure.

Voûte palatine ogivale.

Dents mauvaises, mal plantées. Les incisives inférieures ont leur bord libre crénelé, les supérieures ont leur bord libre très érodé.

Depuis huit mois, l'enfant fréquente l'école. Il ne connaît pas encore ses lettres, se fait remarquer, dit sa mère, par un manque absolu d'attention. Il récite cependant des fables, qu'il a retenues en les entendant lire souvent, et paraît doué d'une excellente mémoire.

La parole est, en général, assez facile, quelquefois cependant embarrassée, surtout quand il parle beaucoup.

La langue n'a rien d'anormal, l'articulation des mots est nette ; mais s'il parle longtemps, il s'embrouille et on ne sait plus ce qu'il veut dire.

Il ne sait pas écrire et ne cherche nullement à apprendre. J'ai voulu lui faire tracer une lettre, la lettre *o* par exemple. Avec une plume, ce fut à peu près impossible, avec un crayon le résultat fut meilleur. Mais je remarquai qu'il traçait la lettre plus volontiers de droite à gauche et non *vice versa*, comme dans l'écriture courante. En outre, au moment de saisir le crayon ou le porte-plume, des mouvements athétosiques parurent.

Sujet à des emportements violents, colérique, rit ou pleure facilement et sans motif. Jamais il n'a eu de terreurs nocturnes et n'a jamais paru être peureux.

Rien à noter du côté des organes génito-urinaires. Il n'a jamais pissé au lit depuis sa première enfance. Se livre à la masturbation et entre en érection facilement.

En examinant la colonne vertébrale, on ne trouve d'autre déformation qu'une tendance à avoir une concavité tournée à gauche.

Dans la station verticale, flexion du tronc, tendance à tomber en avant, et la chute n'est évitée que si l'enfant est retenu ou s'il s'appuie.

Le cœur bat régulièrement de 60 à 70 fois par minute. Pas de souffle.

Fonctions pulmonaires et digestives normales.

La peau du corps est velue, sans aucun trouble trophique.

Aucun trouble de sensibilité générale ou spéciale.

La réaction électrique des muscles des membres inférieurs est moins forte que celle des membres supérieurs.

Telle est l'histoire de ce petit malade. Ce qui domine chez lui, c'est donc la difficulté qu'il a pour marcher, si tant est qu'on puisse appeler marche l'ensemble des mouvements qu'il fait pour se déplacer. D'autre part, l'état de rigidité de ses membres, qui s'accuse encore au moindre effort volontaire ou spontané, caractérise assez sa maladie.

Les renseignements fournis par l'état de santé des parents peut jeter quelque lumière sur l'étiologie de son affection.

La mère de l'enfant, mariée depuis dix ans, eut une fille à terme après dix mois de ménage. Elle mourut à quatre mois du choléra infantile. La seconde grossesse arriva deux ans après son mariage.

Le père de cette femme mourut d'apoplexie cérébrale, sa mère, atteinte peut-être d'hystérie, eut quatre enfants, qui tous vécurent et eurent à leur tour des enfants dont plusieurs sont morts de méningite.

Sauf ses grossesses, la mère du petit malade n'offre rien à signaler.

Le père, au contraire, présente des particularités fort intéressantes. Agé de trente-quatre ans, il a encore ses parents bien portants. Il vint me consulter au début de cette année 1894, pour des « crises nerveuses ». La première remontait à neuf mois. La seconde parut deux mois ensuite et la troisième enfin le 19 décembre 1893.

Comme ce malade est à la tête d'un commerce important, qui exige de sa part de fréquents voyages, des calculs nombreux et quelquefois difficiles, il redoutait que ces accidents missent fin à son travail.

Voici en quoi consistèrent ces « crises » :

Le malade est pris d'un état de malaise, d'angoisse avec étouffement, il ressent en même temps un engourdissement et des fourmillements dans les membres du côté gauche. Lors de la dernière crise, les quatre membres furent ainsi pris. Il sent la jambe se prendre la première, puis la cuisse, le côté, et finalement son membre supérieur est envahi à son tour. A ce moment, il y aurait eu la première fois une perte de connaissance. Puis, quand ces troubles ont cessé, et il estime qu'ils durent plusieurs heures, il se retrouve (ce qui eut lieu la troisième fois) avec de l'embarras de la parole, de la déviation de la bouche à gauche, quelques troubles de l'idéation et un peu de parésie du côté droit. C'est alors que, très perplexe, le malade vint me trouver. Je pus constater encore le bien-fondé de ses observations. En présence de ces troubles, je songeai à la syphilis. Je dois dire que ce malade, très désireux de se guérir, est absolument de bonne foi et ne cherche nullement à induire son médecin dans l'erreur. Il veut au contraire élucider, autant que faire se peut, la genèse de ses troubles. En l'interrogeant minutieusement, il me raconte ce qui suit : Pendant les cinq à six mois qui précédèrent la première crise, il fut pris d'une céphalée tellement violente, qu'il croyait en devenir fou, disait-il. Cette céphalée était tenace, persistante, avait un caractère nocturne des plus nets : arrivant à la nuit tombante, empêchant le sommeil et disparaissant le matin au réveil. Elle était localisée surtout à la partie postérieure de la tête, mais avec irradiations dans tous les sens. Il ne paraît avoir eu aucune autre manifestation de la vérole. Et je le répète, il est impossible de suspecter cet homme, qui veut se guérir à tout prix. Un examen attentif du corps ne me permit pas de retrouver extérieurement quelque indice d'un accident primitif. Mais le malade me déclara qu'il y a douze ans, à la suite de coït ab ore qu'il affectionnait, déclare-t-il, il fut pris, à la partie antérieure de la gencive supérieure, d'une ulcération qui dura un long mois, et dont il reste présentement la trace. A ce niveau, en effet, la gencive est détruite en partie, les dents sont déchaussées, et au lieu de l'aspect rouge normal de la muqueuse, il y a un tissu cicatriciel dur et blanchâtre. Ce fut là, à n'en pas douter, le siège de l'accident primaire.

Je note en passant, chez mon malade, les excès concomitants d'alcool et de tabac.

Ayant consulté divers médecins pour son « bobo », il ignore quel traitement il suivit. Quoi qu'il en soit, il n'eut

d'autre manifestation spécifique que la chute de ses cheveux avec desquamation de croûtelles qui ont laissé un piqueté cicatriciel sur le cuir chevelu. Il ne croyait point, d'ailleurs, que la calvitie dont il est porteur pouvait avoir quelque corrélation avec son accident antérieur. Et n'étaient les troubles actuels, cet homme eût continué à mener sa vie de fatigue physique et intellectuelle.

Rattachant ces symptômes à ceux que fournissent les artérites syphilitiques cérébrales, j'instituai le traitement ioduré à haute dose. C'était, d'ailleurs, la pierre de touche du diagnostic. Le médicament fit merveille, et ce malade a pu reprendre sa vie ordinaire, sans rien ressentir depuis huit mois. Ce qui plaide encore mieux en faveur de la spécificité, c'est que cet homme, en juillet dernier, cessa son traitement, ne pouvant le continuer pendant un de ses voyages, et qu'au bout de peu de temps, il revint me voir parce qu'il était repris de céphalée et de quelques troubles qui lui faisaient craindre le retour de « sa crise ». Remis à l'iodure, tout a disparu. Il me semble qu'en présence de tels faits, le doute n'est plus permis.

Ceci corroborerait donc l'opinion de M. le professeur Fournier, pour qui la maladie de Little est d'origine syphilitique.

L'opinion de MM. Charrier et Klippel, dans leur article « des artérites cérébrales syphilitiques », paru dans la *Revue de médecine*, trouve aussi ici sa confirmation.

Cet homme, travaillant beaucoup intellectuellement, s'est donc trouvé prédisposé aux manifestations cérébrales de la vérole. D'autant mieux que j'ai déjà noté ses excès alcooliques et que je relève des troubles cérébraux au cours d'une dothiénentérie, seule maladie à citer dans sa vie, et qui lui arriva à l'âge de neuf ans.

MOYEN RAPIDE

DE DÉCOUVRIR CHEZ UN DIPLOPIQUE LE MUSCLE OCULO-MOTEUR PARALYSÉ

Par le docteur J. Arnaud,
Ex-chef de clinique à l'École de médecine de Marseille.

Dans les cas d'ophtalmoplégie partielle, il est souvent difficile de remonter du symptôme à sa cause immédiate : je veux dire de la diplopie à la paralysie d'un ou de plusieurs muscles oculo-moteurs. Les données de physiologie sont un guide nécessaire, mais pour les retrouver exactes au moment d'un examen clinique et pour les appliquer, il faut un véritable effort cérébral.

Pour aplanir cet obstacle, j'ai cherché une mnémotechnie rationnelle qui m'a plusieurs fois servi près du malade.

I. Quelques définitions. — On appelle diplopie latérale la vision de deux images d'un seul objet dans le regard latéral.

La diplopie supérieure ou inférieure est la vision de deux images d'un seul objet dans le regard en haut ou en bas.

Nous conviendrons d'appeler : 1° images convergentes les images croisées; 2° images divergentes les images directes; 3° muscles convergeant les adducteurs; 4° muscles divergeant les abducteurs.

II. Deux propositions essentielles et leur démonstration. — A. *Première proposition.* — Dans la diplopie latérale, les images divergent quand un muscle divergeant est paralysé, elles convergent, quand un muscle convergeant est paralysé.

B. *Deuxième proposition.* — Dans la diplopie inférieure, l'image la plus basse est vue par l'œil dont un muscle abaisseur est paralysé, et inversement, dans la diplopie supérieure, l'image la plus haute est celle vue par l'œil dont un muscle élévateur est paralysé.

A. Démonstration de la première proposition : Soient *aBc dEf*, les directions parallèles des deux axes optiques dans la vision directe ou de face; aucun muscle n'étant paralysé.

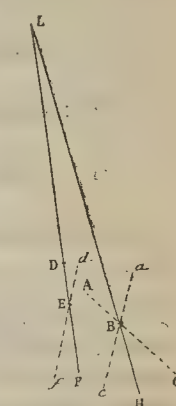


Fig. 1.

Pour la vision latérale d'un point L : *dEf* dévie en DEF, et (si le muscle droit externe est paralysé du côté droit) *aBc* dévie en ABC, en faisant un angle *a*BA plus grand que *d*ED. Donc les rayons lumineux, LF et LH ne tomberont plus en des points *identiques* des deux rétines. Dès lors, le strabiste verra deux images de L. Mais H est un point rétinien situé en dedans de la macula C; donc H (habitué à recevoir des rayons lumineux provenant de la partie externe du champ visuel) extériorisera L à la partie externe du champ visuel droit, c'est-à-dire à droite de sa place réelle : les deux images divergent.

B. Démonstration de la deuxième proposition : Supposons paralysé un muscle abaisseur de l'œil droit. Dans le regard en bas, la macula gauche M est élevée en M'; à droite, la macula N restera immobile. Deux rayons partis du point lumineux O iront aboutir l'un en M', l'autre en P. Mais M' et P ne sont pas des points *identiques*. P est un point rétinien situé au-dessus de la macula N; donc P (habitué à recevoir des rayons lumineux provenant de la partie inférieure du champ visuel) extériorisera O à la partie inférieure du champ visuel droit. Le strabiste verra deux images de O et l'image droite extériorisée par P sera au-dessous de l'image gauche extériorisée par la macula M', c'est-à-dire au-dessous du point lumineux O.

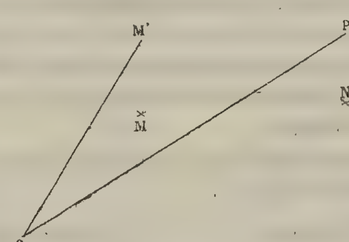


Fig. 2.

III. Étant connues ces deux propositions, il faudra en outre, pour résoudre le problème clinique, se souvenir de l'action des six muscles moteurs de l'œil. Cette action est complexe, mais on pourra cependant la retenir facilement grâce à ce schéma très simple qui résume la fig. 73, p. 168 du *Traité d'anatomie topographique* (3e édition de Tillaux) :

Soient CD, AB les traces, sur un plan horizontal, de l'équateur et du méridien vertical antéro-postérieur de l'œil; D*s* et D*i* les insertions des droits supérieur et inférieur; O*s* l'insertion du grand oblique; O*i* l'insertion *physiologique* du petit oblique.

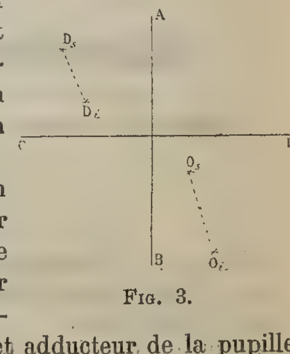


Fig. 3.

En consultant ce schéma, on voit de suite que le droit supérieur qui agit sur la partie supérieure de l'hémisphère antérieur et sur la partie interne de cet hémisphère est à la fois : élévateur et adducteur de la pupille. Que le petit oblique qui agit sur la partie inférieure et

externe de l'hémisphère postérieur est : abducteur et élévateur de la *pupille*.

On pourra donc, avec ce schéma, construire très vite les tableaux suivants :

A" : Droit supérieur { Élévateur. Adducteur.

B : Droit inférieur { Abaisseur. Adducteur.

C : Grand oblique { Abducteur. Abaisseur.

D : Petit oblique { Abducteur. Élévateur.

Le droit interne n'est qu'adducteur et l'externe abducteur.

IV. Nous pouvons maintenant affronter la réalité clinique : rien de plus simple que de remonter de la diplopie au muscle paralysé. Un exemple : nous mettons à un diplopique des lunettes dont un verre est coloré et l'autre incolore, pour distinguer les images. Il a de la diplopie dans le regard, à droite : il y a donc paralysie d'un abducteur de l'œil droit ou d'un adducteur de l'œil gauche ; mais les images divergent : pas d'hésitation, c'est un abducteur droit. L'œil a plusieurs abducteurs ; pour distinguer entre eux, cherchons s'il n'y a pas, avec la diplopie latérale, de la diplopie inférieure ou supérieure ; il y a de la diplopie inférieure et l'image la plus bas située est à droite : nous en inférons de suite que le muscle paralysé est aussi abaisseur. Cherchons dans les tableaux un muscle à la fois abducteur et abaisseur : c'est le grand oblique.

On peut, en clinique, noter simplement ainsi le résultat de l'examen et les conclusions induites :

I. Diplopie { A. Latérale : { 1° à droite, 2° images divergentes } = Abducteur droit. B. Inférieure : image plus basse à droite = Abaisseur droit.

II. Muscle { Abducteur. Abaisseur. } = Grand oblique.

INSTRUMENTS ET APPAREILS

Seringue pour les injections de sérum (A. Aubry).

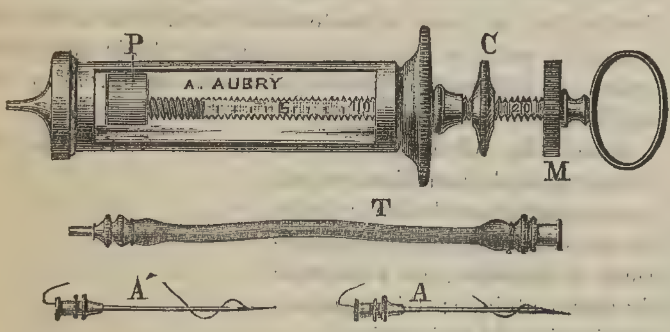


Fig. 1.

Légende.

Figure 1. — Seringue de 20 centimètres cubes, divisée par centimètre cube avec curseur C pour graduer l'injection que l'on veut faire.

P, piston d'amiante facile à stériliser et que l'on peut changer à volonté.

Nota. — Ce piston peut être fait aussi en caoutchouc spécial, résistant à haute température, en forme de double parachute, suivant les indications de M. le docteur Malassez, en date de 1890, ou en fibre flexible vulcanisée à double parachute.

M, écrou fixe permettant de tourner l'anneau pour grossir ou diminuer le piston P.

T, tube intermédiaire en caoutchouc, se raccordant à la seringue et aux aiguilles, afin de neutraliser le mouvement.

AA', aiguilles à injection.

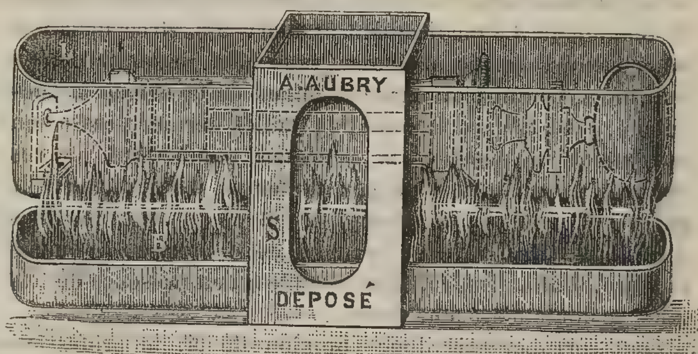


Fig. 2.

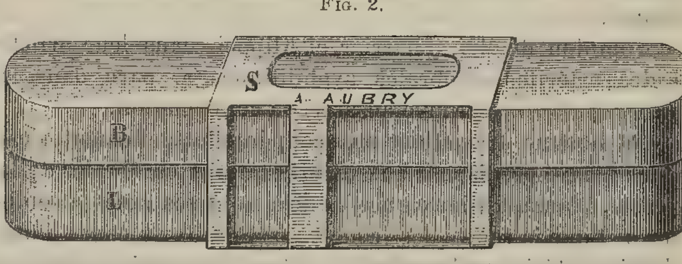


Fig. 3.

Figure 2. — L, boîte métallique contenant la seringue en train de se stériliser.

Figure 3. — Boîte contenant la seringue et ses accessoires maintenue fermée par le support S.

1° Pour stériliser, il suffit de mettre la boîte L dans l'ouverture du support S, le couvercle B dans l'ouverture étroite comme il est indiqué figure 2.

2° Mettre de l'eau ordinaire dans la boîte L, afin que le corps de la seringue soit immergé.

3° Mettre dans la boîte B une forte cuillerée d'alcool à brûler ou 20 centimètres cubes.

4° Allumer l'alcool et, quand tout sera consumé, la stérilisation sera obtenue et la seringue prête à s'en servir.

REVUE BIBLIOGRAPHIQUE

Leçons cliniques de chirurgie orthopédique (1), par le docteur Phocas.

M. Phocas, professeur agrégé et chirurgien des hôpitaux de Lille, n'est pas un inconnu de nos lecteurs. Maintes fois, par des cliniques et des Revues générales, il les a entretenus des sujets de chirurgie orthopédique pour lesquels il a une compétence indiscutée.

Ce livre est formé de l'ensemble de ses notes, de ses mémoires et des leçons qu'il a professées ; il est rédigé de façon à passer en revue presque toutes les questions de chirurgie orthopédique.

Voici la liste des principaux chapitres : torticolis, scolioses, luxations congénitales et pathologiques de la hanche,

(1) In-8°. Prix : 8 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

déviations du genou et de la jambe, pieds bots, malformations du membre supérieur.

Ce livre, très au courant des nouveaux progrès de l'orthopédie, écrit dans un style sobre et clair, sera de la plus grande utilité pour tous ceux qu'intéresse la chirurgie infantile.

Statistique et observations de chirurgie hospitalière (1), par le docteur Polaillon.

La statistique de M. Polaillon comprend une période ininterrompue de quatorze années. Dans ce premier volume, l'auteur ne s'occupe que des affections du membre inférieur. Il donne le compte rendu intégral de toutes les maladies qui ont passé sous ses yeux. Il a pensé, avec raison, qu'il était aussi intéressant de savoir ce que deviennent les malades non opérés, que de savoir le sort des opérés. Aux données statistiques il a ajouté les observations les plus importantes, et quelques courtes réflexions sur les faits qui l'ont frappé et qui peuvent servir à la pathologie, à l'étiologie, au traitement.

Les glandes de l'urèthre, étude clinique et pathologique (2), par E. Reliquet et A. Guépin.

Après un chapitre fort complet destiné à l'anatomie normale des glandes de l'urèthre, et à leur physiologie, les auteurs abordent l'étude pathologique, et dans ce premier volume, le seul encore paru, ils étudient les prostatites glandulaires, suivant leurs variétés, ils s'étendent longuement sur le traitement. Leur dernier chapitre est consacré à l'étude de la prostatite sénile, habituellement désignée sous le nom d'hypertrophie de la prostate.

Ce livre est supérieur à ceux que font trop souvent certains spécialistes, désireux de produire beaucoup et s'inquiétant plus de la quantité que de la qualité de leurs travaux. La valeur incontestable de ce premier volume nous fait désirer la publication rapide du second.

Les coupes du système nerveux central (3), par le docteur Mercier.

Celui qui n'a pas à sa portée une bibliothèque très spécialisée, bibliothèque qui ne se trouve guère que dans les asiles ou dans les cliniques des maladies du système nerveux, ne peut arriver à avoir une vue d'ensemble sur ce qui a été fait et qui se produit au jour le jour dans le domaine de la technique microscopique spéciale des centres nerveux. L'auteur a donc comblé une lacune en groupant, dans son petit travail, les procédés capables de faciliter la technique. Mais il a dû faire un choix dans les procédés, ne décrire que ce qui a été éprouvé, passant en revue les instruments nécessaires, les accessoires d'installation et de travail, pour durcir et enrober les pièces; il s'occupe de l'élaboration des coupes, les méthodes les plus sûres et les plus usuelles de coloration des cellules avec leurs prolongements des gaines de myéline, etc. C'est donc un livre de technique microscopique spécial.

Des anévrysmes et de leur traitement (4), par J.-B. Duplaix.

M. Duplaix s'est acquitté avec conscience de la tâche qui lui était confiée, mais il eût peut-être mieux valu demander à un chirurgien la rédaction de la partie thérapeutique.

(1) In 8°. Prix : 6 francs. — Paris, O. Doin.
(2) In-8°. Prix : 4 francs. — Paris, Battaille.
(3) Un vol. rel. amateur. Prix : 4 francs. — Paris, Rueff et C[ie].
(4) In-16. Bibl. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et C[ie].

Que peut le traitement médical contre l'anévrysme? Rien ou presque rien. Le traitement des anévrysmes est donc chirurgical ou il n'est pas. Or, dans ce traitement chirurgical, il fallait savoir se défaire de tout l'amas de théories que nous avaient transmis nos pères. Il y avait à formuler des opinions nouvelles, à faire table rase d'anciennes doctrines reconnues aujourd'hui erronées, et pour cela il eût fallu que l'auteur, médecin distingué, fût doublé d'un chirurgien expérimenté, ce qui ne saurait être. Aussi la partie chirurgicale de ce petit volume n'a pas, à notre avis, la valeur de la première partie, qui traite de l'étiologie et de l'anatomie pathologique.

Cancer du sein (1), par MM. Monod et Jayle.

Après avoir discuté la pathogénie, toujours si obscure, du cancer du sein, les auteurs abordent l'énumération des causes, encore douteuses, de cette affection. Ils passent de là à l'étude anatomo-pathologique et décrivent les différentes modalités qui ont valu à ce cancer du sein ses différentes épithètes : épithélioma, carcinome, squirre, cancer colloïde. Les symptômes, le diagnostic sont étudiés avec très grand soin; mais ce qui, à notre avis, donne à ce petit volume son cachet original, c'est la publication des statistiques opératoires, l'étude de la mortalité, de la récidive, de la survie, c'est la discussion bien raisonnée des indications et contre-indications opératoires.

Dans les deux derniers chapitres sont étudiés le sarcome du sein et l'épithélioma, formes bénignes du cancer.

Les nouvelles idées sur la structure du système nerveux, chez l'homme et chez les vertébrés (2), par le docteur S.-R. Cajal.

Ce volume contient les recherches originales du docteur Cajal. La traduction est due à M. Azoulay, qui s'est tenu rigoureusement au courant de tous les travaux du professeur d'histologie de la Faculté de Madrid. C'est la traduction la plus exacte et la plus complète qui ait paru.

Les découvertes relatées dans ce volume sont des plus importantes, elles bouleversent les idées jusqu'ici classiques et le professeur Mathias Duval considère comme un honneur d'avoir été le premier, à son cours, à les faire connaître du public médical français. Dans la préface qu'il consacre au travail de M. Cajal, voici comment il résume les idées nouvelles de son collègue de Madrid, précédé dans ses découvertes par Golgi :

« En effet, ayant trouvé que le prolongement cylindre-axe (prolongement de Deiters) de la cellule motrice de la corne antérieure donne des fibrilles collatérales avant de devenir fibre à myéline, et que ces fibrilles collatérales seraient en connexion avec un réseau émané des autres cellules, Golgi fut amené à attribuer une importance exclusive à ce réseau fin, dont la nature serait toute spéciale. Ce réseau serait formé non par les prolongements cellulaires dits protoplasmiques et caractérisés par leur épaisseur et leurs varicosités, mais bien par les prolongements cylindre-axe, plus fins, à contours plus purs, que toute cellule nerveuse possède également, et dont chacun se subdivise en fibrilles terminales à une plus ou moins grande distance de la cellule qui lui a donné naissance. Quant aux prolongements protoplasmiques, ils ne s'anastomosent pas d'une cellule à l'autre, mais se terminent librement, le plus souvent au contact des capillaires, et représentent, par leurs ramifications, un appareil de nutrition, un ensemble de racines par lesquelles la cellule nerveuse puise les sucs nutritifs. Ils ne

(1) In-16. Biblioth. Charcot-Debove. Prix : 3 fr. 50. — Paris, Rueff et C[ie].
(2) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, C. Reinwald et C[ie].

jouent donc aucun rôle dans la conduction nerveuse; la cellule elle-même ne serait que très secondaire dans cette conduction; sa fonction essentielle serait un rôle trophique; les actes nerveux se passeraient presque uniquement dans le réticule des cylindres-axes courts et des collatérales des cylindres-axes longs.

Ces conceptions de Golgi n'ont pas eu un grand retentissement; elles passèrent inaperçues ou furent accueillies avec méfiance. Elles venaient trop à l'encontre des idées reçues sur le mécanisme des actes réflexes, et réduisaient la cellule nerveuse à un rôle trop secondaire. Cependant, parmi les données anatomiques invraisemblables qu'elles renfermaient, il en était deux dont l'exactitude devait être reconnue : 1° toute cellule nerveuse (à part de très rares exceptions) possède et des prolongements protoplasmiques et un prolongement cylindre-axe; 2° les prolongements protoplasmiques ne s'anastomosent pas entre eux.

Ramon y Cajal, qui a démontré l'exactitude de ces deux conclusions, nous a en même temps révélé les véritables connexions des cellules, la véritable signification des réseaux de fibrilles nerveuses. Chaque cellule nerveuse est un petit appareil réflexe, qui reçoit des excitations par des fibrilles centripètes, ou cellulipètes, selon l'expression heureuse de l'auteur, et qui les transmet par des fibrilles centrifuges ou cellulifuges; les premières sont représentées par les prolongements protoplasmiques et leurs ramifications; les secondes, par le prolongement cylindre-axe et ses fibrilles terminales ou collatérales. Dans la substance grise, la transmission se fait de cellule à cellule, en passant des prolongements cellulifuges de l'une dans les prolongements cellulipètes de l'autre, et ainsi de suite, de manière à établir des communications multiples; mais le réseau de communication de cellule à cellule n'est pas fixe, c'est-à-dire formé d'anastomoses par continuité de fibrilles; il y a seulement contiguïté, contact, des arborisations terminales entre elles.

Ce sont là des faits anatomiques que le microscope, sur les préparations par la méthode perfectionnée de Golgi, met hors de doute. Or, ces dispositions incontestables se trouvent répondre parfaitement aux préoccupations d'explications physiologiques qui dominent toute étude anatomique du système nerveux. »

On peut dire que de tous côtés l'attention s'est éveillée sur les travaux de l'histologiste espagnol; des recherches de vérification ont été entreprises dans tous les pays, et elles ont montré le bien-fondé des notions nouvellement révélées. Les savants allemands, d'ordinaire si froids pour ce qui ne vient pas de chez eux, se montrèrent particulièrement intrigués et entreprirent immédiatement des recherches de contrôle, qui furent des plus confirmatives.

Exstrophie de la vessie et épispadias, étude pathogénique (1), par le docteur Marius Durand.

L'embryologie de la région uro-génitale vient, en quelques années, d'être entièrement refondue, et les notions qu'on possédait sur l'édification de ses organes, ont fait place à des connaissances nouvelles, fertiles en déductions tératogéniques.

Dans cette thèse, soutenue à Lyon, M. Durand étudie ces découvertes récentes. Son travail est divisé en quatre chapitres :

Le premier est destiné à donner une sorte de revue générale de l'embryologie de la région uro-génitale.

Le second renferme l'exposé succinct des théories émises jusqu'à nos jours pour expliquer l'exstrophie.

Le troisième est consacré à l'exposé de la pathogénie, telle que l'auteur la comprend, et démontre les liens qui unissent l'épispadias à l'exstrophie.

(1) In-8°. Prix : 3 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Enfin, dans un dernier chapitre, se trouve l'étude critique des théories proposées jusqu'ici.

Premiers secours à donner aux malades et aux blessés (1), par Sam Osborn.

Le docteur Osborn a réuni en un petit volume des conférences faites à l'Association de « Saint-John-Ambulance ». Il s'adresse plus spécialement aux femmes désireuses d'acquérir les notions nécessaires à une infirmière intelligente et capable. Il a été traduit par le docteur Douglas-Aigre (de Boulogne-sur-Mer).

THÈSES

SOUTENUES A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE BORDEAUX PENDANT L'ANNÉE SCOLAIRE 1894-1895.

1. M. Brau. Nouveaux essais sur l'esth[illegible]. — 2. M. Vassal. Recherches statistiques sur les causes de la cécité, d'après les registres de la clinique ophtalmologique de la Faculté de médecine de Bordeaux (43000 observations). — 3. M. Carrière. Contribution à l'étude des troubles nerveux périphériques qui surviennent dans le cours de la tuberculose pulmonaire et de leur pathogénie. — 4. M. Autric. Recherches et considérations sur la matité pleurétique. — 5. M. Seguin. De l'amplitude d'accommodation dans ses rapports avec la réfraction statique. — 6. M. Olivier. Du formol en thérapeutique oculaire. — 7. M. Chabaneix. De l'électrolyse dans le traitement des rétrécissements des voies lacrymales. — 8. M. Micholet. Des causes de la mortalité de l'enfant dans l'éclampsie puerpérale. — 9. M. Rocaz. Quelques considérations sur les suites et résultats de la trachéotomie dans le croup. — 10. M. Cassien. Accidents produits sur l'appareil de la vision par l'électricité à bord des navires de guerre. — 11. M. Boyé. Étude des mouvements du cerveau et du rôle du liquide céphalo-rachidien dans la circulation cérébrale. — 12. M. Arnaud. Traitement du rétrécissement cancéreux du cardia. — 13. M. Bérard. De l'iodure de potassium dans l'actinomycose. — 14. M. Henric. Du traitement du bubon suppuré par l'injection de vaseline iodoformée et le pansement occlusif. — 15. M. Dargein. Des hémoptysies cardiaques. Étude particulière de leur étiologie. — 16. M. Ortholan. De quelques formes de paralysies morbilleuses. — 17. M. Lépine. Contribution à l'étude des paralysies oculaires par fracture du crâne. — 18. M. Talbot. Recherches et statistiques sur la syphilis de l'œil, d'après les observations de la clinique ophtalmologique de la Faculté de Bordeaux. — 19. M. Charuel. De la dilatation normale et anormale du col de l'utérus. — 20. M. Buffon. Du purpura hémorragique pendant la grossesse. — 21. M. Chavannaz. Sur la cure radicale du cancer du gros intestin (rectum excepté). — 22. M. Miquel. Nouvel appareil plâtré à fracture du fémur. — 23. M. Judet de La Combe. Végétations adénoïdes et dégénérescence. — 24. M. Tanvet. Contribution à l'étude des hydrosadénites suppuratives disséminées.

Étude clinique sur les formes pseudo-phymiques de la grippe, par le docteur L. Egger, ex-interne suppléant des hôpitaux de Lyon. Grand in-8, 122 pages. — Prix : 3 fr. 50. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Formulaire pratique de l'hypodermie, par les docteurs Cancalon et Maurange. 1 vol. reliure amateur peau pleine, tête dorée. — Prix : 3 francs. — Paris, Rueff et Cie.

---

(1) In-8°. Prix : 2 francs. — Paris, J.-B. Baillière et fils.

Le Directeur-gérant : Dr E. Le Sourd.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

N° 150. — SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1894. 67e ANNÉE. SAMEDI 29 DÉCEMBRE 1894. — N° 150.

Ce journal paraît trois fois par semaine
LE MARDI, LE JEUDI ET LE SAMEDI

La Lancette française

Administration : 4, rue de l'Odéon, 4
PRÈS LA FACULTÉ DE MÉDECINE

GAZETTE DES HOPITAUX
CIVILS ET MILITAIRES

Le prix de l'abonnement doit être envoyé en mandat-poste ou en traites sur Paris. — L'abonnement part du 1er de chaque mois.

Le prix de l'abonnement pour les Étudiants en médecine est de 12 fr. par an. S'adresser *directement* aux bureaux du Journal.

AU CORPS MÉDICAL. — Un acte du 10 octobre 1853 a institué en faveur de la *Gazette des hôpitaux* un fonds de 3000 francs pour encouragements aux auteurs des meilleurs travaux pratiques insérés dans ce Journal, et un autre de 7000 francs pour compléter le prix d'abonnement des Médecins et des Étudiants qui ne peuvent payer le prix entier.

PRIX DE L'ABONNEMENT :

FRANCE. . . . . . 3 mois : 8 fr. 50. — 6 mois : 16 fr. — 1 an : 30 fr.
UNION POSTALE. 3 mois : 10 fr. » — 6 mois : 18 fr. — 1 an : 35 fr.

Prix du Numéro : 20 c. — Avec Supplément : 30 c.

SÉANCE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

M. Laveran est revenu sur la question du coup de chaleur. Il a répondu aux différentes objections que lui avait présentées M. Vallin dans la dernière séance. Sans nier que les accidents du coup de chaleur puissent, ainsi que le prouvent d'ailleurs les expériences de M. Vallin, se produire en dehors de tout exercice, M. Laveran maintient sa conclusion, à savoir que l'exercice intensif, dans certains cas, joue certainement un rôle important dans la production de ces accidents. Il maintient également sa conclusion relative à l'action du coup de chaleur sur le système nerveux; les expériences de Cl. Bernard, celles toutes récentes de M. Regnard ne pouvant, à son avis, laisser aucun doute à ce sujet.

L'Académie, après avoir procédé au renouvellement partiel des commissions permanentes, s'est formée en comité secret.

M. le président a annoncé qu'il n'y aurait pas de séance mardi prochain.

LISTE COMPLÈTE DES REVUES GÉNÉRALES
PUBLIÉES DANS LA « GAZETTE DES HOPITAUX »

depuis le 16 avril 1887 jusqu'au 31 décembre 1894

MÉDECINE

Achalme (P.). Le champignon du muguet (1891, n° 49).

Achalme (P.) et Courtois-Suffit. Du rôle des microbes dans l'étiologie et l'évolution des péritonites aiguës (1890, n° 128).

Adenot (E.). Méningites microbiennes (1890, n° 74).

Arnould (E.). Le tremblement dans les affections du système nerveux (1894, n° 76).

Aviragnet (M.). Formes cliniques de la tuberculose chez les enfants (1892, n° 147).

Azoulay (L.). Des attitudes du corps et principalement de l'attitude relevée pour l'examen, le diagnostic et le pronostic des maladies du cœur (1892, n° 126).

Ballet (G.). De l'épilepsie envisagée au point de vue de sa nature et de son traitement (1890, n° 85).

Barjon (F.). Des œdèmes aigus primitifs et infectieux du larynx (1894, n° 58).

Barbier (H.). L'albuminurie dans la diphtérie (1888, n° 55).

Berbez (P.). L'hystéro-traumatisme (1887, n° 95). — L'hystérie toxique (1888, n° 6). — L'épilepsie jacksonienne (1888, n° 50). — Le zona (1892, n° 46).

Berrez (E.). De l'ulcère simple de l'œsophage (1887, n° 157).

Blocq (P.). Le foie chez les tuberculeux (1889, n° 26). — De la syringomyélie (1889, n° 140). — Diagnostic des affections qui ont été rapprochées cliniquement [pseudo-tabes, nervo-tabes, etc.] (1890, n° 35). — La neurasthénie et les neurasthéniques (1891, n° 46). — Des stigmates hystériques (1892, n° 10). — Traitement de l'hystérie (1892, n° 60). — L'état mental dans l'hystérie (1893, n° 135).

Boulay (M.). Mécanisme et théories de l'immunité (1889, n° 8). — Nature et traitement du psoriasis (1889, n° 111). — De la fièvre hystérique (1890, n° 148). — Des pseudo-paralysies bulbaires (1891, n° 86). — Traitement hygiénique de la phtisie pulmonaire (1892, n° 135). — Traitement médicamenteux de la phtisie pulmonaire (1893, n° 30).

Bouley. — (Voir Courtois-Suffit.)

Bourges (H.). Les angines de la scarlatine (1891, n° 78).

Brissaud (E.). Les hystéries provoquées (1889, n° 134).

Brocq (L.). Des lichénifications des téguments (1892, n° 22).

Brodier (L.). Mycosis fongoïde (1893, n° 118).

Bruhl (J.). Du traitement de la péritonite tuberculeuse (1890, n° 123). — Le rein mobile (1892, n° 16). — De la sciatique (1893, n° 126).

Catrin. L'hématozoaire du paludisme (1893, n° 41). — Le typhus exanthématique (1893, n° 78).

Cayla. Tuberculose du rein, ses rapports avec la tuberculose génito-urinaire (1888, n° 15).

Chapuis (P.). Du chancre syphilitique de la muqueuse pituitaire (1894, n° 119).

Chéron (P.). L'hydrothérapie dans le traitement de la fièvre typhoïde (1888, nos 60 et 66). — Les hémoglobinuries (1890, n° 55). — La maladie de Weill (1891, n° 20). — Les dangers du lait et les moyens de les combattre (1892, n° 90). — Les régimes alimentaires dans le diabète (1893, n° 132).

Comby (J.). Le craniotabes (1893, n° 18). — Traitement de la coqueluche (1893, n° 44). — Traitement de la diarrhée infantile (1893, n° 69).

Courtois-Suffit (E.). Œdème aigu de la peau (1890, n° 99). — et Bouley. Traitement de la tuberculose par l'aération continue (1890, n° 60). — De la tachycardie paroxystique essentielle (1891, n° 57). — Tabes et paralysie générale (1893, n° 6). — (Voir Achalme.)

Critzman (D.). Traitement de la fièvre typhoïde (1889, n° 44).

Critzman (D.) et Thiroloix. Nature et traitement de la diphtérie (1889, n° 146).

CHIRURGIE ET ACCOUCHEMENTS

CHRONIQUE ET NOUVELLES SCIENTIFIQUES

L'administration de l'Assistance publique vient de prendre en considération les observations que nous avons faites (Voy. *Gaz. des hôp.*, 1894, p. 1315) au sujet du service du chirurgien de garde. Dans la feuille de roulement qu'elle vient d'adresser aux directeurs des différents hôpitaux, elle a noté spécialement les chirurgiens qui avaient fait les frais d'un abonnement au téléphone.

— Par décret, en date du 26 décembre 1894, ont été promus ou nommés dans l'ordre de la Légion d'honneur :

Au grade de commandeur. — M. Vallin, médecin-inspecteur, directeur du service de santé du gouvernement militaire de Paris.

Au grade d'officier. — M. le médecin principal de première classe Madamet, sous-directeur du Val-de-Grâce.

MM. les médecins-majors de première classe Perret, Colin et Montet.

M. Roustic, médecin-major de première classe en retraite, bibliothécaire du Val-de-Grâce.

Au grade de chevalier. — MM. les médecins-majors de première classe Bachos, Farssac, Chagnaud, Delage, Fourcade, Laillier, Choué, Grivet, Tartière, Famechon, Leuc, Dufour, Villier.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Petit, Uffoltz, Félix, Salètes, Baur, Brissé Saint-Macary.

M. le docteur Guigou (de Vauvert).

— Par décret, en date du 24 décembre 1894, ont été promus dans le corps de santé militaire, et, par décision ministérielle du même jour, ont reçu les affectations suivantes :

Au grade de médecin principal de première classe. — M. le médecin principal de deuxième classe Dumayne, en remplacement de M. Barthélemy, retraité; désigné pour l'hôpital militaire du camp de Châlons.

Au grade de médecin principal de deuxième classe. — MM. les médecins-majors de première classe Caillet, en remplacement de M. Demmler, retraité; maintenu à son poste de médecin-chef de salles militaires de l'hospice mixte de Dijon; — Billet, en remplacement de M. Dumayne, promu; maintenu à son poste de médecin-chef des salles militaires de l'hospice mixte d'Angers.

Au grade de médecin-major de première classe. — MM. les médecins-majors de deuxième classe Leroy, en remplacement de M. Landrin, retraité; maintenu au 160e d'infanterie; — Dziewonski, en remplacement de M. Alban, retraité; maintenu à la direction du service du santé au ministère de la Guerre; — Moreaud, en remplacement de M. Bressy, retraité; désigné pour l'hôpital militaire de Bourges; — Pauzat, en remplacement de M. Caillet, promu; maintenu à la direction du service de santé au ministère de la Guerre; — Louis, en remplacement de M. Billet, promu; désigné pour le 151e d'infanterie;

Au grade de médecin-major de deuxième classe. — MM. les médecins aides-majors de première classe Foy, en remplacement de M. Zipfel, mis en non-activité; désigné pour le 3e bataillon d'infanterie légère d'Afrique; — Frache, en remplacement de M. Leroy, promu; maintenu au 147e d'infanterie; — Daujon, en remplacement de M. Dziewonski, promu; maintenu hors cadre à la mission Decœur; — Papon, en remplacement de M. Moreaud, promu; désigné pour le 1er régiment étranger; — Poujol, en remplacement de M. Pauzat, promu; désigné pour le 80e d'infanterie; — Galzin, en remplacement de M. Louis, promu; désigné pour le 163e d'infanterie; — Messerer, en remplacement de M. Daujon; désigné pour le 2e spahis.

— Par décision ministérielle, en date du 24 décembre 1894, ont été désignés pour les postes ci-après :

MM. les médecins-majors de première classe Cuq, pour le 113e d'infanterie; Ocana, pour l'hôpital militaire de Bastia (médecin-chef); Darricarrère, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Tours (médecin-chef); Forgues, pour l'hôpital militaire de Vincennes; Testerein, pour les salles militaires de l'hospice mixte de Grenoble.

MM. les médecins-majors de deuxième classe Duval (F.-Q.-M.), pour le 159e d'infanterie; Hermantier, pour le 124e d'infanterie; Pierron, pour le 42e d'infanterie, Lazare, pour le 13e de cuirassiers; Durand, pour le 15e bataillon d'artilleurs à pied; Bordes-Pagès, pour le 57e d'infanterie; Bodinier, pour la légion de la garde républicaine; Duhaut, pour le 22e d'infanterie; Duval

(J.-M.), pour le 5e cuirassiers; Salebert, pour le 129e d'infanterie; Pech, pour le 142e d'infanterie;

MM. les médecins aides-majors de première classe Ferrand, pour le 41e d'infanterie; de Monteti, pour le 5e dragons; Martin, pour le 4e hussards; Augias, pour le 23e bataillon de chasseurs à pied; Provendier, pour le 20e chasseurs à cheval; Laporte, pour le 104e d'infanterie; Ulliel et Masson, pour les hôpitaux militaires de la division d'Oran; Dubiquet, pour les hôpitaux militaires de la division de Constantine; Pons, pour les hôpitaux militaires de la division d'Alger; Dercle, pour le 1er chasseurs d'Afrique.

— Le bureau de la Société de chirurgie est ainsi constitué pour l'année 1895 : président, M. Théophile Anger; vice-président, M. Monod; secrétaire général, M. Reclus; premier secrétaire annuel, M. Segond; deuxième secrétaire annuel, M. Quénu; trésorier, M. Schwartz; archiviste, M. Brun.

— Le concours pour l'internat des asiles d'aliénés de la Seine s'est terminé par les nominations suivantes :

Internes titulaires. — MM. Mannheimer, Batier, Bargy, Naggar, Colobian, Pelat, Péchet et Lalanne.

Internes provisoires. — MM. Hazemann, Djelaliane, Valet, Jolis, Amouroux, Marson et Yvert.

— *Faculté de médecine de Bordeaux.* — M. le docteur Sabrazès est maintenu dans les fonctions de chef des travaux du laboratoire de clinique.

M. Rivière est maintenu dans les fonctions d'aide du laboratoire des cliniques.

M. le docteur Carrière est institué chef de clinique médicale.

— *Faculté de médecine de Lille.* — MM. Lemaire et Gérard sont institués aides d'anatomie.

M. Barrois, agrégé, est maintenu dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Tondeur, aide-préparateur des travaux pratiques de médecine légale.

M. le docteur Fockeu est chargé des fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle.

— *Faculté de médecine de Lyon.* — Un congé est accordé, sur sa demande, à M. Étiévant, préparateur de zoologie.

— *Faculté de médecine de Nancy.* — M. M[illegible]el est institué aide d'anatomie.

M. Reynders est nommé préparateur de thérapeutique.

M. Mathieu est nommé préparateur d'anatomie pathologique.

— *École de médecine d'Alger.* — M. Ramakers est prorogé dans ses fonctions de suppléant des chaires d'anatomie et de physiologie.

M. Egrot est nommé préparateur d'histologie et d'anatomie pathologique.

M. Thomas est nommé préparateur de matière médicale.

M. Lardeau est nommé préparateur de chimie.

— *École de médecine de Reims.* — M. le docteur Langlet est nommé professeur de physiologie.

M. Cordier, suppléant de la chaire de pharmacie et matière médicale, est délégué, en outre, dans les fonctions de chef des travaux chimiques.

M. Tropsent, chargé d'un cours d'histoire naturelle, est délégué, en outre, dans les fonctions de chef des travaux d'histoire naturelle à ladite École (emploi vacant).

M. Laurent, professeur au lycée de Reims, est délégué, en outre, dans les fonctions de chef des travaux de zoologie (emploi vacant).

M. le docteur Wiet est délégué dans les fonctions de chef des travaux de physiologie (emploi nouveau).

— *École de médecine de Rouen.* — M. Buguet, agrégé des sciences physiques, est institué suppléant des chaires de physique et de chimie.

M. le docteur Martin est institué suppléant des chaires de pathologie et de clinique chirurgicale et de clinique obstétricales.

— Nous avons le regret d'annoncer la mort de MM. les docteurs Bailly, ancien agrégé de la Faculté; Guibout, médecin honoraire des hôpitaux, Malécot et Sichel (de Paris).

— *Médecins auxiliaires.* — Les médecins auxiliaires de réserve appartenant aux classes appelées en 1895, dans les corps auxquels ils sont affectés, seront convoqués aux mêmes dates que les autres réservistes de ces corps, et par ordre individuel.

— *Service militaire et mutilation.* — Récemment un soldat a quitté le 67e régiment d'infanterie. Porté déserteur et sur le point d'être pris par les gendarmes, il s'est coupé le poignet, préférant être mutilé que soldat français.

— *L'eau à Madagascar.* — L'île est formée de terrains d'alluvions bouleversés par des éruptions basaltiques. Les cours d'eau sont riches en débris végétaux et en matières organiques, dont il faut signaler les dangers. Les puits de cantonnement sont surtout à redouter, ainsi qu'il résulte d'analyses faites en 1884. Les appareils d'épuration et de filtration sont tout à fait indispensables. Les Malgaches, d'ailleurs, connaissent les dangers de l'eau de leur pays, puisqu'ils n'utilisent pour la boisson que celle qui a servi à faire cuire le riz.

— *État sanitaire au Soudan.* — L'apparition du choléra a été signalée à Kayes, où deux décès se sont produits.

— *Troupes sahariennes.* — En vertu de la loi du 5 décembre 1894, il va être créé des troupes sahariennes. Le personnel des officiers de la compagnie comprendra 1 capitaine, 8 lieutenants ou sous-lieutenants, dont 4 indigènes, et 1 médecin aide-major chargé d'assurer le service médical.

— *Statistique des malades pendant la campagne du Dahomey.* — L'infanterie de marine a eu 90 p. 100 de malades, la flottille 80, l'artillerie de marine 74, les spahis 62, le génie 50 et la légion étrangère 35. La moyenne des malades a été de 56 p. 100.

— *Allemagne.* — Le budget allemand pour l'exercice 1895-1896 comprend les effectifs suivants comme personnel sanitaire : 2 072 médecins militaires et 1 926 sous-aides infirmiers. La proportion des médecins militaires par rapport à l'effectif français est donc supérieure de plus d'un tiers.

— Dans un mémoire publié dans la *Revue de chimie industrielle*, M. Ackermann expose l'usage que l'on peut faire de l'urine, dans la composition des explosifs. L'acide cyanurique qu'on retire de l'urine est, en effet, un isomère de l'acide fulminurique $C^3 H^3 Az^3 O^3$ qui, lui-même, est une transformation de l'acide fulminique $C^2 H^2 Az^2 O^2$.

— *L'œil et la langue.* — Sous ce titre, la *Nature* rappelle qu'il existe en Bretagne une coutume bizarre. Quand une personne reçoit un corps étranger dans l'œil, elle prie une de ses connaissances de lui en pratiquer l'extraction avec sa langue. Le docteur Le Marc' Hadour vient de faire connaître que cette méthode est systématiquement employée dans la médecine d'Extrême-Orient.

En Annam, on se sert de la langue pour porter sur la conjonctive les topiques usités, tels que poudres de fleur de sureau, de menthe, de camomille, de sulfate de cuivre mélangées à un coléoptère (sac-vi) et à une racine aromatique (duong-coni).

Le Directeur-gérant : Dr E. LE SOURD.

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE.

TABLE DES MATIÈRES

1894

A

D

E

F

G

H

I

J

K

L

M

N

O

P

S

T

U

V

X

Z

NOMS DES AUTEURS

DONT LES TRAVAUX ONT ÉTÉ PUBLIÉS DANS LA GAZETTE DES HOPITAUX

EN 1894

PARIS. — IMPRIMERIE F. LEVÉ, 17, RUE CASSETTE